

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A DEPRESSÃO E A RELIGIOSIDADE EM DOENTES
HEMODIALISADOS**

Matilde Maria Cardoso Freitas Saraiva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A DEPRESSÃO E A RELIGIOSIDADE EM DOENTES
HEMODIALISADOS**

Matilde Maria Cardoso Freitas Saraiva

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Bruno Ademar Paisana
Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2014

*“ Quando conseguimos acabar com a Restrição,
que supõe ver unicamente o Plano Biológico,
e abrir o nosso Horizonte
para incluir na nossa Visão uma maior Dimensão,
reconheceremos imediatamente ,
que pode existir um Sentido Maior ou Mais profundo,
que não é possível ver na Dimensão Anterior...”*

Viktor E. Frank

AGRADECIMENTOS

O meu reconhecido agradecimento a todos que de forma direta ou indireta tornaram a realização deste trabalho possível. As dificuldades, momentos de desânimo e desistência só foram possíveis ultrapassar pela forma generosa de apoio, disponibilidade e pelos contributos inestimáveis de todos que estiverem presentes neste percurso.

Ao orientador da presente investigação, Professor Doutor Bruno Gonçalves pelo seu incentivo, calma, sentido de humor e contributos científicos no esclarecimento de dúvidas e no tratamento e análise estatística dos dados.

Aos doentes que integraram o presente estudo, agradeço profundamente o esforço individual e a colaboração genuína que demonstraram perante as solicitações que lhes foram dirigidas.

Aos meus colegas de trabalho e ao enfermeiro – chefe do serviço onde desempenho a minha atividade profissional um Bem-haja pela disponibilidade de trocas de turnos e flexibilidade nos horários.

Um especial agradecimento às minhas amigas Rosário, Catarina e Maria José pela ajuda informática.

Por fim, e em especial o meu sentido e profundo reconhecimento ao meu marido pelo apoio aos nossos filhos, pelas idas á praia e pelas refeições confecionadas.

Aos meus filhos, Luís e Joana por existirem na minha vida.

RESUMO

A saúde mental nos doentes em diálise e os fatores que a influenciam e a protegem foram ainda pouco estudados em Portugal. Vários estudos noutros países têm sugerido que a religiosidade pode ser um fator protetor relativamente à ocorrência de sintomatologia depressiva em doentes crónicos.

O presente estudo é descritivo-correlacional e tem como principal objetivo avaliar as relações entre sintomatologia depressiva e religiosidade numa amostra clínica de doentes insuficientes renais em programa regular de hemodialise. Concomitantemente, pretende-se estudar a influência de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas (estado civil, viver sozinho, tempo em diálise) sobre a ocorrência de sintomatologia depressiva. No estudo participaram 37 indivíduos, 22 do sexo masculino e 15 do sexo feminino, com idade média de 61.25, em hemodialise num Hospital da região de Setúbal. Como instrumentos de medida utilizou-se a versão portuguesa da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos CES-D (Gonçalves & Fagulha, 2003) para avaliar a sintomatologia depressiva. O grau de religiosidade foi avaliado com a versão portuguesa da escala *Systems of Belief Inventory* (SBI-15R) (Holland et al., 1988, traduzida para português pelo Prof^o B. Gonçalves e Prof^a T. Fagulha) e um Questionário de Prática Religiosa. Foi ainda construída uma ficha sociodemográfica e clínica de modo a caracterizar a amostra.

Ao compararmos uma amostra da população geral de portugueses adultos com idades superior a 30 anos com a nossa amostra clínica, concluímos que os sujeitos hemodialisados apresentam um nível médio de sintomatologia depressiva significativamente maior do que os participantes da população geral. Quanto à influência das variáveis sociodemográficas e clínicas na ocorrência de sintomatologia depressiva não se verificou nenhuma relação estatisticamente significativa nesta amostra. Também não parece existir nenhuma associação significativa entre a CES-D e as escalas de religiosidade quando se considera a totalidade da amostra. Contudo, nos sujeitos com escolaridade inferior ao 9º ano (n= 17) verificou-se que, existem correlações negativas entre a sintomatologia depressiva, quer na religiosidade avaliada pelo SBI-15R ($r = -.40$), quer a prática religiosa atual avaliada pelo Q de Prática Religiosa ($r = -.50$) Neste subgrupo a religiosidade parece portanto funcionar como fator protetor relativamente à ocorrência de sintomatologia depressiva. Pelo contrário, no subgrupo de participantes com grau académico mais elevado (n=20), maiores níveis de religiosidade ($r = .44$) tendem a estar associados a maiores índices de sintomatologia depressiva. *Palavras-chave:* **Depressão; Religiosidade, Espiritualidade; Hemodialise**

ABSTRACT

Mental health in dialysis patients and the factors that influence and protect it have still barely been explored in Portugal. Various studies performed in other countries have suggested that religiosity might be a protective factor with regards to the occurrence of depressive symptomatology in chronic patients.

This is a descriptive - correlational study and aims at evaluating the relationship between religiosity and depressive symptomatology in a clinical sample of haemodialysis patients. Concomitantly, the intent was to study the influence of some socio-demographic and clinical variables (e.g. marital status, living alone, time in dialysis) associated with the occurrence of depressive symptomatology. In the present study participated 37 individuals, 22 males and 15 females, with average ages of 61.25 who were subject to haemodialysis at a Hospital of the Setubal area. The utilized measurement instruments were the Portuguese version of the Depression Scale from the Centre of Epidemiologic Studies CES – D (Gonçalves & Fagulha, 2003) to evaluate the depressive symptomatology. The level of religiosity was evaluated through the Portuguese Scale version of *Systems of Belief Inventory* (SBI-15R) (Holland et al., 1988, translated into Portuguese by Prof.B. Gonçalves and Prof. T.Fagulha) and a Survey on Religious Practice. A socio-demographic and clinical record form was also elaborated in order to characterize the sample.

When comparing one sample of the general population of Portuguese adults with ages above 30 with our haemodialysis patients we concluded that our subjects show a significantly higher level of depressive symptomatology. As for the influence of socio-demographic and clinical variables in the presence of depressive symptomatology, no statistically significant relationship was tracked down in this sample. It also seems that there is no significant association whatsoever between the CES-D and the levels of religiosity when considering the totality of the sample. However, in subjects with education below the 9th grade (n = 17), it was found out that there are negative correlations between depressive symptoms, whether in religiosity assessed by SBI - 15R ($r = -.40$) or the current religious practice evaluated by the Survey on Religious Practice($r=-.50$)..In this subgroup religiosity seems therefore function as a protective factor for the occurrence of depressive symptomatology. On the contrary, in the subgroup of participants with higher academic above the 9th grade (n = 20), higher levels of religiosity($r=.44$) tend to be associated with the highest rates of depressive symptomatology.

Key-words: Depression; Religiosity, Spirituality; Haemodialysis

SIGLAS

DP-Dialise peritoneal

BDI- Beck Depression Inventory

CES-D- Center of Epidemiological Studies Depression

DRCT-Doença renal crónica terminal

FES-Family Environment Scale

HD- Hemodialise

IRA- Insuficiência renal aguda

IRC- Insuficiência Renal Crónica

IRCT- Insuficiente Renal Crónico Terminal

SCID - Structured Clinical Interview for Depression

SPN-Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TR-Transplante renal

OMS-Organização Mundial de Saúde

INDICE	P
INTRODUÇÃO	4
CAPITULO 1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1.1. Insuficiência renal terminal e terapias de substituição renal....	7
1.2.A pessoa com insuficiência renal crónica terminal em hemodiálise:	
Implicações psicológicas e psicossociais.....	9
1.3. Depressão nos doentes hemodialisados e evidência científica.....	12
1.4. A religiosidade e espiritualidade: conceptualizações.....	17
1.5. A religiosidade e a saúde mental.....	19
1.6. A religiosidade e doentes hemodialisados.....	21
1.7. A religiosidade em Portugal.....	22
1.8. Objetivos e hipóteses do Estudo.....	24
CAPITULO 2: METODOLOGIA.....	25
2.1 Desenho do estudo.....	25
2.2 Amostra.....	25
2.3. Instrumentos de colheita de dados.....	26
2.3.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico	
2.3.2. Questionário da Prática Religiosa	
2.3.3. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)	27
2.3.4. Systems of Beliefs Inventory (SBI-15R).....	28
2.4. Procedimento.....	28
2.5. Análise de Dados.....	28

2.6. Participantes.....

CAPITULO 3: APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3.1. Estatística descritiva **34**

3.2. Teste de Hipóteses

3.2.1. Hipótese 1

3.2.2. Hipótese 2

3.2.3. Hipótese 3

3.2.4. Hipótese 4

CAPITULO 4: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS **39**

4.1 Hipótese 1. Comparação entre a Sintomatologia depressiva na população geral e amostra clínica

4.2. Hipótese 2. - Relação entre Religiosidade e Depressão

4.3. Hipótese 3. - Relação entre Religiosidade, Depressão e grau acadêmico

4.4. Hipótese 4. - Relação entre depressão e variáveis sociodemográficas e clínicas

CONCLUSÕES **42**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **43**

ANEXOS

Anexo I – Ficha sociodemográfica e clínica

Anexo 11 – Pedido de autorização ao Conselho de Ética do Hospital Garcia
de Orta

Anexo 111 - Consentimento Informado

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1-	Caracterização sociodemográfica da amostra	29
Quadro 2-	Caracterização clínica da amostra	30
Quadro 3-	Caracterização da Prática Religiosa da amostra	31
Quadro 4-	Resultados no SBI-15R; Q.de Prática Religiosa Atual e CES-D	34
Quadro 5-	Comparação entre sintomatologia depressiva na amostra clínica e na amostra da população geral.	35
Quadro 6-	Correlações entre a CES-D e a Q. Prática Atual e SBI-15R	36
Quadro 7-	Correlações de CESD, Q. Prática Atual, SBI -15R e escolaridade <9anos	36
Quadro 8-	Correlações de CESD, Q.Prática Atual, SBI -15R e escolaridade > 9anos	37
Quadro 9-	Índice médio de sintomatologia depressiva (CES-D) relacionado com estado civil	37
Quadro 10-	Índice médio de sintomatologia depressiva (CES-D) relacionado com viver sozinho	38
Quadro 11-	Índice médio de sintomatologia depressiva relacionado tempo em dialise	38

INTRODUÇÃO

Nestas últimas décadas as transformações políticas, socioeconómicas e o desenvolvimento técnico-científico contribuíram para um aumento da expectativa de vida e progressivo envelhecimento da população, sobretudo no mundo ocidental.

No âmbito da saúde, constata-se uma maior prevalência e incidência de doenças crónicas que representam na atualidade um desafio preponderante em termos de impacto económico para grande parte dos sistemas de saúde. Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças cardiovasculares, diabetes e doenças crónicas respiratórias, são os grandes responsáveis pela mortalidade da população mundial representando 63% de todas as mortes (OMS, 2008).

Também em Portugal a incidência e prevalência de doenças crónicas tem aumentado constituindo um sério problema na gestão e financiamento dos cuidados de saúde.

A OMS (2003) define doenças crónicas como:

Diseases which have one or more of the following characteristics: they are permanent, leave residual disability, are caused by nonreversible pathological alteration, require special training of the patient for rehabilitation, or may be expected to require a long period of supervision, observation or care (p.4).

A insuficiência renal crónica terminal (IRCT) enquadra-se nesta definição, assim é uma “síndrome que resulta da destruição progressiva e irreversível do parênquima renal e em sua fase mais avançada, como os rins não conseguem manter a homeostasia do meio interno, conduzem a uma situação de risco de vida” (Ramos, 1997, p. 27). De forma a garantir a sobrevivência da pessoa, torna-se premente, iniciar uma das terapias de substituição de função renal tal como a hemodiálise, diálise peritoneal ou ser submetido a transplante renal

No nosso país, segundo dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN, 2009) existem 16011 pessoas submetidas a técnicas dialíticas e avalia-se que 800.000 pessoas apresentem doença renal crónica (DRC.).

O início de uma técnica de substituição renal constitui um acontecimento marcante na vida do doente e da sua família. Diariamente este é confrontado com o facto de que a sua vida

só é possível devido a alta tecnologia, alteração de estilos de vida e adesão a um regime dietético e medicamentoso adequado.

Assim, tal como afirmam Collier e Watson, (1994), “esta condição de saúde provoca drásticas alterações nas atividades de vida diária, sendo uma das doenças mais exigentes, quer pela agressividade do tipo de tratamento quer pela sua necessária continuidade” (como citado em Anes & Ferreira, 2009, p. 67).

A vivência da doença poderá levar a um desencadear de processos psicopatológicos de maior ou menor gravidade nas pessoas, dependente em grande parte da sua personalidade pré mórbida, da extensão do suporte social e familiar e do curso evolutivo da doença (Levy, 1996, p. 425).

Aproximadamente 10% dos doentes IRCT apresentam distúrbios psiquiátricos. A depressão é, em geral, a perturbação psiquiátrica mais frequente em doentes em diálise, quer apenas como sintomatologia depressiva ligeira quer na forma de depressão major (Kimmel & Levy, 1996).

Neste contexto, importa entender que fatores psicossociais influem na promoção da saúde mental dos doentes em diálise.

Evidência científica sugere que a espiritualidade e a religiosidade desempenham um papel fundamental na qualidade de vida e saúde mental de populações clínicas, nomeadamente facilitando processos de adaptação à doença crónica e diminuindo a manifestação de perturbações psiquiátricas.

Almeida, Neto, & Koenig (2006) efetuaram uma extensa revisão sistemática de 850 artigos publicados ao longo do século XX, sobre a relação entre religiosidade e saúde mental. A maioria destes estudos sublinham que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, satisfação com a vida, felicidade, afetos positivos e a um menor nível de sintomatologia depressiva, ideação suicida e quadros de abuso de drogas e álcool. No entender destes autores “ existe evidência científica para se poder afirmar que o envolvimento religioso está associado a uma melhor saúde mental”(p. 242).

Na atualidade, em Portugal, não se conhece nenhum estudo que aborde esta temática específica a depressão e a religiosidade em doentes hemodialisados. Numa perspetiva holística de cuidados de saúde e de forma a implementar programas de intervenção psicológica adequados, importa avaliar o impacto desta variável na saúde mental dos doentes hemodialisados. Atendendo a este ponto de vista, torna-se uma área de estudo pertinente para a promoção da qualidade de vida dos doentes e famílias.

O presente estudo apresenta como objetivos investigar as variáveis depressão e religiosidade no contexto clínico de doentes hemodialisados e analisar a influência de fatores sociodemográficos e clínicos.

O primeiro capítulo incide nalguns fundamentos teóricos que permitem a compreensão da problemática do doente crónico, mais propriamente a insuficiência renal crónica terminal e terapias de substituição renal, implicações psicológicas e psicossociais, a depressão e a religiosidade. No final do enquadramento expõe-se os objetivos e hipóteses do presente estudo sustentados na revisão teórica.

O segundo capítulo aborda a metodologia do estudo, a constituição da amostra, instrumentos de medida utilizados para avaliação das variáveis, procedimento na recolha de dados, métodos de análise e a caracterização sociodemográfica dos participantes.

O terceiro capítulo consiste na apresentação dos resultados em termos de estatística descritiva e de testes de hipóteses.

No quarto capítulo é efetuada a discussão dos resultados e no último ponto são apresentadas as conclusões, limitações e implicações futuras.

CAPÍTULO 1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para melhor compreensão da complexidade e especificidade da doença renal crônica terminal (DRCT) irão ser abordadas de uma forma sucinta: a fisiopatologia renal; técnicas de substituição renal; implicações psicossociais, psicológicas e depressão no doente hemodialisado.

1.1-A Insuficiência renal crônica terminal e terapias de substituição renal

Em 1836, o médico Richard Bright do hospital de Bristol, foi o primeiro a descrever a insuficiência renal crônica (IRC) até então desconhecida. Ele constatou que achados anátomo-patológicos pós-necropsia daquele tipo de doentes revelavam ser característicos de hipertensão arterial, hipertrofia ventricular esquerda, hemorragia cerebral e morfologicamente a estrutura renal apresentava aspeto granular e indiferenciado. Concluiu que a alteração cardíaca resultava de uma provável doença renal primária. A doença de Bright, pela qual ficou conhecida por mais de um século, era caracterizada como um processo extremamente insidioso que poderia evoluir sem grandes sintomas, mas de prognóstico fatal até meados do século XX (Daugirdas, Blake & Ing 2001).

Só no século XX, na década de 60, é que surgiram as primeiras terapias de substituição renal e transplantação proporcionando a estes doentes alguma perspectiva de sobrevivência (Daugirdas, Blake & Ing, 2001).

A evolução da doença crônica, é na maioria dos indivíduos, uma transição lenta, de anos. Contudo, alguns sujeitos podem sofrer uma perda aguda da função renal, podendo desenvolver uma- insuficiência renal no prazo de horas a dias.

A distinção entre insuficiência renal aguda (IRA) e insuficiência renal crônica (IRC) é determinante em termos de etiologia, diagnóstico, terapias de substituição e prognóstico. A IRA “é uma síndrome que resulta da suspensão mais ou menos súbita da função excretora dos nefrônios”(Santos ,1982, p. 27) enquanto a IRC é definida como ” uma síndrome que resulta da destruição progressiva e irreversível dos nefrônios”.(Coe & Brenner, 1988, p. 1055). A IRA geralmente é de origem multifatorial, grande parte das situações secundária a outras patologias e, verifica-se a recuperação da função renal sem necessidade de permanência em

técnicas dialíticas (Santos, 1982). A IRC é o resultado comum da evolução de variadíssimas doenças que afetam o rim de forma difusa e irreversível.

Quando a doença renal crónica evolui para a insuficiência renal crónica terminal (IRCT) o diagnóstico baseia-se no reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas, com ou sem redução do débito urinário, mas sempre com elevação das concentrações séricas da ureia e creatinina e diminuição da taxa de filtração glomerular abaixo dos 15% (Brenner & Lazarus, 1988). Nesta fase os rins são incapazes de manter o meio interno com uma composição compatível com a vida tornando-se emergente iniciar uma técnica de substituição renal

No nosso país, como no resto do mundo nota-se um acréscimo do IRC, nomeadamente devido ao aumento de outras doenças crónicas como a Diabetes mellitus e da Hipertensão arterial (Direção Geral de Saúde, 2008). Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN, 2009) existem 16011 doentes em tratamento de substituição renal. No ano 2009, iniciaram um total de 2548 doentes, nomeadamente 2300 em hemodialise (HD); 229 em dialise peritoneal (DP) e 595 foram submetidos a transplante renal (TR). Encontram-se 2111 doentes em lista de espera para transplante renal.

A hemodiálise consiste num processo terapêutico para a remoção de catabolitos, líquidos em excesso e correção de alterações da homeostasia interna através de estabelecimento de um circuito extra corporal (Thomas & Smith, 2005). O recurso a esta técnica, exige a construção cirúrgica de um acesso vascular preferencialmente uma fístula artério - venosa, prótese sintética ou a implantação de cateter duplo- lúmen de longa duração tunelizado. A dialise continua porém, a ser um substituto imperfeito da função renal, pois não substitui a função endócrina do rim, nem a atividade metabólica, assim requer por parte do doente uma gestão dietética e de terapêutica medicamentosa concomitante.

No tocante á dialise peritoneal (DP) esta técnica é o método de substituição renal utilizado por aproximadamente 100.000 doentes com IRCT em todo o mundo (Blake & Daugirdas, 2001). A DP é uma técnica de depuração extra-renal que implica a colocação cirúrgica de um cateter no na cavidade peritoneal do IRCT que funciona como uma membrana biológica semipermeável responsável pela de troca de solutos e fluidos entre o sangue e a solução de diálise (Daugirdas, 2001).

O transplante renal é considerado a técnica de eleição para o tratamento da pessoa IRCT nomeadamente pelo seu carácter quase definitivo e melhoria da qualidade de vida dos doentes. Na generalidade o transplante renal é indicado para todos os IRCT, na faixa de 0-65 anos, desde que não sejam portadores de doenças neoplásicas, nem de processos

cardiovasculares graves (Romão, 2007). Vários autores referem que o transplante renal garante uma melhor qualidade de vida na população em geral.

Landreanaeu, Lee e Landreanaeu, 2010), numa meta análise de 16 estudos (1984-2000) concluíram que comparativamente com a diálise, o transplante renal é promotor da qualidade de vida nomeadamente na saúde em geral e no funcionamento físico. Contudo, uma das grandes desvantagens desta técnica é a obrigatoriedade da manutenção da terapêutica imunossupressora e seus efeitos secundários. (Romão, 2007).

1.2 A pessoa com insuficiência renal crónica terminal em hemodialise: implicações psicológicas e psicossociais

A doença física apresenta sempre consequências psicológicas e sociais que originam crises e momentos de destruturação na vida da pessoa.

Santos (2007) numa perspetiva psicodinâmica, introduz a doença em termos do *despertar do corpo* e refere “o ser humano vive numa espécie de adormecimento onde a saúde é sentida como o silêncio dos órgãos. Quando há o despertar deste corpo com a doença, o sujeito reage com angústia e depara-se com um contexto que vivencia como insuportável” (como citado em Pascoal et al., 2009,p.2)

Cada ser humano percebe a doença de forma singular integrando-a na sua história pessoal como uma realidade a ser vivida por si, uma ameaça pautada por sofrimento físico e psíquico (Jeammet, Reynaud, & Consoli, 2000).

A confrontação com uma doença crónica é um desafio complexo, a pessoa até pode estabilizar e eventualmente controlar a progressão da mesma, mas o individuo não voltará a ter um nível de saúde semelhante aquele anteriormente vivido (Lewis, 1993).

O doente renal em hemodialise vive de forma constante um conflito existencial entre a “*morte certa*” e a dependência de suporte médico, farmacológico, tecnológico e familiar.

No entender de Oliveira (2004), os aspetos psicológicos envolvidos no confronto da pessoa com doença crónica e a experiência de incapacidade física podem ser múltiplos e originam respostas emocionais dependentes da variabilidade individual, do funcionamento psicodinâmico, do ciclo da vida, da história pessoal e da doença, dos fatores culturais, recursos sociais e materiais.

Assim refere:

Esta nova situação é capaz de provocar uma regressão afetiva e necessidades novas de segurança e proteção, acompanhadas de ansiedades destruturantes que podem ser jogadas nas próprias redes de relações.

(...) Na fase inicial, a consciencialização das incapacidades e desvantagens pode ser extraordinariamente desintegradora do sentido da unidade da self, capaz de alterar as relações entre o corpo, o ego e os outros (p. 432).

A pessoa IRCT lida com múltiplos fatores stressores o que requer a ativação de reações adaptativas à doença (Levy, 1991)

Vários autores salientam que o processo de adaptação à doença integra diversas fases com reações psicológicas características e é vivenciado por todos os doentes crónicos de forma variável (Nolasco 1982; Wauters, 1980). Levine (1985) e Nolasco (1982), propõem por exemplo as seguintes fases: a "Fase de Lua-de-mel", a "Fase de Desencanto/ Desilusão" e a "Fase de Adaptação. Outros autores referem que os doentes em diálise passam por quatro fases distintas, características de luto por perda de rim : Início de diálise, Fase Lua-de-mel, Depressão e Adaptação (Delgado, 1997; Lume, 1989).

Conforme Delgado (1997) sugere, a fase nomeada de início da HD é habitualmente descrita por um curto período correspondente às primeiras sessões de diálise em que o doente pode reagir de formas distintas, poderá manifestar apatia ou mesmo aparente alienação face às exigências impostas pela diálise ou evidenciar sintomas de ansiedade marcada e reações de pânico.

A fase da "*Lua de Mel*" caracteriza-se pelo alívio da sintomatologia urémica, a pessoa sente-se fisicamente mais apta. A nível psicológico o IRCT parece ter ultrapassado a angústia de morte e experimenta sentimentos ambivalentes de satisfação e euforia por um lado e períodos de ansiedade e reações de negação por outro.

A fase depressiva é a fase em que pessoa fica mais consciente da sua situação de saúde, emergindo um quadro de sentimentos de zanga, de revolta e de desânimo, tristeza desespero e impotência

A última fase é considerada a fase de adaptação, sendo este período descrito pela aceitação da doença e reorganização individual, familiar e social.

Vários trabalhos, de diversas linhas da psicologia focam a importância de uma boa aceitação e adaptação da pessoa à doença e tratamento.

Gregory et al. (1998) realizaram um estudo qualitativo com objetivo de explorar as percepções dos doentes hemodialisados face à doença e tratamento. Os autores concluíram que os doentes dialisados ao serem confrontados com esta nova realidade, ficam conscientes do seu futuro incerto, das alterações da auto imagem e auto estima e das limitações e exigências da doença (como citado em Finnegan & Thomas, 2013, p.1)

Outro estudo qualitativo realizado por Curtin, Mapes, Petillo e Oberley (2002) com 18 doentes em dialise, focou a importância da significação da doença como experiência transformadora da vida. Assim, segundo estes investigadores os doentes devem ser “active self managers of their disease, its treatment and its manifestations”(Curtin et al.p.614). Nesta perspectiva é fundamental o controlo e liberdade do sujeito e este proceder a uma reestruturação e modificação das crenças e cognições para promover a sua adaptação e aceitação.

Diversos estudos de investigação tiveram como objetivo a análise dos fatores psicossociais relevantes na adaptação do doente renal em dialise.

O suporte social foi identificado como fator psicossocial de grande importância nesta problemática e poderá ser definido como toda a rede social que providencia recursos psicológicos e materiais de forma a privilegiar a capacidade individual do individuo a adotar mecanismos de coping (Cukor, Cohen, Peterson & Kimmel, 2007).

O percepção de um bom suporte social encontra-se associado a uma maior satisfação com a vida, uma melhor adesão terapêutica, e menor níveis de sintomas depressivos nos doentes em dialise (Kimmel et al. 2000, Kimmel, 2001, Patel, Peterson & Kimmel, 2005).

Ainda Cleelan, Stanwyck e Anson (1993),num estudo prospetivo que incluía a avaliação da qualidade de vida e escala de suporte social verificaram que existia uma relação significativa entre esta variável e a sobrevivência dos doentes hemodialisados.

A doença provoca mudanças complexas nas relações dos doentes hemodialisados com os que lhe são mais próximos, visível no clima afetivo no interior da família e nos seus modos de relação. (Oliveira,2004.) Comumente há alteração de papéis na relação conjugal, as esposas assumem o papel de principais cuidadoras do doente renal. Vários autores sublinham a existência de perturbações depressivas e índices de hostilidade nas mulheres relacionadas com esta nova condição de vida (Kimmel, 2001).

Outros, como Christensen, Wiebe, Smith e Turner (1994), analisaram a coesão familiar, tendo elaborado um estudo com uma amostra de 78 doentes hemodialisados em que

utilizaram a escala a “*Family Environment Scale*”. As conclusões apontaram para uma associação positiva entre a coesão familiar e sobrevivência deste grupo.

Diferentes investigadores evidenciam as alterações de intimidade conjugal neste grupo de doentes, sobretudo por disfunção sexual, nomeadamente disfunção erétil nos homens e diminuição da libido nas mulheres (Palmer, 2003, Steele & Wuerth, 1996).

Em síntese o doente em dialise sofre múltiplas alterações na sua vida quer em termos pessoais quer a nível familiar, laboral e social, exigindo deste uma reorganização da sua vida e do seu quotidiano. (Delgado, 1997).

1.3 Depressão nos doentes hemodialisados e evidência científica.

A depressão é uma perturbação mental comum. Globalmente, segundo dados da OMS (2000) mais de 350 milhões de pessoas de todas as idades e status socioeconómico apresentam perturbações depressivas. Estima-se uma prevalência de 3%-a 5% na população em geral sendo a probabilidade de ocorrência nas mulheres 2 a 3 vezes superior do que nos homens. Esta perturbação psiquiátrica é considerada a causa principal de incapacidade e apresenta um impacto considerável, a nível individual, familiar e socioeconómico.

Em Portugal, segundo o relatório estatístico de 2005-2006 da Direção Geral de Saúde (População inquirida que tem ou já teve doença crónica, por tipo de doença, NUTS I, 2008) verifica-se uma taxa de depressão de 8,3% em Portugal Continental, 5,4% na Região Autónoma dos Açores e 4,1% na Região Autónoma da Madeira.

A Depressão Major é uma perturbação depressiva e integra as Perturbações do Humor no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Ed.; Associação Americana de Psicologia, 2000) Como critérios de diagnóstico da perturbação depressiva major a DSM-IV define um conjunto de sintomas psicológicos e somáticos. Deste modo, o individuo apresenta uma perturbação depressiva se apresentar cinco ou mais sintomas durante o mesmo período de duas semanas e pelo menos, um dos sintomas é obrigatoriamente o humor depressivo ou a perda de interesse ou anedonia. O restante quadro sindromático pode ser complementado por: perda de peso ou aumento de peso significativo; insónia ou hipersónia, agitação ou lentificação psicomotora; astenia ou falta de energia, sentimentos desvalorização ou culpa excessiva e inapropriada; dificuldades de concentração; pensamentos recorrentes de morte e suicídio (p.168).

A associação entre depressão e doenças clínicas é muito frequente contribuindo para uma pior evolução tanto do quadro psiquiátrico como da doença clínica (Teng, Humes & Demetrio, 2005). Segundo Katon,(2003), a incidência de depressão em populações clínicas, é maior do que na população geral, assim verificaram uma incidência de 5%-10% em doentes em ambulatório e 9% -16% em doentes internados (citado em Teng et al.,2005).

Em Portugal, Gonçalves e Fagulha, (2004) realizaram um estudo com o objetivo de obter uma estimativa de perturbações depressivas numa amostra clinica de 260 utentes com idades compreendidas entre 35 a 65 anos e que recorreram aos serviços de Cuidados de Saúde Primários. A totalidade da amostra foi avaliado com o CES-D e 179 sujeitos participaram numa entrevista estruturada segundo critérios do DSM-IV Os autores concluíram que 33% dos sujeitos apresentavam alguma forma de perturbação depressiva.

Uma metanálise efetuada por Anderson et al., (2001),em doentes diabéticos, integrou 39 estudos em que 20 tinham grupos-controle de doentes não- diabéticos (N= 20218) Os autores confirmaram que existia uma clara associação entre diabetes mellitus e perturbações depressivas. A prevalência de depressão em pacientes diabéticos era de 11% a 31% e só a presença desta patologia crónica duplica a probabilidade da ocorrência de perturbação depressiva.

Na área da psiconefrologia, Kimmel (2002) sustenta que apesar de existir inúmeros estudos que apresentam questões metodológicas controversas, quer na definição de depressão, quer na heterogeneidade de amostras como na diversidade dos instrumentos de medida de avaliação, existe no entanto evidência científica que apoia a depressão nos insuficientes renais hemodialisados como a perturbação psiquiátrica com maior prevalência.

Os estudos de Kimmel, Thamer, Richard, &Ray, (1998) indicam que os transtornos psiquiátricos mais frequentes nos doentes em hemodiálise são; as perturbações depressivas, seguidas de quadros demenciais, esquizofrenia e outros quadros psicóticos, e por fim quadros de dependência e abuso de drogas e álcool.

Kimmel et al. (2002), numa análise a processos clínicos de 176.368 doentes em hemodialise concluíram que 9% dos internamentos hospitalares são por perturbação psiquiátrica e que destes 26% dos sujeitos manifestavam distúrbios depressivos e transtornos afetivos.

Lopes et al. (2002) efetuaram um estudo que incluía uma amostra de 2855 sujeitos hemodialisados dos Estados Unidos (142 centros de dialise) e amostras de cinco países europeus (2041 pacientes de 101 centros). Delinearam como objetivos, determinar a prevalência da sintomatologia depressiva e analisar a eventual relação entra a taxa de

mortalidade, taxa de hospitalização e ocorrência de depressão nesta amostra clínica. Os autores estimaram uma prevalência de depressão de 20%. Concluíram ainda haver correlações estatisticamente significativas entre a ocorrência de sintomatologia depressiva e o risco de mortalidade e hospitalização. Estas associações não diferem de modo significativo entre os Estados Unidos e a Europa.

Também Almeida, (2003), sublinha que em investigações mais recentes e com maior rigor metodológico, a depressão é um fator independente para a taxa de mortalidade. Assim, em dois estudos longitudinais realizados por Penninx et al., (2001) e Schulz, Reach, Martiere, Ariyo e Kop, (2000) respetivamente, em amostras clínicas de sujeitos com mais de 55 anos e de 65 anos, avaliados durante 4 anos e 6 anos, a sintomatologia depressiva, encontra-se correlacionada com o risco aumentado de mortalidade em 40% e 100%. Estas associações mantem a sua significância estatística mesmo após o controlo de fatores sociodemográficos, e morbidades. (citado em Almeida 2003 p.9)

Os doentes em dialise apresentam um risco aumentado de suicídio em relação á população em geral. Existe uma grande variação nos índices de suicídio encontrados, alguns autores sugerem ser 10 superior á da população em geral (Abram, Moore & Westvelt, 1971, Haenel, Brunner & Battegay 1980, como citado por Almeida, 2003). Na opinião de Kimmel e Levy (2001), um número indeterminado de mortes em pacientes em dialise provocado por imprudência dietética ou adesão insuficiente pode estar relacionado com os sintomas depressivos e ideação suicida.

Na literatura científica aborda-se de forma consistente a adesão ao regime terapêutica em doentes hemodialisados e sua relação com a depressão. Uma meta análise de 12 estudos efetuada por Di Matteo, Lepper & Crogahn (2000) evidenciou que os doentes deprimidos tem um risco de não adesão terapêutica três vezes superior aos doentes não deprimidos em dialise. No entender desses autores, a não adesão por quadro depressivos poderá ser mediada por sintomas como perda de motivação e energia, isolamento social, anedonia e desesperança. O fator depressão é potenciador de um início de um círculo vicioso em que a depressão reforça o comportamento de não adesão no doente e vice-versa.

Quanto á variável suporte social existem diversos estudos que apontam para a importância deste fator na ocorrência de sintomatologia depressiva. Vários autores demonstraram nos seus trabalhos a existência de correlações negativas entre a perceção de suporte social e o índice de sintomatologia depressiva, assim quanto maior a perceção de suporte social menor será o nível de sintomatologia depressiva. (Kimmel, 2001; Kimmel, Wheils, & Peterson, 1993; Patel, Peterson, & Kimmel, 2002).

Também os estudos de Symister e Friend (2003) reiteram a função protetora da percepção do suporte social na ocorrência de sintomatologia depressiva. Os autores efetuaram uma investigação com desenho prospetivo que pretendia avaliar a influência do suporte social e do otimismo na sintomatologia depressiva. A amostra era composta por 86 doentes dialisados. Os autores concluíram que a percepção de níveis altos de suporte social estão associados a níveis altos de autoestima, que por sua vez contribuem para aumentar o otimismo e diminuir o índice de sintomatologia depressiva

Akman, Ozdemir ,Sezer ,Miçozkadioglu e Haberal (2004) realizaram um estudo que pretendia avaliar a ocorrência de sintomatologia depressiva e determinar os fatores psicossociais e sociodemográficos importantes nesta relação . A amostra era composta por 88 doentes IRCT, 61 hemodialisados e 27 transplantados. O instrumento de medida foi a BDI. Doentes casados apresentaram índices de sintomatologia inferiores aos dos não casados ($p < .03$).

Contudo existem dados controversos relativamente à relação entre estado civil e ocorrência de sintomatologia depressiva.

Assim, Daneker , Kimmel, Ranish e Peterson (2001) investigaram a variável depressão em doentes hemodialisados integrados na díade conjugal ou estrutura familiar. O estudo teve como objetivo avaliar a relação entre a depressão dos doentes hemodialisados e seus parceiros e analisar alguns fatores psicossociais. A amostra era composta por 55 casais. Os autores concluíram que os níveis de depressão das esposas estão relacionados com os níveis de depressão dos pacientes. Um dos fatores psicossociais que é determinante nessa relação é a percepção da satisfação conjugal que se encontra diretamente associada ao escores da depressão.

Também num estudo recente de Khaira, ,Mahajan, Khatri, Bhowmik, Gupta, e Agarwal, (2013) estudaram a depressão, o stress e a insatisfação conjugal em 49 casais, de origem indiana. Os níveis de sintomatologia depressiva dos pacientes tinham correlação direta com a depressão do cônjuge ($r=0.57$, $p < ,0001$) e com o grau de insatisfação conjugal ($r=.62$, $p < 0,0001$). Pacientes que vivem em famílias nucleares apresentaram maiores níveis de sintomatologia depressiva. Os autores consideram que doentes casados e seus cônjuges funcionam como uma díade psicossocial complexa.

No que diz respeito à influência de algumas variáveis sociodemográficas que tornam os doentes mais susceptíveis a um aumento de sintomatologia depressiva analisa-se de seguida a variável coabitação e variável clinica tempo em dialise.

Craven, Rodin, Johnson e Kennedy (1987) efetuaram um estudo em que avaliaram a prevalência da sintomatologia depressiva em 99 doentes em diálise. Os autores recorreram à entrevista clínica estruturada baseada no DSM-III. De acordo com este estudo os sujeitos deprimidos apresentavam as seguintes características psicossociais: viviam sozinhos, estão desempregados, são jovens e do género feminino. Na população geral estas variáveis são consideradas fatores de risco para a ocorrência de depressão (Lopes et al., 2004)

Em contraponto Andrade et al. (2010) numa investigação que tinha como objetivo explorar as relações entre sintomatologia depressiva e alguns fatores sociodemográficos numa amostra de 202 doentes insuficientes renais, encontraram resultados surpreendentes. Os níveis de sintomatologia depressiva avaliada pelo BDI era mais alta nos doentes que viviam acompanhados do que aqueles que viviam sozinhos.

Também Mittal, Ahern, Flaster, Maesaka, e Fishbane, (2001) realizaram um estudo longitudinal em que avaliavam a Qualidade de Vida aplicando a escala MOS -SF-36 Vida em 134 pacientes em hemodiálise de três em três meses. Os autores concluíram que a variável viver sozinho, submetida a uma análise univariada e multivariada, é um preditor significativo da dimensão mental (saúde mental, desempenho emocional, vitalidade e função social). Viver sozinho é um fator independente que se correlaciona com maiores escores na componente mental, sugestivo de maior qualidade de vida e menor sintomatologia depressiva.

No tocante à variável clínica tempo em diálise e a ocorrência de sintomatologia depressiva, os dados empíricos apresentam alguma polémica..

Watnick , Kirvin, Mahnensmith, e Concato, (2003) realizaram um estudo em que avaliaram a sintomatologia depressiva logo após o início da diálise. Tratou-se de um estudo de corte, prospetivo que incluiu 14 centros de diálise e uma amostra de 123 sujeitos. Para avaliar a sintomatologia depressiva utilizaram a BDI entre o segundo dia e o décimo dia do início de diálise. 44% dos sujeitos apresentaram sintomatologia depressiva acima do ponto de corte da BDI. Também Craven et al. (1987) sugeriram que a sintomatologia depressiva é maior nos 2 primeiros anos de diálise. Outros estudos reiteram este efeito demonstrando que a possibilidade de ocorrência de depressão maior é inversamente proporcional ao tempo de tratamento em diálise (Craven, 1987; Sensky,1988, 1990; Parkerson, 1997), o que pode apontar para o período de maior sensibilidade que é adaptação ao início da diálise.

Em oposição aos estudos anteriormente referidos Kimmel et al. (1996) não constataram esta associação. Assim, num estudo comparou 99 doentes que iniciaram HD há menos de 6 meses com 149 doentes que estão em diálise há mais de 6 a 246 meses avaliados

pela BDI em termos de sintomatologia depressiva. Os autores concluíram que os dois grupos não apresentaram diferenças significativas em termos de ocorrência depressiva.

1.4- A Religiosidade e Espiritualidade: Conceptualizações

Até há duas décadas o tema espiritualidade/religiosidade era pouco estudado e mesmo desvalorizado como objeto de estudo no campo da psiquiatria e psicologia. (James & Samuels, 1999, Larson & Larson, 2003; Pargament & Mahoney 2002).

Na opinião de Almeida, Neto & Koenig (2006), esta situação existia devido à relação conflituosa entre a religião e a psiquiatria que remonta à Idade Média, e foi reforçada por intelectuais durante a era do materialismo através de um forte posicionamento anti religião. Assim, estes consideravam a religiosidade “um estado social e intelectual primitivo” e alguns médicos como Charcot e Maudsley sustentavam que as experiências religiosas eram do âmbito da patologia. Também, Sigmund Freud, na área da psicologia no seu livro “Future of an Illusion” teorizou sobre o efeito irracional e neurótico da religião na *psique* humana (p.244).

Os termos religião e espiritualidade apresentam inúmeras definições, por vezes designados como conceitos independentes, outras vezes interrelacionados e complementares.

Muitos consideram que a religião é um construto não diferenciado da espiritualidade (Hill et al., 2000) Nesta perspetiva a religião e a espiritualidade integram o mesmo construto e os dois termos são usados regularmente de forma indiscriminada (Spilka & McIntosh, 1996).

Outros Investigadores colocam o foco das suas definições no fenómeno religioso e espiritual em termos de estrutura e função deste construto. Definições segundo a estrutura apoiam-se no “sagrado”. Os estudos avaliam emoções, pensamentos, comportamentos, crenças relacionadas com o transcendente e poder iminente.

Arygle e Beit-Hallahmi (1976) retratam esta perspetiva, definem religião como “um sistema de crenças perante um poder divino ou *superhumano* e praticas dirigidas a tal poder”.

Definições da religião relacionadas com a função, apoiam-se na finalidade desta na vida da pessoa e nos mecanismos que ela desencadeia para lidar com questões existenciais como a morte, sofrimento, isolamento e injustiça.

Batson, Schoenrade e Ventis (1993) espelham este posicionamento e descrevem a religião como “ whatever we as individuals do to come to grips personally with the questions that confront us because we are aware that we and other like us are alive and we will die “. Esta descrição realça a importância de todos os mecanismos que permitem lidar com a nossa finitude enquanto seres humanos (como citado em Zinnbauer & Pargament, 2000, p. 22)

Outros teóricos focam os aspectos pessoais da religião ao abordar as crenças pessoais, comportamentos, e motivações. A definição de William James, em 1902, pioneiro na área da psicologia a definir o termo religião, é ilustrativa desta perspectiva. Assim, caracteriza a religião como: “the feelings, acts and experiences of individual men in their solitude, so far as they apprehend themselves to stand in relation to whatever they may consider the divine”(como citado em Zinnbauer & Pargament, 2000, p. 22). A experiência subjetiva do indivíduo com o transcendente é o aspecto mais valorizado nesta abordagem.

No que diz respeito à espiritualidade, uma revisão extensa da literatura de Golstein (2010) revela inúmeras definições que incluem desde a *força interna da pessoa, algo que dê significado, uma procura do sagrado à transcendência*. Conforme Vaughan (1991), por exemplo” é uma experiência subjetiva do sagrado”, já Doyle (1992) refere” uma procura do sentido da existência,” enquanto Peterson, Park e Seligman (2006) aborda como “uma força pessoal, uma das mais sofisticadas forças de carácter, juntamente com a capacidade de perdoar e a abertura”

Spilka (1993) sustenta que nem todas as concepções de espiritualidade estão relacionadas com a religião. A revisão de literatura efetuada por este autor, defende que a compreensão contemporânea da espiritualidade advém de uma das três categorias: uma espiritualidade orientada por Deus, pelo transcendente, uma espiritualidade orientada para o mundo tendo como foco a ecologia e a natureza e por fim uma espiritualidade humanista, ou orientada para as pessoas.(Hill et al.,2000)

Também, Pargament (1997) apoia em parte a independência dos conceitos. Refere-se à religiosidade como um sistema de crenças formais, de práticas, tradições, rituais e estruturas organizadas.

Já a espiritualidade é uma questão de natureza pessoal para a compreensão de respostas a questões fundamentais da vida, sobre significado, o qual pode (ou não) levar ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos (Almeida, Neto & Koenig, 2006).

Da exposição das diversas perspectivas, definições e significações da religiosidade e espiritualidade, diversos autores concordam com as seguintes conclusões gerais (Emmons &

Paloutzian, 2003, Hill et al., 2000, Hood, 2003, Schafranske 2002, como citado em Zinnbauer & Pargament, 2000, p. 29):

- A religião e a espiritualidade são fatores culturais não reduzíveis a outros processos ou fenômenos.
- As maiorias das pessoas definem-se como religiosas ou espirituais.
- Uma minoria dos indivíduos identifica-se com a sua dimensão espiritual mas não religiosa, e usam essa dimensão como forma de rejeição da religião.
- A religiosidade e espiritualidade são constructos complexos e multidimensionais.
- A religiosidade e espiritualidade podem ser associadas à saúde mental e stress emocional.
- Existem aspetos funcionais e estruturais da religião e da espiritualidade.
- A religiosidade e a espiritualidade são constructos com vários níveis associados a processos biológicos, afetivos, cognitivos, morais, relacionais, culturais, sociais e à identidade pessoal e personalidade.
- A religiosidade e espiritualidade podem adquirir vários significados ao longo do ciclo da vida do indivíduo.
- A religiosidade está geralmente associada a um nível de análise social ou grupal enquanto a espiritualidade refere-se a análise individual.

1.5 A Religiosidade e a Saúde Mental

Durante o séc. XX, na área da psiquiatria clínica e psicologia atribuíam-se à religiosidade um efeito negativo sobre o funcionamento psicológico do indivíduo.

A acrescentar a essa realidade, neste período, também se veiculava a ideia que a espiritualidade seria um fenómeno subjetivo e não poderia nem deveria ser estudada cientificamente” (Miller & Thorensen, 2003),

Vários autores discordaram dessa posição como Ross, 1992; Hufford, 1992 e King, 1998, e sublinharam“:

Considerados como experiências subjetivas, os fenómenos religiosos e espirituais podem ser investigados com confiabilidade do mesmo modo que a ansiedade, a depressão ou qualquer outro grupo de vivências. Para estudar cientificamente essas questões, não é necessário tomar

qualquer decisão sobre sua realidade objetiva. Elas podem ser pesquisadas em suas correlações clínicas como qualquer outro conjunto de dados (como citado em Moreira, Cho, Amaro & Neto, 2000)

Nas duas últimas décadas a relação entre a dimensão espiritual e a saúde tornou-se uma área crescente de investigação.

David Larson, Jeffrey Levin e Harold Koenig foram os pioneiros a criar evidência científica e a demonstrar que a religião influencia a saúde física e mental (Almeida et al. 2006). Numa extensa revisão sistemática efetuada a maioria desses estudos sublinharam que, maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, satisfação com a vida, felicidade, afetos positivos e a um menor nível de sintomatologia depressiva, ideação suicida e quadros de abuso de drogas e álcool.

Almeida et al. (2006) descreveram a influência da religiosidade sobre a saúde mental como um fenómeno resultante de diversos fatores como estilo de vida; suporte social; um sistema de crenças e práticas religiosas, formas de expressar stress, direção e orientação espiritual.

Embora a pesquisa sobre religião e saúde mental envolva muitos dados relevantes o nosso foco irá incidir sobretudo na evidência científica sobre religiosidade e sintomatologia depressiva em doentes hemodialise.

Smith, McCullough e Poll (2003) numa revisão sistemática com meta-análise resumiram os resultados de 147 investigações independentes, envolvendo um total de 98.975 pacientes sobre a associação entre religiosidade e sintomas depressivos. Os autores constataram que a religiosidade está associada a uma ligeira sintomatologia depressiva ($r = -.096$). A associação entre religiosidade e depressão não variou entre os diferentes idades, sexo ou grupos étnicos. No entanto, segundo os autores, os estudos apresentavam amostras com grande heterogeneidade de sujeitos submetidos a diversos níveis de stress o que poderia influenciar os resultados tendo diminuído a força de associação entre religiosidade e sintomatologia depressiva. Corroborando essa hipótese, a revisão mostrou que a associação entre religiosidade e os sintomas depressivos é maior para as pessoas sob stress intenso de vida ($r = -0,152$) do que para as pessoas com stress de vida mínima ($r = -0,071$). Estes resultados estão em linha com o efeito protetor da religiosidade em pessoas com elevado stress psicossocial.

Rocha e Fleck (2010) estudaram a associação entre religiosidade e qualidade de vida em doentes e pessoas saudáveis. A amostra era composta por 122 doentes portador de alguma doença crónica e 119 indivíduos saudáveis de uma comunidade religiosa. Os autores

mostraram que doentes apresentaram scores de religiosidade significativamente mais elevados do que indivíduos saudáveis. O presente estudo apresentou diferenças na importância dada à religiosidade entre grupos dos pacientes e indivíduos saudáveis.

A relação entre envolvimento religioso e a sintomatologia depressiva também apresenta estudos relevantes. As investigações relativas ao envolvimento religioso têm focado quatro vertentes principais: a participação religiosa pública; a filiação religiosa; as práticas religiosas privadas e o coping religioso (George, Ellison, & Larson, 2002).

Trabalhos recentes apontam para uma correlação negativa entre o envolvimento religioso nomeadamente em termos de participação religiosa pública e motivação religiosa intrínseca e o nível de sintomatologia depressiva. Maior nível de participação religiosa tende a estar associado a menor nível de sintomatologia depressiva, (Braam et al., 2001; Koenig, George, & Peterson, 1998; Murphy et al., 2000).

Em 2004, Braam et.al, realizaram um estudo longitudinal (seis anos de follow-up), na Holanda, com amostra aleatória de 1.840 adultos idosos (com idade entre 55 a 85) em que concluíram que a participação religiosa pública está inversamente relacionada com o nível de sintomatologia depressiva. A variável frequência ida à igreja (de modo regular) foi associada a um menor nível de sintomas depressivos. É de notar ainda a diferença estatisticamente significativa entre os scores de depressão dos frequentadores regulares da igreja e aqueles sujeitos que apresentavam limitações funcionais.

As crenças espirituais e religiosas são apontadas em diversos estudos, como fundamentais na forma como as pessoas lidam com crises existenciais e situações de stress. Pargament (1997), define o *coping* religioso-espiritual como a forma que as pessoas utilizam a fé, as crenças a relação com a transcendência, a ligação aos outros de modo a dar significado e adaptarem-se situações de stress. Segundo este autor, o coping pode ser classificado em coping positivo e o coping negativo. O *coping* religioso positivo tem sido relacionado com melhor saúde mental e qualidade de vida, enquanto o *coping* religioso negativo foi associado a sinais de depressão, pior qualidade de vida e sintomas psicopatológicos (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998).

1.6 A religiosidade e doentes hemodialisados

O estudo da espiritualidade e religiosidade em doentes dialíticos ainda é uma área de estudo pouco explorada tanto a nível internacional como em Portugal.

Kimmel, Elmont, Newmann, Danko, & Moss (2003) efetuaram um estudo com objetivo de determinar os fatores de maior relevo na avaliação da qualidade de vida numa amostra clinica de 165 de doentes insuficientes renais em hemodialise. O estudo incluía diversos instrumentos de medida para avaliação da qualidade de vida, satisfação com a vida, suporte social, sintomas físicos e espiritualidade. Os dados evidenciaram uma correlação positiva significativa entre a escala de espiritualidade e a qualidade de vida. Relativamente às crenças espirituais os autores concluíram que estas são importantes determinantes na perceção da qualidade de vida destes doentes.

Em 2002, Patel, Shah, Peterson, & Kimmel (2002), realizaram um estudo com uma amostra de 53 de doentes em hemodiálise com o objetivo de estudar as relações entre crenças religiosas e fatores sociodemográficos e variáveis psicossociais nomeadamente, suporte social e sintomatologia depressiva. As crenças religiosas foram avaliadas em duas dimensões a importância da fé (espiritualidade) e a prática religiosa (envolvimento religioso). Os dados sublinham que a espiritualidade e religiosidade correlacionam-se positivamente com satisfação com a vida e suporte social, e negativamente com a sintomatologia depressiva e perceção dos efeitos clínicos da doença.

Um estudo efetuado na Grécia por Paraskevi (2012) teve como objetivo analisar a relação entre religião /espiritualidade e a saúde mental e representações de saúde. A amostra era de 144 pacientes recrutados em três hospitais, 80 em hemodialise e 64 em dialise peritoneal. Para medir a sintomatologia depressiva os autores optaram pela CES-D. A religiosidade/espiritualidade correlacionou-se negativamente ao índice de sintomatologia depressiva ($r=-.55$).

1.7 A religiosidade em Portugal

Menéndez, (2007) realizou um estudo que tinha como objetivo determinar as características da religiosidade católica em Portugal, sua evolução e especificidades. O autor analisou a religiosidade baseada no catolicismo institucionalizado, crenças e práticas (p. 758)

Os dados epidemiológicos mencionados foram retirados de dois estudos europeus., do European Value Survey de 1999-2000 e do European Social Survey.

Assim, segundo o autor 83% dos portugueses declaram-se católicos, 78% confiam na Igreja, 30% assistem á missa semanalmente, enquanto 48% assistem de forma ocasional, 33% rezam diariamente, 26%, rezam semanalmente enquanto 17 %nunca reza.

Menéndez, 2007, destaca o grau de confiança que os portugueses depositam na Igreja e afirma, “são os europeus que mais confiam nesta instituição, com alguma distância em relação aos restantes países, (p. 758).

Relativamente às crenças, 92% acredita em Deus, 78% num Deus pessoal mas só 40% acredita na vida depois da morte e 25% na reencarnação. Em termos de crenças ao comparar os portugueses com os restantes 6 países europeus os portugueses situam-se acima dos austríacos, belgas, espanhóis e franceses, com exceção na crença da vida depois da morte na qual apresentam a percentagem mais baixa.

O autor resume as seguintes características da religiosidade portuguesa:

Uma elevada confiança na instituição eclesiástica; uma alta identificação religiosa com o catolicismo, uma prática religiosa não tao elevada como a sua identidade católica (...); expressa mais na oração individual do que na assistência á missa, um elevado nível de crença em deus, claramente relacionado com o deus pessoal da tradição católica, embora mantendo em simultâneo mais ceticismo do que fé nas crenças no alem. (p. 761)

No entender do autor, ao analisar as várias gerações (1929-1979) e seu desenvolvimento constata-se uma queda inter e intra geracional da prática religiosa e uma evolução em direção a uma religiosidade mais atenuada, de menor importância na vida dos indivíduos, com crenças mais desvanecidas, mas reconfiguradas. Um facto interessante é a irreligiosidade não ter progredido, o que parece sustentar a opinião de vários autores da psicologia da religião da importância da dimensão espiritual e religiosa do individuo.

Dados estatísticos do continente americano reiteram esta conclusão assim, segundo um levantamento efetuado pelo o Instituto Gallup (2000) 88% dos norte-americanos, descrevem-se como religiosas e / ou espirituais, 83% sentem Deus como importante na sua vida e apenas 7% disseram que a espiritualidade não é importante em tudo na sua vida diária (Dalgarrondo,2008, p. 17).

1.8 Objetivos e hipóteses do estudo

Este estudo tem como principal objetivo avaliar as relações entre as variáveis depressão e religiosidade numa amostra clínica de doentes insuficientes renais em programa regular de hemodialise. Concomitantemente pretende-se estudar a influência de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas(estado civil, viver sozinho, tempo em dialise) na ocorrência de sintomatologia depressiva.

Para isso são formuladas as seguintes hipóteses:

1. Espera-se que a sintomatologia depressiva na amostra clínica seja mais elevada do que na população geral
2. Espera-se que a religiosidade funcione como fator protetor relativamente à ocorrência de sintomatologia depressiva, mais precisamente:
 - 2.a. Espera-se encontrar uma correlação negativa entre a frequência da prática religiosa atual avaliada pelo Questionário de Prática Religiosa e a sintomatologia depressiva avaliada pela CES-D;
 - 2.b. Espera-se encontrar uma correlação negativa entre a religiosidade avaliada pelo SBI-15R e a sintomatologia depressiva.
3. Espera-se que o grau académico se associe com menor índice de depressão e maior nível de religiosidade.
4. Espera-se que as variáveis, estado civil, viver sozinho e tempo em dialise se correlacionem com a ocorrência de sintomatologia depressiva:
 - a) Espera-se que estar casado se associe a um menor índice de de sintomatologia depressiva.
 - b) Espera-se que o viver sozinho se associe com maior índice de sintomatologia depressiva.
 - c) Espera-se que os sujeitos á menos de dois anos em dialise apresentem maior índice de sintomatologia depressiva.

CAPITULO 2 -.METODOLOGIA

Neste capítulo serão focadas as questões de natureza metodológica, nomeadamente, o desenho do estudo, a definição da amostra e técnica de amostragem, os instrumentos de colheita de dados, o procedimento e finalmente a análise de dados.

2.1 Desenho do estudo

Tendo em conta os objetivos do estudo, explorar as relações entre sintomatologia depressiva e religiosidade e influência de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas nesta relação, optou-se por um desenho de estudo descritivo -correlacional, transversal e de abordagem quantitativa.

2.2 Amostra

Relativamente à técnica de amostragem decidiu-se por uma amostra não probabilística e de conveniência

Os sujeitos da amostra obedeceram aos seguintes critérios de inclusão:

- Saber ler e escrever
- Compreensão da língua portuguesa
- Apresentar capacidades cognitivas para participar
- Não tomar medicação antidepressiva
- Estar em diálise há mais de seis meses
- Consentimento livre e informado

De uma população acessível de 56 doentes em programa regular de hemodialise num Hospital da região de Setúbal constituiu-se uma amostra que obedeceu aos critérios de inclusão referidos anteriormente. A amostra foi constituída por 47 sujeitos.

2.3- Instrumentos de colheita de dados

2.3.1 Questionário sociodemográfico e clínico

Foi elaborado um questionário de cariz sociodemográfico e clínico o qual incluía as seguintes variáveis (Anexo1.): idade, género, nacionalidade, estado civil, escolaridade, situação profissional, profissão, número de filhos, nº de filhos a cargo, viver sozinho ou acompanhado, tempo em dialise, frequência semanal da dialise, transplante renal, etiologia da IRCT, depressão, tipo de medicação antidepressiva.

2.3.2- Questionário da Prática Religiosa

Trata-se de um questionário que tem como objetivo caracterizar a amostra, do ponto de vista das crenças e práticas religiosas e foi elaborado por B. Gonçalves e T. Fagulha (ainda em fase de estudo). É de autopreenchimento e integra as seguintes variáveis: religião, princípios religiosos transmitidos pela família, batismo, outros sacramentos, importância do casamento religioso, importância da transmissão de princípios religiosos aos filhos, frequência da oração, participação na missa, confissão, comunhão e participação noutras atividades da paróquia. Os últimos 5 itens relativos à prática atual são aqueles que são cotados. A resposta a cada item é cotada de 1 a 4 e a pontuação total varia de 5 a 20.

2.3.3. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

O nível de sintomatologia depressiva foi avaliado com a escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos desenvolvida por Radloff, 1977, nos Estados Unidos, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Gonçalves e Fagulha em 2003. É uma escala que avalia o nível de sintomatologia depressiva com foco na componente afetiva, adequada para a população geral mas também adaptada para populações clínicas.

É constituída por 20 itens que representam as componentes mais importantes da sintomatologia depressiva, identificadas a partir da literatura clínica e dos estudos de análise factorial: humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono (Gonçalves, &Fagulha, 2003, p. 36).

É avaliada a frequência da ocorrência destes vários sintomas depressivos durante a última semana. A resposta é dada numa escala de Likert de 4 pontos desde “nunca” - 0,

“muito raramente” -1, “com muita frequência”- 2, “sempre”- 3). As respostas são cotadas de 0 a 3, tendo 4 itens cotação inversa (4,8,12,16).

O resultado final é igual á soma das cotações e pode variar entre 0 e 60. Na interpretação deve-se considerar maiores escores maior intensidade da perturbação depressiva. Segundo os autores o ponto de corte recomendado é 20, a partir desse valor a probabilidade da presença de depressão clínica deve ser tida em conta.

Nos estudos efetuados com diversas amostras e utilizando várias medidas para avaliação da sintomatologia depressiva, esta escala apresentou propriedades métricas adequadas.

2.3.4 Systems of Belief Inventory (SBI-15R)

O grau de religiosidade foi avaliado com a escala *Systems of Belief Inventory* (SBI-15R) de Holland et.al,1988 traduzida para português, mas ainda não validada para a população portuguesa.

É uma escala que tem como objetivo avaliar crenças e práticas religiosas e espirituais e o suporte social proporcionado pela organização religiosa. É constituída por 15 itens que abrangem duas dimensões.

A primeira subescala avalia as crenças e práticas religiosas relacionadas com o transcendente ou num sentido mais existencial de significação da vida. É organizada em 10 itens com a seguinte numeração: 1,2,4,6,8,10,11,12,14,15.

A segunda subescala estuda a perceção do suporte social proporcionado pela organização religiosa e é constituída por cinco itens nomeadamente - 3,5,7,9,13.

As respostas são dadas numa escala de Likert de 4 pontos em que se avalia o grau de concordância na primeira subescala –“discordo totalmente” – pontuação- 0, “discordo em parte”-pontuação-1, “concordo em parte”- pontuação -2 e “concordo totalmente”- pontuação - 3.

A segunda subescala avalia segundo o grau de frequência e obedece de igual forma a uma escala de Likert de 4 pontos:” nunca”, “as vezes”, “quase sempre” e “sempre” pontuam de 0 a 3 respetivamente.

O resultado final é igual á soma das cotações das duas escalas e pode variar entre 0 - 30 na primeira dimensão e de 0-15 na segunda escala, sendo total das duas escalas de 45 pontos.

2.4 Procedimento

No planeamento deste estudo foram tomadas todas as disposições necessárias para proteger os direitos dos participantes, nomeadamente o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade e ao consentimento informado.

Foram elaborados 3 documentos, um para obtenção da aprovação da investigação por parte da Instituição (Conselho de Administração do Hospital e Comissão de Ética (Anexo IV) o segundo dirigido à Diretora Clínica e ao Enfermeiro Chefe do Hospital de Dia de Hemodialise (Anexo V) e o último de consentimento Informado para os participantes, (Anexo VI).

Apos obtenção de autorização da comissão de ética e direção clínica e de enfermagem do serviço iniciou-se a entrega de 47 instrumentos de colheita de dados de Maio a Julho.

Todos os instrumentos são de auto preenchimento e foram disponibilizados ao doente no final da sessão de diálise em envelope fechado pela investigadora após explicação prévia e obtenção de consentimento informado. Foram devolvidos 37 questionários, constata-se uma perda de 12,26%.

2.5 Análise de dados

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao programa SPSS-21. O tamanho da amostra é pequena de ser necessário para avaliar as hipóteses do estudo testes não paramétricos.

Participantes

A amostra é constituída por 22 participantes do sexo masculino e 15 e do sexo feminino, cujas idades variam entre 33 e 80 anos, com uma média de 61,84 e desvio-padrão de 9,5. O Quadro 1 apresenta as principais características da amostra.

Quadro 1- Caracterização sociodemográfica da amostra(n=37)

		N	Frequência %	Média	Desvio-Padrão
Género	Masculino	22	59,5		
	Feminino	15	40,5		
Idade	Idade min -33 Idade max-80	37		61,84	9,75
Estado civil	Solteiro	5	13,5		
	Casado	23	62,2		
	Divorciado	5	13,5		
	Viúvo	4	10,8		
Escolaridade	Não foi	0	0		
	<4 Anos	2	5,4		
	4 Anos	11	29,7		
	6 Anos	4	10,8		
	9 Anos	11	29,7		
	12 Anos	7	18,9		
	Licenciatura	2	5,4		
Sit.profissional	Empregado	8	21,6		
	Desempregado	3	8,1		
	Reformado	26	70,3		
Viver	Sozinho	5	13,5		
	Marido/esposa	24	64,9		
	Pai/Mãe	5	13,5		
	Outros	3	8,1		
Nacionalidade	Portuguesa	35	94,6		
	Outra	2	5,6		

Quanto ao estado civil, a maioria dos nossos sujeitos são casados (62,2%), seguidos dos solteiros e divorciados que apresentam a mesma frequência de 13,5%, e por último, existem 10,8% de viúvos.

No que concerne ao nível de instrução, verifica-se 34,1% dos participantes não ultrapassam o 1º ciclo (o nível da antiga 4ª classe), 10,8% apresentam do 2º ciclo, 29,7% têm o 9º ano de escolaridade, enquanto 18,9% terminaram os estudos secundários, mas só 5,4% obtiveram o grau de licenciatura. Os dados da nossa amostra são comparativamente semelhantes ao nível de instrução da população portuguesa. Assim, segundo os dados estatísticos da população residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo em Portugal, verifica-se que: 9,5% não tem nível de escolaridade; 24,6% tem o 1º ciclo, 11,9% o 2º ciclo, 20,5% o 3º ciclo, 18,5% o secundário e finalmente 15% o ensino superior.

Relativamente à situação profissional da nossa amostra, sublinha-se que a maioria dos sujeitos estão em situação de reforma 70,3%, 21,6% (8) ainda estão ativos profissionalmente, enquanto 3 (8%) estão no desemprego. Note-se que, apesar da idade média da amostra apresentar valores inferiores à idade da reforma estabelecida no nosso país, os doentes portadores de doença crónica grande parte das vezes solicitam a reforma antecipada.

A maioria dos indivíduos da amostra (64,9%) vive acompanhado pelos cônjuges, enquanto 21,6% vive com os pais, e/ou os irmãos e/ou filhos. Apenas 13,5% vivem sozinhos.

A grande maioria apresenta nacionalidade portuguesa (94,6%) e os restantes são de nacionalidade cabo-verdeana.

Quanto à caracterização clínica da amostra apresenta-se alguns dados considerados importantes para a investigação, no Quadro 2.

Em média os indivíduos da amostra fazem tratamento de Hemodialise á 9,41 anos, valor mínimo de 1 ano e máximo de 32 anos. Atendendo às fases de adaptação psicológica descritas na fundamentação, optou-se por dicotomizar a variável em menos de dois anos em diálise e mais de 2 anos em tratamento, de forma a poder comparar estes dois grupos ao nível de sintomatologia depressiva. A grande maioria dos doentes (78,4%) são submetidas a HD há mais de 2 anos e 21,6% iniciaram há menos de dois anos, podendo-se sugerir que a grande parte dos indivíduos já a está em fase de aceitação da doença e tratamento.

Relativamente à etiologia da IRCT verifica-se que a nossa amostra é heterogénea quanto à sua distribuição. Assim sublinha-se 32,4% dos participantes apresentam como diagnóstico inicial hipertensão arterial, 29,7% Rins Poliquísticos, 18,9% Diabetes Mellitus. Estas classes nosológicas estão de acordo com os dados estatísticos referidos na revisão de literatura.

Pode-se observar ainda, que apenas 8,1% dos indivíduos da amostra já foi submetido a transplantação renal e que obviamente ocorreu rejeição/falência. Houve 91,9% que não realizaram transplante, podendo-se explicar pela baixa taxa de transplantação em Portugal.

Quanto à variável depressão 29,7% dos participantes referem que já terem sofrido um episódio depressivo, enquanto 70,3% afirmam que não. Atualmente nenhum dos nossos sujeitos toma medicação antidepressiva.

Quadro 2- Caracterização clínica da amostra (n-37)

		n	Frequência %	Média	Desvio Padrão
Anos em dialise	Min- 1 ano Max- 32 anos			9,41	8,40
Anos em dialise dicotomizada	<2 anos >2 anos	3 34	8,1 91,89		
Nº x dialise/s	Min-3 Max-7			3,19	0,74
Causa de IRCT	Diabetes	7	18,9		
	Hipertensão	12	32,4		
	Rins Poliquísticos	11	29,7		
	Mieloma Múltiplo	3	8,1		
	Vasculite	1	2,7		
	Outras	3	8,1		
Transplante	Sim	3	91,9		
	Não	34	8,1		
Depressão	Sim	11	29,7		
	Não	26	70,3		
Medicação antidepressiva	Sim	0	0		
	Não	37	100		

Quanto à variável religiosidade inicia-se a sua caracterização no Quadro 3 em termos de filiação religiosa, sacramentos, importância da transmissão de crenças e práticas atuais religiosas.

No que diz respeito à filiação religiosa destaca-se que 78,4 % dos participantes enunciam-se como católicos, 5,4% (2) são cristãos não católicos e 16% da nossa amostra não apresenta nenhuma filiação religiosa. Ao comparar estes dados com aqueles de Mendénez (2007) verifica-se grande semelhança em termos de filiação 81% dos portugueses declaravam – se católicos no ano 2000, e 14% não apresentavam qualquer filiação religiosa.

Em termos de Sacramentos de Iniciação Cristã, 91,9% dos sujeitos são batizados 73% cumpriram a Primeira Comunhão e 21,5% realizou o Crisma. Relativamente à variável educação religiosa, a maioria dos participantes 67,6% considera-a como importante a muito importante, enquanto 33,4% avalia como nada importante a pouco importante.

Quadro 3- Caracterização da Prática Religiosa da amostra (n-37)

		Frequência absoluta	Frequência %
Filiação religiosa	Católico praticante	7	18,9
	Católico não praticante	22	59,5
	Cristão não católico	2	5,4
	Outra religião	0	0
	Sem religião	6	16,2
Batismo	Sim	34	91,9
1ª Comunhão	Sim	27	73
Crisma	Sim	8	21,5
Casamento religioso	Sim	21	56,8
Educação religiosa	Nada importante	5	13,5
	Pouco importante	7	18,9
	Importante	19	51,4
	Muito importante	6	16,2
Frequência à missa	Nunca	7	18,9
	De vez em quando e festas	22	59,5
	Semanalmente	6	16,2
	>do que 1x sem ou diária	2	5,4
Frequência reza	Nunca	7	18,9
	Ocasionalmente	14	37,8
	Semanalmente	0	0
	>do que 1x sem ou diária	16	43,2
Comungar	Nunca	24	64,9
	As vezes ou festas	11	29,7
	Semanalmente	1	2,7
	>do que 1x sem ou diária	1	2,7
Confissão	Nunca	32	86,5
	Ocasionalmente	4	10,4
	Mensalmente	1	2,7
	Semanalmente	0	0
Atividades religiosas	Nunca	27	73
	Ocasionalmente	10	27
	Mensalmente	0	0
	Semanalmente	0	0

No que concerne às práticas religiosas verifica-se que só 21,6% dos nossos sujeitos assistem à missa de forma regular (semanalmente ou mais do que uma vez por semana ou diariamente), 43,2% reza diariamente ou mais do que uma vez por semana, a grande maioria da amostra declara que raramente comunga (94,6%) apresenta hábitos de confissão escassos (96,9%).

Ao comparamos estes dados com aqueles de Mendénez (2007), em termos de assistência à missa e hábitos de oração, constata-se que na assistência à missa na nossa amostra apresenta uma percentagem francamente inferior à do autor (30%). Relativamente aos hábitos de rezar os sujeitos desta amostra apresentam percentagens superiores aos da amostra referida pelo autor (33%). Contudo, há que ter em consideração a composição diferente das duas amostras. Neste estudo a amostra é clínica, doentes em dialise enquanto no estudo referido a amostra pertence à população geral.

CAPITULO 3- APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3.1- Estatística Descritiva

O quadro 4 apresenta as estatísticas descritivas para cada uma das escalas utilizadas no estudo; SBI-15R e suas duas subescalas SBI-Crença e SBI- Suporte , o Questionário de Prática Religiosa e a CES-D.

A análise da escala da religiosidade SBI-15R total indica, que a amostra apresenta valores moderados de religiosidade sendo a média de 23,27. É de notar um grande desvio padrão 13,78 indicativo de existir uma grande variabilidade nas respostas dos sujeitos da amostra. Atendendo às duas subescalas da SBI- Crença e SBI- Suporte evidenciam-se de igual modo valores médios, respetivamente de 16,11 e 7,64 e desvios padrão de 8,96 e 4,93.

Relativamente ao Questionário da Prática Religiosa Atual verifica-se que os nossos participantes apresentam valores ligeiramente abaixo da média 8,63 sendo o desvio padrão de 2,66.

Quanto ao nível de sintomatologia depressiva avaliada pela escala CES-D verifica-se que os sujeitos da amostra apresentam uma pontuação média de com um desvio padrão de 9,41. Estes valores aproximam-se da média observada (20,1) numa amostra clínica incluindo participantes com idades entre 35 e 65 anos (Gonçalves & Fagulha, 2004) Ao considerar o ponto de corte de 20 (para a população portuguesa) verifica-se que existem 12 (32,24%) sujeitos que apresentam um nível moderado a alto de sintomatologia depressiva. (tabela de distribuição de frequências, em anexo)

Quadro 4- Resultados no SBI-R-15; Q . de Prática Religiosa e CES-D

	N	Min	Max	Media	Desvio padrão
SBI-R15 total	37	0	45	23,27	13,78
SBI-Crença	35	0	30	16,11	8,96
SBI-Suporte	36	0	15	7,64	4,93
Q.Prática Relig.	37	5	17	8,63	2,66
CES-D total	37	4	51	18,36	9,41

3.2 Teste de Hipóteses

Espera-se que a sintomatologia depressiva seja mais elevada na amostra clínica de doentes hemodialisados do que na população geral.

Para testar esta hipótese utilizou-se uma amostra de conveniência extraída da população geral (N =247)¹ de adultos portugueses com idade igual ou superior a 30 anos e comparou-se com a amostra clínica do estudo. Aplicou-se a estatística de teste t-Student para amostras independentes.

A média da CES-D observada na amostra da população geral (14,23) é significativamente menor ($t=2,37$; $p=0,019$) do que a dos sujeitos da amostra clínica (18,35) o que tende a confirmar a hipótese. Os sujeitos hemodialisados apresentam um nível de sintomatologia significativamente maior do que os participantes da população geral estudada.

Quadro 5 - Comparação da idade e da sintomatologia depressiva na amostra da população geral e na amostra clínica

	Amostra	N	Média	Desvio padrão
IDADE	População geral	247	48,45	9,58
	Amostra clínica	37	61,84	9,75
CES-D	População geral	247	14,23	9,96
	Amostra clínica	37	18,36	9,42

Espera-se que a religiosidade funcione como fator protetor relativamente à ocorrência de sintomatologia depressiva, mais precisamente:

- a. Espera-se encontrar uma correlação negativa entre a frequência da prática religiosa atual avaliada pelo Questionário de Prática Religiosa e a sintomatologia depressiva avaliada pela CES-D;
- b. Espera-se encontrar uma correlação negativa entre a religiosidade avaliada pelo SBI-15R e a sintomatologia depressiva.

Para testar esta hipótese utilizou-se o coeficiente de correlação linear de Pearson, relacionando o índice de sintomatologia depressiva com a variável religiosidade medida pelas diversas escalas (SBI-15R e Questionário de Prática Religiosa). Como se verifica no quadro abaixo exposto, não parece existir nenhuma associação significativa entre a CES-D e as escalas de religiosidade.

¹ Os dados sobre esta amostra da população geral foram fornecidos pelo orientador deste trabalho

Quadro. 6- Correlações entre a CES-D e a Q. Prática atual e SBI-15R

CESD	Correlação de Pearson	p
Prática atual	-0,01	0,974
SBI 15R total	0,18	0,284
SBI –Crença	0,19	0,267
SBI –Suporte	0,14	0,398

A hipótese (a) não foi corroborada. Maiores índices de práticas religiosas não se associam a menores índices de sintomatologia depressiva na amostra estudada.

A hipótese (b) também não foi confirmada assim, maiores níveis de religiosidade não se associam a menores índices de sintomatologia depressiva.

Espera-se que o grau académico se correlacione com os níveis de sintomatologia depressiva (CES-D) e religiosidade avaliada pelas duas escalas (SBI-15R e Questionário da Prática Religiosa)

A fim de verificar se a relação entre a religiosidade e a sintomatologia depressiva variava em função do nível de escolaridade, esta relação foi analisada separadamente no subgrupo dos sujeitos com baixa escolaridade (inferior ao 9ºano) e no subgrupo dos sujeitos com escolaridade mais elevada (9º ano ou acima). Para testar a hipótese recorreu-se ao coeficiente de Pearson. Os valores obtidos indicam uma correlação negativa moderada e significativa para o Questionário de Prática atual e a SBI 15R como se verifica no quadro 7 abaixo exposto. Pode-se então concluir que para os sujeitos com escolaridade inferior a 9 anos, o nível de sintomatologia depressiva correlaciona-se de modo negativo com a religiosidade e praticas religiosas., assim quanto maior a seu envolvimento religioso e pratica atual, menor será o índice de sintomatologia depressiva.

Quadro. 7- Correlações de CESD, Q.Prática atual, SBI -15R e escolaridade < 9anos (n-17)

CESD	Correlação de Pearson	p
Prática atual	-.50	0,039
SBI 15R total	-.40	0,115
SBI -Crença	-.35	0,161
SBI -Suporte	-.41	0,099

No que concerne aos sujeitos com habilitações literárias acima de 9 anos de escolaridade verifica-se uma correlação positiva, moderada e significativa entre a escala CESD e a escala SBI 15R e suas subescalas SBI-crença e SBI-Suporte como se anota no quadro 10. Maiores níveis de religiosidade tendem a estar associados a maiores índices de sintomatologia religiosa..

Quadro .8- Correlações de CESD, Q.Prática atual ,SBI -15R e escolaridade> 9 anos (n-20)

CESD	Correlação de Pearson	p
Prática atual	0,17	0,473
SBI 15R total	0,44	0,051
SBI -Crença	0,42	0,064
SBI -Suporte	0,45	0,048

Espera-se que as variáveis, estado civil, viver sozinho e tempo em dialise se relacionem com o índice de sintomatologia depressiva.

a)Espera-se que estar casado se associe a um menor índice de de sintomatologia depressiva.

Para avaliar esta hipótese, houve necessidade de dicotomizar a variável estado civil em duas classes, casados(1) e não casados(0). A média da CES-D observada nos sujeitos casados (16,74) é inferior à dos não casados (21,00), o que vai no sentido da hipótese. No entanto esta diferença não é estatisticamente significativa (U de Mann-Whitney= 138,50; p= 0,480), não confirmando a hipótese.

Quadro. 9- Índice médio de sintomatologia depressiva relacionado com estado civil

	Estado civil	N	Média	Desvio padrão
CES-D	0	14	21,00	12,25
	1	23	16,75	7,03

b) Espera-se que o viver sozinho se associe com maior índice de sintomatologia depressiva.

No intuito de proceder a análise desta hipótese dicotomizou-se a variável” viver com “ em viver sozinho ou não. A média da CES-D observada nos sujeitos que vivem acompanhados (17,50) é inferior à dos que vivem sozinhos (23,80), o que vai no sentido da

hipótese. No entanto esta diferença não é estatisticamente significativa (U de Mann-Whitney=52,50; p= 0,221) o que não corrobora a hipótese.

Quadro .10- Índice médio de sintomatologia depressiva (CES-D) relacionado com viver sozinho

	Sozinho	N	Média	Desvio padrão
CES-D	Não	32	17,50	8,96
	Sim	5	23,80	11,52

c) Espera-se que os sujeitos á menos de dois anos em dialise apresentem maior índice de sintomatologia depressiva.

Nesta hipótese a média da CES-D observada nos sujeitos á menos do que 2 anos em dialise (13,67) é inferior aquele que estão a mais tempo em dialise (18,77) o que vai no sentido inverso à hipótese. No entanto parece-nos imprudente tirar alguma conclusão uma vez que só existem 3 sujeitos á menos de 2 anos em dialise.

Quadro.- 11 Índice médio de sintomatologia depressiva relacionado tempo de dialise.

	Tempo em diálise	N	Média	Desvio Padrão
CES-D	≥ 2	34	18,77	9,54
	< 2	3	13,67	7,64

CAPITULO 4- DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Procede-se agora a uma síntese e apreciação crítica dos resultados que dão resposta à nossa pergunta de investigação e hipóteses do estudo tendo em conta o quadro teórico de referência e evidência científica.

O presente estudo teve como objetivo explorar as relações entre sintomatologia depressiva e religiosidade e a influência de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas nesta relação.

4.1 Hipótese 1. - Comparação entre a sintomatologia depressiva na população geral e amostra clínica

Na primeira hipótese esperava-se que ao compararmos uma amostra clínica com uma amostra retirada da população geral que a sintomatologia depressiva na escala CES - D fosse mais elevada na amostra de doentes hemodialisados. De facto, os resultados corroboraram esta hipótese, assim 32,24% sujeitos em dialise apresentam um nível moderado a alto de sintomatologia depressiva. Estes resultados vão de encontro a outros estudos conclusivos em amostras clínicas (Anderson et al., 2001; Lopes et al.;2002; Gonçalves & Fagulha, 2004)

Tal como certificam Teng, Humes e Demétrio, (2005) a associação entre depressão e doenças clínicas é muito frequente, contribuindo para uma pior evolução tanto do quadro psiquiátrico como da doença clínica, com menor adesão às orientações terapêuticas, além de maior risco de morbidade e mortalidade.

4-2. Hipótese 2. - Relação entre Religiosidade e Depressão

Nas seguintes hipóteses esperava-se encontrar correlações negativas entre a sintomatologia depressiva avaliada pela CES-D e as respetivas escalas de religiosidade o Questionário de Prática Religiosa e a SBI-15R. Tais hipóteses não foram confirmadas, as práticas religiosas e a religiosidade nesta amostra não funcionam como fator protetor relativamente à ocorrência de sintomatologia depressiva.

A não confirmação desta hipótese contradiz inúmeros estudos recentes sobre a religião e depressão em populações clínicas em que se sustenta a existência de uma associação negativa entre depressão e religiosidade mais significativa em sujeitos com altos

níveis de stresse e com maior fragilidade física (Koenig, George, & Peterson, 1998; Smith, McCullough, & Poll, 2003, citado por Moreira-Almeida et al., 2006)

Neste estudo, talvez estes resultados possam ser explicados mediante características desta amostra em particular. É uma amostra não probabilística, em que os participantes integram só um centro de dialise, podendo não ser representativa. O tamanho da amostra poderá ser considerada relativamente pequena tendo em conta as variáveis em estudo, sendo mais difícil obter diferenças significativas nos resultados.

4.3 Hipótese 3. - Relação entre religiosidade, depressão e grau académico

Como base noutra objetivo desta investigação, procurou-se explorar as associações entre a variável grau académico com os níveis de sintomatologia depressiva (CES-D) e religiosidade (SBI-15R e Questionário da Prática Religiosa).

Os resultados indicam que para os participantes com uma escolaridade inferior a 9 anos existe uma correlação negativa moderada e significativa entre a CES-D e ambas as escalas de religiosidade. Pode-se inferir assim, quanto maior o envolvimento religioso e pratica atual dos sujeitos, menor será o índice de sintomatologia depressiva (n=17). Existe alguma evidência científica neste sentido. Assim numa amostra clínica de 84 mulheres com cancro da mama, em que aplicou uma escala de espiritualidade, e uma escala de bem-estar psicológico, os doentes com maiores escores na escala de espiritualidade apresentam menor escolaridade, menor nível socioeconómico, no entanto maior bem estar psicológico (Meraviglia, 2005).

No que concerne aos sujeitos com habilitações literárias acima de 9 anos de escolaridade verifica-se uma correlação positiva, moderada e significativa entre a escala CESD e a escala SBI 15R e suas subescalas SBI-crença e SBI-Suporte. Maiores níveis de religiosidade tendem a estar associados a maiores índices de sintomatologia depressiva, Nesta caso a religiosidade não funciona como fator protetor relativamente à ocorrência de sintomatologia depressiva.

Os resultados desta hipótese são surpreendentes levantando questões acerca da influência do nível de instrução nesta relação. Na literatura consultada não existe nenhum estudo em que se verifique esta associação.

Talvez os indivíduos com maior habilitação nesta amostra utilizem um mecanismo de coping religioso negativo que segundo Pargament, Smith, Koenig, e Perez, (1998) está associado a níveis altos de depressão, pior qualidade de vida. No coping religioso negativo o

recurso à fé torna-se um agente de *distress* prevalecendo a sensação de abandono, uma representação de Deus punitivo acarretando sentimentos de revolta e injustiça (Pargament et al.,1990). O desenho deste estudo, tamanho da amostra e instrumentos de avaliação dos variáveis utilizados não permitem obter resultados que respondam a esta questão.

Na perspectiva de Rocha e Fleck (2011) os dados dos estudos indicam que entre a religiosidade e a presença de uma doença crónica existem variáveis que se interrelacionam e portanto um modelo linear de causa e efeito, bem como uma abordagem transversal, não se aplica á complexidade do fenómeno. É necessário uma abordagem longitudinal para avaliar todos os fatores de causalidade reversa que poderiam explicar as correlações encontradas. É possível que a forma como a religiosidade se relaciona com a sintomatologia depressiva /ou com a doença crónica tenha características diferentes

Por outro lado sabe-se que o nível de instrução é um bom indicador do nível socioeconómico. E sabe-se também que há variáveis psicológicas e psicopatológicas que são influenciadas pelo nível socioeconómico. É o caso, em particular, da sintomatologia depressiva e da depressão, que é mais frequente nas pessoas de nível socioeconómico mais baixo.

4.4 Hipótese 4. - Relação entre depressão e variáveis sociodemográficas e clínicas

As seguintes hipóteses foram delineadas no sentido de explorar algumas variáveis sociodemográficas e clínicas (estado civil, coabitação e tempo em dialise) e sua eventual associação a sintomatologia depressiva avaliada pela CES-D.

Apesar dos sujeitos que vivem acompanhados ou estão casados apresentarem um índice de sintomatologia avaliado pela CES-D inferior aos sujeitos que vivem sozinhos, os resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito à variável tempo em dialise e a ocorrência de sintomatologia depressiva, verificou-se que após dicotomizar a variável, a categoria menos de dois anos em dialise integra só 3 sujeitos. Assim parece ser imprudente inferir qualquer conclusão.

A não confirmação destas três hipóteses entra de certo modo em contradição com alguns resultados científicos. A dificuldade em verificar algumas das hipóteses poderá também dever-se ao tamanho da amostra estudada.

CONCLUSÕES

A dialise é um tratamento para a vida que afeta de forma significativa a saúde física e mental das pessoas com IRCT. Efeitos psicológicos e psicossociais comuns incluem a depressão a ansiedade, e aumento de risco de suicídio., a percepção da diminuição de qualidade de vida (Chen et al.,2010). A depressão está muitas vezes associada à perda de esperança e perda do significado de vida. A dimensão espiritual/religiosa é descrita como sendo relevante na atribuição de significado ao sofrimento provocado por uma doença crónica e também como um recurso de esperança face às mudanças no estado de saúde (Pinto & Ribeiro, 2009).

Este estudo delineou como objetivo explorar as relações entre sintomatologia depressiva e religiosidade e a influência de algumas variáveis sociodemográficas e clinicas nesta relação.

Os sujeitos hemodialisados apresentam um nível médio de sintomatologia depressiva significativamente maior do que os participantes da população geral. Quanto à influência das variáveis sociodemográficas e clinicas na ocorrência de sintomatologia depressiva não se verificou nenhuma relação estatisticamente significativa nesta amostra.

Relativamente à sintomatologia depressiva, religiosidade e grau de instrução quando se considera a totalidade da amostra não se verifica nenhuma correlação.

Contudo, quando se dictomiza a variável nos sujeitos com escolaridade inferior ao 9º ano (n= 17) verificou-se que, existem correlações negativas entre a sintomatologia depressiva, quer na religiosidade avaliada pelo SBI-15R ($r = -.40$), quer a prática atual($r = -0,50$).Neste subgrupo a religiosidade parece portanto funcionar como fator protetor relativamente à ocorrência de sintomatologia depressiva. Pelo contrário, no subgrupo de participantes com grau académico mais elevado (n=20), maiores níveis de religiosidade tendem a estar associados a maiores índices de sintomatologia depressiva. Estes resultados são surpreendentes e levantam questões para futuras investigações.

Na atualidade, em Portugal, não se conhece nenhum estudo que aborde esta temática específica a depressão e a religiosidade em doentes hemodialisados. Pretendeu-se com este estudo ampliar a reflexão acerca desta relação na vida dos insuficientes renais em hemodialise.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abram, H., Moore, I., & Westvelt, B. (1971). Suicidal behaviour in chronic dialysis patients. *American Journal of Psychiatry*, 127,1119 -1127

Almeida A. (2003). A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. *J. Bras. Nefrol.* 25(4), p.14.

Almeida, A., Lotufo N., & Koenig, H. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3), 240-250.

Anes, E., & Ferreira, P. (2009). Qualidade de vida em diálise. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 67-82.

Andrade, C. & Sesso, R. (2012). Depression in Chronic Kidney Disease and Haemodialysis Patients. *Psychology*, 3,974-978.

Baider, L., Holland, J. C., Russak, M., & Kaplan De-Nour, A. (2001). The system of belief inventory (SBI-15): a validation study in Israel. *Psycho-Oncology*, 10(6), 534-540.

Batson,C.,Schoenrade,P.,&Ventis,W(1993) Religion and the individual: A social Psychological perspective. NewYork: OxfordUniversity Press.

Berman, E., Merz, J., Rudnick, M., Snyder, R., Rogers, K., Lee, J, et.al. (2004). Religiosity in a haemodialysis population and its relationship to satisfaction with medical care, satisfaction with life, and adherence. *American Journal of Kidney Diseases*, 44(3), 488-497.

Blake, P., & Daugirdas, J. (2001). Fisiologia da Diálise Peritoneal. In Daugirdas, J., Blake, P. & Ing ,T (3ª Ed.), *Manual de Dialise* (pp.287-303). Guanabara Koogan S.A.

Braam W., Van den Eeden, P., Prince, J., Beekman, F., Kivelä, L., Lawlor, A., & Copeland, J. (2001). Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the EURODEP. *Psychological Medicine*, 31, 803-814.

Braam, W., Hein, E., Deeg, D., Twisk, J., Beekman, A., & Van Tilburg, W. (2004). Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in older Dutch citizens: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Aging Health*, 16(4), 467-89.

Brenner, B. M. & Lazarus, J. M. (1980). Chronic renal failure. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine*. London, Ed. McGraw Hill

Chowanec, D., & Binik, M. (1989). End-stage renal disease and the marital dyad: An empirical investigation. *Society of Science and Medicine*, 28, 971-983.

Christensen, J., Smith, T., Turner, C., Holman, J., Gregory, M., & Rich, A. (1992). Family support, physical impairment and adherence in haemodialysis: An investigation of main and buffering effects. *Journal of Behavioural Medicine*, pp.313-325.

Cohen, D., Sharma, T., Acquaviva, K., Peterson, A., Patel, S., Kimmel, P. (2007). Social support and chronic kidney disease: An update. *Advanced Chronic Kidney Disease*, 14, 335-344.

Cohen, D., Norris, L., Quaviva, K., Peterson, R., & Kimmel, P. (2007) Screening, diagnosis, and treatment of depression in patients with end-stage renal disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2, 1332-1342.

Craven, L., Rodin, M., Johnson, L., & Kennedy, S. (1987). The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosomatic Medicine*, 49(5), 482-92

Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Cromwell-Smith, A., Peterson, R., et al. (2007). Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clinical Journal of American Society of Nephrology*, 2, pp. 484-490.

Cukor, D., Peterson, R. , Cohen, S., & Kimmel, L. (2006). Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients. *National Clinical Practical Nephrology* 2, pp. 678-687.

Cukor, D., Rosenthal, D., Jindal, R., Brown, C., & Kimmel, P. (2009). Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialized patients and transplant recipients. *Kidney International* , 75, pp. 1223-1229.

Curtin, R., Mapes, D., Petillo, M., & Oberly, P. (2002). Long-term dialysis survivors: a transformational experience. *Qualitative Health Research* , 12, (5), 609-624.

Danecker, B., Kimmel, L., Ranich, T., & Peterson, R. (2001). Depression and marital dissatisfaction in patients with end-stage renal disease and in their spouses. *American Journal of Kidney Disease* , 38, 839-846.

Daugirdas, J., & Stone, J. (2001). Princípios Fisiológicos e Modelo de Cinética da Ureia. In Daugirdas, J., Blake, P., & Ing, T. In *Manual de Dialise* (3ª ed., pp. 13-47). Guanabara Koogan S.A.

Delgado, L. (1997). Os aspetos psicológicos do IRC em Hemodiálise. In *Manual de Diálise* (pp. 55-56). Lisboa: Clínica de Doenças Renais.

Di Matteo, M. , Lepper, H.et.al. (2000). Depression is a risk factor for non compliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patients adherence. *Archive of International Medicine* , 160(24), pp. 2101-2107.

Feroze, U., Martin, D., Patton, A., Kamyar, K., & Kopple, J. D. (2010). Mental health, depression and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 4, (3).

Finnegan-J & Thomas, “The Psychosocial Experience of Patients with End-Stage Renal Disease and Its Impact on Quality of Life: Findings from a Needs

Fonseca, M. (1999). Aspetos sociais do Insuficiente renal crónico em hemodiálise. In *Manual de Diálise* (pp. 207-210). Lisboa: Clínica das Doenças Renais.

Fortin, M. (1999). O processo de investigação: Da concepção à realização (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Fukunishi, I., Kitaoka, T., Shirai, T., Kino, K., Kanematsu, E., & Sato, Y. (2002). Psychiatric disorders among patients undergoing hemodialysis therapy. *Nephron* , 91, pp. 344-347.

Haenel, T. H., Brunner, F., & Battegay, R. (1980). Renal dialysis and suicide: occurrence in Switzerland and in Europe. *Comprehensive Psychiatry* , 21, pp. 140-145.

Khaira, P., Mahajan, S., Khatri, P., Bhowmik, D., Gupta, S., & Agarwal, S. (2013) Depression and marital dissatisfaction among Indian haemodialysis patients and their spouses: a cross-sectional study

K/DOQI. (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease. *American Journal of Kidney Diseases* , 39(Sup1).S1-S246. *Renal failure*, 34(3), 316-322

Kimmel, P. L. (2002). Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. *Psychosom Research* , 53, 951-956.

Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Alleyne, S., Cruz, I., et al. (2000). Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic haemodialysis patients. *Kidney International* , 57, pp. 2093-2098.

Kimmel, P. L., Thamer, M., Richard, C., & Ray, N. F. (1998). Psychiatric illness in patients with end stage renal disease. *American Journal of Medicine*, 105, pp. 214-221.

Kimmel, P. L., Weihs, K. L., & Peterson, R. A. (1993). Survival in hemodialysis patients: The role of depression. *Journal of American Society of Nephrology*, 4, pp. 12-27.

Kimmel, P., Elmont, S., Newmann, J., Danko, H., & Moss, A. (2003). ERSO patient quality of life, symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors and ethnicity. *American Journal of Kidney Disease* , 42, (4), 713-730.

Kenneth, J.B. (2001). Religiosity and depression among nursing home residents: results of a survey of ten states. *Journal of religion gerontology*, 12(1), 43-61. Doi:

10.1300/J078v12n01.05

Koenig, H. (2006). Religion, spirituality and aging. *Aging & Mental Health*, 10 (1), 1-3. Doi:

10.1080/13607860500308132

Landreneau, K., Lee, K., & Landreneau, M. (Janeiro/Fevereiro de 2010). Quality of life in Patients Undergoing haemodialysis and Renal Transplantation :A meta-analytic review. *Nephrology Nursing Journal*,37(1),37-45

Levy, N. B. (1996). Psicologia e Reabilitação. In: Daugirdas, J. T. & Ing, T. S., *Manual de Diálise*, 2^a ed, Rio de Janeiro, Medsi, 321-344

Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). The Portuguese Version of the Center Epidemiologic studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (4), 339–348. Doi:10.1027/1015-5759.20.4.339

Gonçalves,B.&Fagulha.(2004).Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina familiar.*Rev.Port.Clin.Geral*,20:13,13-29

Hill,P.,Pargament,R.,Wood,JR.,McCullough,J.,Swyers,D.,Zinnbauer,L.,B,(2000)

Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the theory of Social Behaviour*,pp51-77.

Holland, J., Kash, K., Passik, S., Gronert, M., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S., Baider, L., & Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-oncology*, 7, 460-469.

Machado, M. (2009). Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o Contributo dos Enfermeiros. Tese de Mestrado em Educação para a Saúde, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

McClellan, W. M., Anson, C., Birkeli, K., & Tuttle, E. (1991). Functional status and quality of life: Predictors of early mortality among patients entering treatment for end stage renal disease. *Journal of Clinical Epidemiology* , 44, 83-89.

McClellan, W. M., Stanwyck, D. J., & Anson, C. A. (1993). Social support and subsequent mortality among patients with end-stage renal disease. *Journal of American Society of Nephrology* , 4, 1028-1034.

Menéndez, M. A. (2007). Religiosidade e valores em Portugal: Comparação com a Espanha e a Europa católica. *Análise Social* , XLII(184), pp. 757-787.

Meneses, R., & Ribeiro, J. (2000). Como ser saudável com uma doença crónica: Algumas palavras orientadoras da ação. In *Análise Psicológica*. 18, nº 4, pp. 523-528.

Meraviglia, M. (2006, January). Effects of spirituality in breast cancer survivors. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 33, No. 1, pp. E1-E7). Oncology Nursing Society.

Miller, W. R., & Thorenson, C. E. (2003). Spirituality, religion and health: An emergin research field. *American Psychologist* , 58(1), 24-35.

Mittal, S. K., Ahern, L., Flaster, E., Maesaka, . K., & Fishbane, S. (2001). Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients *.Nephrology Dialysis Transplantation*, 16(7), 1387-1394.

Murray, C. J., & Lopez, D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors, global burden of disease study. *Lancet* , 349, pp. 1498-1504.

Nefrologia, S. P. (2010). Dados Estatísticos. Obtido em 27 de Julho de 2013, de <http://www.spnefro.pt>

Oliveira, R. (2004). O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. *Revista Portuguesa de Psicossomática* , Janeiro-Junho, 6, nº 001, pp. 63-67.

Palmer, B. (2003). Sexual dysfunction in men and women with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Advanced Renal Replace Therapy* , 10, pp. 48-60.

Pataca, I. (1997). Rim normal, anatomia, fisiologia. In Manual de Hemodiálise (pp. 9-15). Lisboa: Clínica das Doenças Renais.

Patel, S. ., Shah, V. ., Peterson, R. ., & Kimmel, L. (2002). Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with haemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases* , 40, 1013-1022.

Pinto, C., & Ribeiro, J. (Janeiro/Junho de 2000). A qualidade de vida de jovens adultos submetidos a transplante renal na infância. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , 18, nº 1, pp. 11-19

Pinto, C., & Ribeiro, J. L. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28, nº 1, pp.49-56.

PORDATA (2014). *Indicadores de nível de instrução Censos em Portugal*. Consultado em 26 de outubro de 2013, em <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores>

Portugal. (2008). Informação Geral: Saúde 2008. Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde e Elementos Estatísticos. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Quintana, A., & Muller, A. (Janeiro/Março de 2006). Da Saúde à Doença: Representações sociais sobre a insuficiência renal crónica e o transplante renal. *Psicologia Argumento* , 24, nº 44, pp. 73-80.

Ramos, A. (1997). Insuficiência Renal, Fisiopatologia, Síndrome Urémico, Insuficiência Renal Aguda, Insuficiência Renal Crónica e Terapêutica Médica. In Manual de Diálise (pp. 27-36). Lisboa: Clínica das Doenças Renais.

Ravagnani, L., Domingos, N., & Miyazaki, M. (Maio/Agosto de 2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos Psicologia*, 12, nº 2.

Ripamonti, C., Borreani, C., Maruelli, A., Proserpio, T., Pessi, M., & Miccinesi, G. (2010). System of belief inventory (SBI-15R): a validation study in Italian cancer patients on oncological, rehabilitation, psychological and supportive care settings. *Tumori*, 96(6), 1016-1021.

Rocha, S., & Fleck, P. (2011). Avaliação da qualidade de vida e importância dada a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(1).

Santos, O. (2007). Quando o corpo (se) faz despertar. In: Quayle, J.; Lucia, M. C. *Adoecer – As interações do doente com sua doença*. São Paulo. (Atheneu, Ed.)

Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological bulletin*, 129(4),

Sorkin, M., & Blake, P. (2001). Sistemas para Diálise Peritoneal. In J. Daugirdas, P. Blake, & T. Ing, *Manual de diálise* (3ª ed., pp. 304-317). Guanabara Koogan S.A.

Soucie, M., & McClellan, M. (1996). Early death in dialysis patients: risk factors and impact on incidence and mortality rates. *Journal of the American Society of Nephrology*, 7(10), 2169-2175.

Symister, P. & Friend, R. (2003) The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psycho*, 122, 123-129

Steele, T., Wuerth, D., Finkelstein, S., Juergensen, D., Juergensen, P., Klinger, A. S., et al. (1996). Sexual experience of the chronic peritoneal dialysis patient. *American Society of Nephrology*, 7, 1165-1168.

Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia* (2ª ed.). Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Teng,T., Humes, E, Demetrio, N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 3), 149-159.

Valderráno, F., Jofre, R., & López-Gómez, J. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases* , 38(3), 443-464.

Wai, L., Richmond, J., Burton, H., & Linday, R. (1981). Influence of psychosocial factors on survival of haemodialysis patients. *Lancet*,, pp1155-1156.

Wang,J.,&Chen,C.(2013) The psychological impact of Haemodialysis on patients with chronic renal failure. www.intechopen.com

Watnick, S., Kirvin, P.,Mahnensmith, R., &Concato,J., (2003). The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *American Journal of kidney Diseases*. 41(1), 105-110

Wesolowski, T., & Szyber, P. (2003). A trial of objective comparison of life between chronic renal failure patients treated with haemodialysis and renal transplantation. *Annals of Transplantation* , 8, nº 2.

Wild, J. (2005). Diálise Peritoneal. In N. Thomas, *Enfermagem em Nefrologia* (2ª ed)., pp. 225-288). Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.

WHO (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO.

ANEXO I-FICHA SOCIODEMOGRÁFICA E CLINICA

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Responda a todas as perguntas, por favor
TODAS AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS SÃO CONFIDENCIAIS

Idade: ----- (anos) **Sexo:** Feminino Masculino

Nacionalidade: Portuguesa Outra:-----

Estado civil: Casado(a)/ união de facto Separado(a)/ Divorciado(a)
Viúvo(a) Solteiro(a)

Habilitações escolares: Não foi à escola Menos de 4 anos 4 anos
6 anos 9 anos 12 anos Bacharelato Licenciatura

Situação Profissional: Empregado(a) Desempregado (a) Reformado(a)

Profissão

AGREGADO FAMILIAR:

Número de **filhos** Número de **filhos a cargo**

Atualmente vive com: Marido ou companheiro Filhos Pai Mãe Outros
.....

Vive sozinho(a)

DADOS CLÍNICOS:

Há quanto tempo faz **diálise**?.....

Quantas vezes por semana faz **diálise**?.....

Qual é o seu acesso para **diálise** ? Cateter permanente... . Fistula /protese... .

Já foi submetido a **transplante**? Sim Não

A sua insuficiência renal foi devida a :

Diabetes Hipertensão Rins poliquísticos
Mieloma Múltiplo Vasculite Outros

Já teve uma **depressão**? Sim Não

Toma medicação antidepressiva? Não Sim Qual? -----

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO II – PEDIDO AO CONSELHO DE ÉTICA DO
HOSPITAL GARCIA DE ORTA

A Comissão de Ética do Hospital Garcia de Orta ,EPE

Matilde Maria Cardoso Freitas Saraiva, Enfermeira Graduada nesta Instituição, a frequentar o **Mestrado Integrado em Psicologia Clínica Dinâmica da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa** e no âmbito da sua tese de dissertação final vem por este meio solicitar a V.Ex.^a. que se digne a autorizar a realização de um estudo sobre a temática ***A Depressão e a Religiosidade em Doentes Hemodialisados.***

Este estudo tem com objetivo geral abordar a relação entre a religiosidade e a depressão em doentes com doença crónica e implica o preenchimento de uma ficha sociodemográfica e clínica e dois instrumentos de medida – a Escala Systems of Belief Inventory (SBI-15R Holland et al., 1998) e a CES-D (Anexol,II,III,IV).

Desde de já informo que a confidencialidade e a privacidade dos dados obtidos será assegurado conforme os princípios éticos vigentes.

Mais informo que a investigação está sob orientação do Exmo. Sr. Dr. Professor Bruno Gonçalves da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa

Grata pela vossa atenção e certa que esta solicitação merecerá por parte V. Ex^o toda a atenção, os meus melhores cumprimentos.

Almada, 17 de Abril 2013

A Investigadora.-----

ANEXO III- CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Matilde Freitas Saraiva, sou psicóloga clínica e estou a realizar uma dissertação de mestrado em psicologia na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. O estudo será sobre a Depressão e Religiosidade em doentes insuficientes renais em programa regular de hemodialise.

Venho por esse meio pedir a sua participação através do preenchimento de 3 questionários, que deverão ser preenchidos de acordo com a sua experiência pessoal. Os questionários são relativos a dados sociodemográficos e clínicos, aspetos da experiência religiosa e sintomatologia depressiva.

Os dados recolhidos são anónimos e serão tratados e apresentados segundo as regras de confidencialidade.

Ao responder a estes questionários declara que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Almada, ____ de _____ de 2012

(A entrevistadora)

(A participante)