

INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E CRENÇAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

Samira Rocha Magalhães¹, Zuila Maria de Figueiredo Carvalho², Luciene Miranda de Andrade³, Ana Karina Bezerra Pinheiro⁴, Rita Mônica Borges Studart⁵

¹ Mestre em Enfermagem. Enfermeira assistencial do Instituto Dr. José Frota e do Hospital da Mulher de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: samira_magalhaes@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: zmfca@fortalnet.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Enfermeira assistencial do Instituto Dr. José Frota, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: luciene.m@uol.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: anakarinaufc@hotmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: monicastudart@hotmail.com

RESUMO: Objetivou-se avaliar a influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pessoas com lesão medular. Estudo de abordagem quantitativa, exploratória de corte longitudinal. A coleta de dados de 49 pessoas com lesão medular ocorreu em duas fases, no hospital e no domicílio, e foi conduzida por meio da aplicação do instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida - Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais (WHOQOL-SRPB). Foram realizadas análises exploratórias mediante uso de distribuições de frequências univariadas e medidas descritivas; validação da consistência interna e cálculo dos escores das dimensões da escala. Os resultados demonstraram que as dimensões relacionadas à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, adotadas pelos pacientes como estratégias para melhoria da sua qualidade de vida, confirmaram-se a partir dos altos escores obtidos nos domínios do WHOQOL-SRPB em ambas as fases; houve diferenças apenas nas dimensões Sentido da vida e Força espiritual. Espera-se que este estudo possa despertar para a relevância do cuidado espiritual e emocional.

DESCRIPTORES: Traumatismos da medula espinhal. Espiritualidade. Religião. Qualidade de vida. Enfermagem.

INFLUENCE OF SPIRITUALITY, RELIGION AND BELIEFS IN THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH SPINAL CORD INJURY

ABSTRACT: The objective was to evaluate the influence of spirituality, religion and personal beliefs in the quality of life of people with spinal cord injury. This is a quantitative and exploratory longitudinal cross-sectional study. Data were collected from 49 people with spinal cord injury in two steps, in the hospital and at home, by applying the Quality of Life assessment tool - Spirituality, Religion and Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB). Exploratory analyses were performed by using univariate frequency distributions and descriptive measures; validation of internal consistency; and by calculating the dimensions of the scale scores. The results show that the dimensions related to spirituality, religion and personal beliefs patients adopted as strategies to improve their quality of life in this research were confirmed by the high scores in the WHOQOL-SRPB areas in both phases; there were differences only in the dimensions Sense of life and Spiritual strength. It is hoped that this study can highlight the importance of spiritual and emotional care.

DESCRIPTORS: Spinal cord injuries. Spirituality. Religion. Quality of life. Nursing.

INFLUENCIA DE LA ESPIRITUALIDAD, RELIGIÓN Y CREENCIAS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR

RESUMEN: El objetivo fue evaluar la influencia de la espiritualidad, la religión y las creencias personales de la calidad de vida de las personas con lesión medular. Se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio de corte longitudinal. La recolección de datos se dio con 49 personas con lesión medular en dos fases: en el hospital y en el hogar, y se llevó a cabo mediante la aplicación del instrumento de Calidad de Vida - Espiritualidad, Religión y Creencias personales - WHOQOL-SRPB. Los análisis exploratorios se llevaron a cabo mediante el uso de distribuciones de frecuencia univariadas y medidas descriptivas; validación de consistencia interna y cálculos de las dimensiones de las puntuaciones de la escala. Los resultados mostraron que las dimensiones relacionadas con la espiritualidad, la religión y las creencias personales adoptadas por los pacientes como estrategias para la mejora de su calidad de vida en esta investigación se confirmaron en las puntuaciones más altas en las áreas de WHOQOL SRPB en dos fases; había diferencias sólo en la dimensión sentido de la vida y la fuerza espiritual. Se espera que este estudio pueda resaltar la importancia del cuidado espiritual y emocional.

DESCRIPTORES: Traumatismos de la médula espinal. Espiritualidad. Religión. Calidad de vida. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A lesão medular (LM) é uma agressão à medula espinhal, a qual resulta em diminuição ou ausência de sensibilidade e força muscular, além de distúrbios neurovegetativos dos segmentos do corpo localizados abaixo da lesão e pode levar ao comprometimento nos sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo.¹

As sequelas e as dificuldades que essas pessoas enfrentam para retornar à sua vida familiar e social interferem na sua qualidade de vida e, a depender da gravidade e irreversibilidade dessas, acarretam alterações e modificações biopsicossociais para o indivíduo, repercutem em mudanças corporais, psicológicas e sociais e exigem a adaptação à nova vida.²

Dentre os problemas psicológicos, o transtorno depressivo é um dos mais comuns em pessoas com LM e a gravidade varia de depressão menor para transtornos de ajustamento e episódios depressivos maiores. O tipo, duração, abrangência dos sintomas e efeito sobre as funções são variáveis. No entanto, os eventos níveis de depressão subclínica foram encontrados e têm demonstrado grande impacto na saúde, principalmente na realização de atividades da vida diária e nas relações com pessoas sem deficiência.³

As pessoas com LM necessitam de suporte físico, social, psicológico e espiritual para a promoção da qualidade de vida, participam de programa de reabilitação longo, o qual, na maioria das vezes, não leva à cura, apenas auxilia na adaptação à nova vida.⁴

Torna-se evidente que as alterações no estilo de vida devido à LM, principalmente as relacionadas à locomoção e aos aspectos psicológicos, podem afetar os diferentes domínios de qualidade de vida.

Em nosso país, ainda são poucos os estudos que relacionam qualidade de vida (QV) e lesão medular. No entanto, avaliar a qualidade de vida é de grande importância para essas pessoas. Um estudo que avaliou a qualidade de vida concluiu que os domínios físicos, sociais e emocionais e da saúde mental são os que mais comprometem a QV dessas pessoas.⁵ Há consenso crescente de que a QV é questão fundamental para as pessoas com lesão medular, especialmente porque a expectativa de vida desses indivíduos tem aumentado substancialmente nos últimos 30 anos.⁶

Definir qualidade de vida é algo complexo e muito subjetivo, porém, a Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio de seus especialistas, conceituou QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema

de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas pessoais, padrões e preocupações.⁷ Esse entendimento levou à criação de um instrumento denominado *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-100), o qual avalia a QV e contempla seis principais domínios: físico, estado psicológico, níveis de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais.⁸

Artigos relatam que o sucesso do instrumento WHOQOL-100 instigou a OMS a construir outros e a especificar alguns domínios. Dentre esses instrumentos, incluiu-se o WHOQOL-SRPB, que trata do domínio espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB, sigla em inglês).⁹⁻¹⁰

Portanto, o WHOQOL-SRPB é um instrumento desenvolvido para avaliar de que forma espiritualidade, religião e crenças pessoais estão relacionadas com a QV na saúde e na assistência à saúde. O princípio que fundamenta o desenvolvimento do WHOQOL-SRPB é o de que, partindo-se da perspectiva de avaliação da QV, ter uma crença profunda, religiosa ou não, poderia dar um significado transcendental à vida e às atividades do dia a dia e funcionar como estratégia para lidar com o sofrimento humano e os dilemas existenciais.¹¹

Há a necessidade de novos estudos sobre a WHOQOL-SRPB em populações específicas e de diferentes religiões, outros grupos culturais,¹² porque, apesar de ter sido validado e de ter demonstrado ser válido e confiável, o instrumento ainda requer ampliação de seu grau de validade.

A aplicação desse instrumento torna-se relevante para a saúde pública, haja vista o ineditismo de sua aplicação em pessoas com LM, e pode trazer valiosas contribuições para a assistência, principalmente da enfermagem, no que se refere aos aspectos emocionais e espirituais.

Além de salientar a importância da dimensão espiritual nos processos de saúde/doença, uma vez que esta é reconhecida pelas associações nacionais e internacionais de enfermagem e demonstrada pela evidência científica, essa dimensão continua a ser esquecida na assistência de enfermagem.¹³

Os enfermeiros, como profissionais presentes na assistência, identificam as particularidades envolvidas nos conceitos de espiritualidade e religiosidade, da mesma forma que reconhecem a articulação entre eles. A aplicabilidade desses conceitos, na prática clínica do enfermeiro sofre influência direta da sua própria espiritualidade e religiosidade, da sua formação profissional e

do receio das repercussões da abordagem desses aspectos diretamente com os pacientes. Assim, cenários nos quais se evidenciam situações de fragilidade dos pacientes parecem favorecer o envolvimento do enfermeiro com a espiritualidade e religiosidade daqueles sob seus cuidados. Nesses casos, o enfermeiro sente-se fortalecido para oferecer um cuidado integral, que contemple o ser humano em todas as suas dimensões.¹⁴

Portanto, conhecer a qualidade de vida de pessoas com LM propicia aos enfermeiros proporem ações de promoção da saúde, ao se considerar que tais estratégias têm, dentre outros objetivos, o de promover um *empowerment* psicológico, fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio, desenvolver mecanismos de autoajuda, solidariedade e mudanças no estilo de vida, aspectos esses vislumbrados pelos enfermeiros no processo de cuidar em articulação com a qualidade de vida.

Objetivou-se avaliar a influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pessoas com LM durante a hospitalização e em seu domicílio.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório de corte longitudinal, com abordagem quantitativa, realizado em Fortaleza-CE. A população alvo do estudo envolveu pessoas com LM, de ambos os sexos, hospitalizadas na unidade neurológica da instituição, durante o período determinado para coleta de dados, e em sua residência, após a alta.

A amostra do estudo foi calculada a partir da fórmula indicada para estudo em população finita. Para o cálculo amostral foram adotados os seguintes parâmetros: nível de confiança do estudo de 95% ($Z_{\alpha} = 1,96$); erro amostral de 5,3%; no denominador utilizou-se a população total de 186 pacientes (número de internações por LM no hospital, no ano 2011). Em razão de se desconhecer a prevalência de LM no hospital, adotou-se a prevalência de pacientes com diagnóstico de lesão medular de 50%. Com base nos parâmetros expostos, a amostra foi estimada em 52,9≈55 pacientes com LM, selecionada por conveniência, de forma consecutiva, conforme a internação, pelo diagnóstico de lesão medular.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico de lesão medular traumática na fase hospitalar e ter conhecimento do diagnóstico de LM há mais de 10 dias; ter condições de responder ao instrumento, sozinho ou com auxílio do pesquisador, nos casos de tetraplegia; incapacidade física para escrever e deficiência visual.

Adotou-se o seguinte critério de exclusão: existir outra patologia associada, a qual afete seu nível de consciência e orientação, a exemplo de trauma crânio-encefálico e acidente vascular encefálico. Foram utilizados os seguintes critérios de descontinuidade do estudo: paciente evoluir para óbito; as pesquisadoras não conseguirem entrar em contato com os pacientes em razão de os telefones estarem desligados ou fora da área de cobertura.

A coleta de dados ocorreu em duas fases. A primeira, no ambiente hospitalar, durante o período de internação na enfermaria; após a seleção e durante todo o tempo de coleta foi possível entrevistar 55 pacientes. A segunda ocorreu quando o paciente se encontrava em seu domicílio, momento no qual se optou por fazer a aplicação do instrumento WHOQOL-SRPB por telefone e foi possível coletar dados de 49 pacientes nessa fase.

A 1ª fase do estudo ocorreu entre os meses março a outubro de 2013. As ligações ocorreram sempre um mês após a data da 1ª fase; ressaltamos que, para alguns pacientes, as entrevistadoras tiveram que ligar posteriormente, visto que o tempo de hospitalização desses foi superior a 30 dias.

A equipe responsável pela coleta de dados foi composta pela pesquisadora e duas entrevistadoras (bolsistas), as quais receberam orientações acerca do estudo, dentre as quais se destacam: objetivos, metodologia, além de orientações sobre o instrumento e sua aplicação. Ressalta-se que as entrevistadoras iniciaram a coleta de dados após observação e aplicação do instrumento pela pesquisadora responsável deste estudo durante o teste piloto.

Os dados foram digitados no *Microsoft Access* versão 2003 e, após a digitação, exportados para o *software* estatístico STATA versão 8, para geração dos resultados. Foram realizadas análises exploratórias mediante uso de distribuições de frequências univariadas e medidas descritivas e o gráfico *box plot* (média e desvio padrão, mediana, mínimo e máximo e quartis) das características demográficas, socioeconômicas e clínicas da população de estudo; validação da consistência interna das respostas obtidas e cálculo dos escores das respectivas dimensões da escala WHOQOL-SRPB em ambas as fases do estudo (no hospital e no domicílio).

Os escores das respectivas dimensões foram calculados a partir da soma das quatro questões pertencentes a cada faceta (total 8), seguidos de divisão por 4 com variação de 1 a 5. A média das facetos representa o escore da respectiva dimensão para cada indivíduo. Obteve-se o escore geral,

síntese de todas as dimensões a partir da soma das “n” dimensões, dividida por 8 e multiplicada por 4, com variação de 4 a 20.

Para se compararem os valores médios dos grupos (hospitalizados e no domicílio) utilizou-se o teste de igualdade média de Wilcoxon, teste não paramétrico para comparação de amostras pareadas, cujo principal objetivo foi comparar as dimensões das pessoas enquanto estavam hospitalizadas e no domicílio, com o propósito de verificar diferenças significativas entre as dimensões nas duas fases.

O coeficiente alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna das respostas aos itens da escala WHOQOL-SRPB e adotou-se a seguinte classificação para se avaliarem os valores obtidos: entre 0,70 e 0,90, boa consistência interna; abaixo de 0,70, fraca consistência interna; e acima de 0,90, alta concordância.¹⁵

Os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas da pesquisa, em atendimento às exigências estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em especial as relativas à preservação dos princípios bioéticos fundamentais do respeito ao indivíduo e da beneficência.¹⁶ O projeto recebeu os protocolos de aprovação n. 338.980 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e n. 348.114 do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dr. José Frota.

RESULTADOS

Esta pesquisa correspondeu ao estudo das crenças espirituais, religiosas ou pessoais mediante aplicação da escala WHOQOL-SRPB, durante as fases de hospitalização e domiciliar.

Na primeira fase, participaram da pesquisa 55 pacientes com LM e houve predomínio do sexo masculino (87,3%); em relação à faixa etária, 25,5% das pessoas tinham idade até 25 anos, 16,4% entre 26 e 35 anos, 21,8% entre 46 e 55 anos e 9,1% entre 56 e 65 anos; a média de idade foi 38,1 anos (desvio padrão=±13,9 anos), a idade mínima 15 anos e a máxima 65 anos. Quanto à distribuição da cor autorreferida, a cor parda prevaleceu com 49,1%; a cor preta 25,5%; a cor branca 14,6% e a cor amarela 10,6%. No tocante à religião, predominou a católica (54,6%); 23,6% evangélicos e 21,8% declararam não participar de nenhuma religião. Em relação ao estado civil, 36,4% solteiros; 32,7% casados; 25,4% relataram ter união estável e 5,5% separados/divorciados. No que se refere à procedência dos participantes, 51,9% vieram do interior do Estado do Ceará e 49,1% são da capital, Fortaleza.

Em relação às crenças espirituais, religiosas ou pessoais mediante aplicação da escala WHOQOL-SRPB, devido aos critérios de descontinuidade, foi possível aplicar o WHOQOL-SRPB a 49 pessoas com diagnóstico de traumatismo raquimedular (TRM), em ambas as fases do estudo.

Os 32 itens da escala WHOQOL-SRPB foram sumarizados em oito dimensões, com escores que variaram entre 1 e 5. Na figura 1 (*box plot*) e na tabela 1, pela sumarização dos escores durante a hospitalização e no domicílio, pôde-se observar que as distribuições em todas as dimensões mostraram-se assimétricas, a expressar variabilidade em torno do valor mediano e variações entre 3,5 e 4,3.

Na fase de hospitalização, observou-se que o valor mediano, relativo aos valores da dimensão Conexão com o ser ou força espiritual foi 3,8, enquanto na fase domiciliar foi diminuído para 3,5, com expressiva redução na diferença interquartilica no domicílio (diferença entre os quartis Q75-Q25). A dimensão Sentido da vida manteve o valor mediano 4 nas fases hospitalar e domiciliar, entretanto, apresentou expressiva variação interquartilica no domicílio e essa se mostrou estatisticamente significativa (valor de $p=0,052$); (Tabela 1).

A dimensão Admiração apresentou expressiva variabilidade no padrão das respostas no ambiente hospitalar, manteve o valor mediano 4 em ambas as fases e apresentou redução na variação entre os quartis no ambiente domiciliar. A dimensão Totalidade e integração apresentou variações no valor mediano entre as fases, no ambiente hospitalar a mediana foi 3,8 e no domicílio 4,0; ocorreu aumento da frequência de valores abaixo da mediana no domicílio. A dimensão Força espiritual manteve o valor mediano quatro com a mudança de ambiente, entretanto, essa dimensão apresentou expressiva variação dos valores abaixo da mediana no domicílio e apresentou diferenças estatisticamente significantes (valor de $p=0,049$); (Tabela 1).

A dimensão Paz interior apresentou variações no ambiente hospitalar; a mediana foi 3,8 e a domiciliar 4,0; observou-se redução da variação entre os quartis e maior concentração dos valores abaixo da mediana no domicílio. A dimensão Esperança e otimismo manteve o valor mediano 4; após mudança de ambiente aumentou a frequência de valores acima da mediana. Na dimensão Fé ocorreu aumento do valor mediano do ambiente hospitalar para o domicílio, de 4 para 4,2 respectivamente, entretanto, ocorreu aumento da frequência de valores no domicílio abaixo do valor mediano.

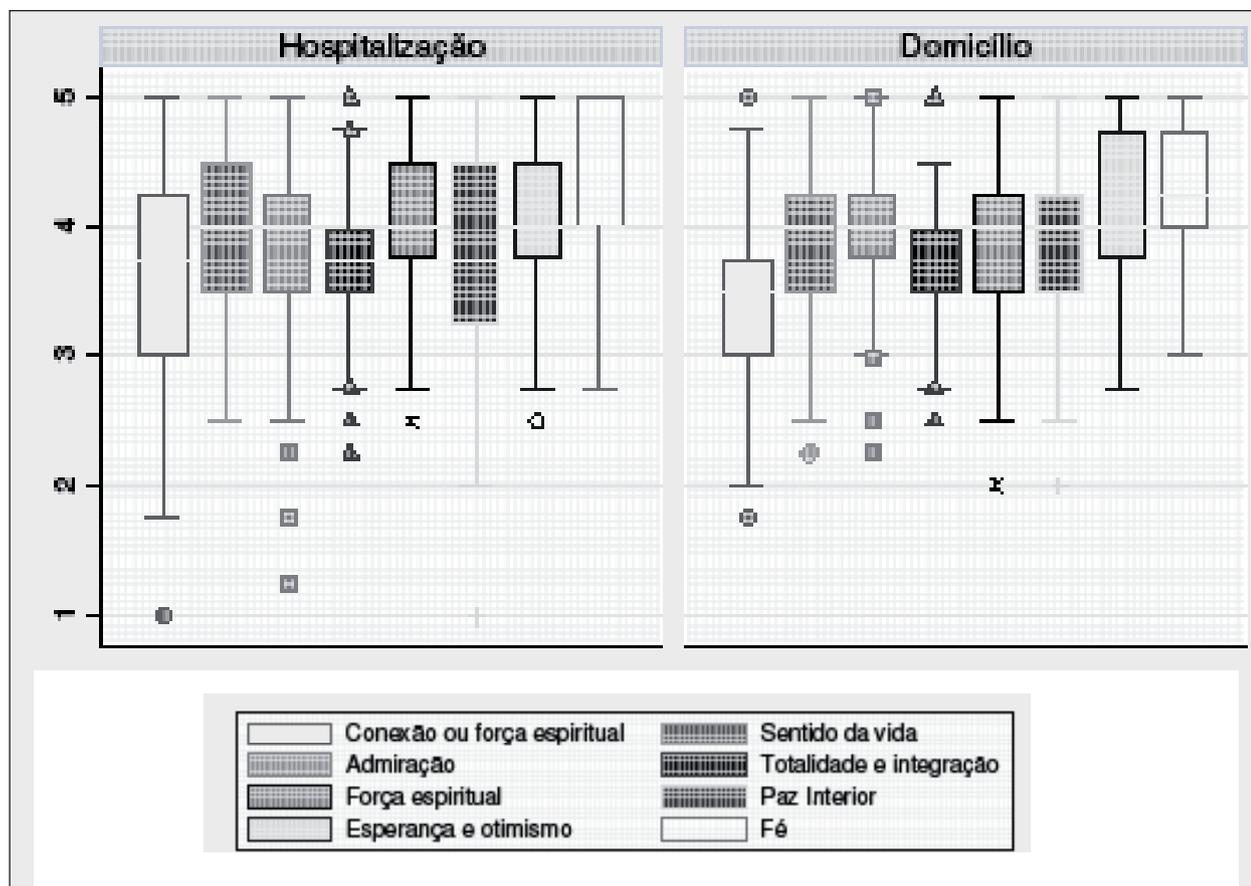


Figura 1 - Medidas descritivas dos escores das dimensões da escala WHOQOL-SRPB de pessoas com diagnóstico de TRM (n=49) em ambas as fases do estudo

Na tabela 1, apresentam-se as medidas descritivas para cada dimensão nas duas fases do estudo; os valores médios foram comparados mediante uso do teste de igualdade média de Wilcoxon para dados pareados. Verificou-se que apenas as dimensões Sentido da vida e Força espiritual apresentaram diferenças estatisticamente significantes quando mensuradas no ambiente hospitalar e no domiciliar (valor de $p \leq 0,05$); as outras dimensões mantiveram-se inalteradas no domicílio.

Pôde-se observar que os escores médios de cada dimensão em uma escala de variação entre 1 e 5, variaram de 3,4 (mínimo) a 4,3 (máximo); apresentaram pequenas diferenças médias entre as fases hospitalar e domiciliar. A dimensão Paz interior não se modificou em termos de valores médios com a mudança do ambiente. O escore global manteve-se 15 (variação de 4 a 20) a representar que a síntese de todas as dimensões não se modificou nas duas fases do estudo.

Tabela 1 - Medidas descritivas dos escores das dimensões dos itens da escala WHOQOL-SRPB de pessoas com diagnóstico de TRM (n=49) em ambas as fases do estudo. Fortaleza-CE, 2013

Dimensões da escala WHOQOL-SRPB	Mediana	Média (± dp)*	IC95% da média†	p-valor‡
Conexão com o ser ou força espiritual				
Hospitalização	3,8	3,5 (± 0,9)	(3,3 - 3,8)	0,374
Domicílio	3,5	3,4 (± 0,7)	(3,2 - 3,6)	
Sentido da vida				
Hospitalização	4,0	3,9 (± 0,7)	(3,7 - 4,1)	0,052
Domicílio	4,0	3,8 (± 0,6)	(3,6 - 3,9)	

(continua)

Dimensões da escala WHOQOL-SRPB	Mediana	Média (\pm dp)*	IC95% da média†	(conclusão)
				p-valor‡
Admiração				
Hospitalização	4,0	3,8 (\pm 0,8)	(3,5 - 4,0)	0,198
Domicílio	4,0	3,9 (\pm 0,6)	(3,8 - 4,1)	
Totalidade e integração				
Hospitalização	3,8	3,7 (\pm 0,6)	(3,5 - 3,9)	0,107
Domicílio	4,0	3,8 (\pm 0,6)	(3,7 - 4,0)	
Força espiritual				
Hospitalização	4,0	4,0 (\pm 0,7)	(3,8 - 4,2)	0,049
Domicílio	4,0	3,8 (\pm 0,7)	(3,6 - 4,0)	
Paz interior				
Hospitalização	3,8	3,8 (\pm 0,8)	(3,5 - 4,0)	0,599
Domicílio	4,0	3,8 (\pm 0,6)	(3,4 - 3,5)	
Esperança e otimismo				
Hospitalização	4,0	4,0 (\pm 0,6)	(3,8 - 4,2)	0,090
Domicílio	4,0	4,2 (\pm 0,6)	(4,0 - 4,3)	
Fé				
Hospitalização	4,0	4,2 (\pm 0,6)	(4,1 - 4,4)	0,575
Domicílio	4,2	4,3 (\pm 0,6)	(4,1 - 4,4)	
Escore do Domínio§				
Hospitalização	15,8	15,5 (\pm 2,3)	(14,8 - 16,2)	0,992
Domicílio	15,5	15,5 (\pm 1,7)	(15,0 - 16,0)	

*dp=desvio padrão; †IC=Índice de confiabilidade; ‡Teste de igualdade média de Wilcoxon para dados pareados; §Soma de todas as dimensões da Escala variação 4 a 20.

A tabela 2 apresenta os resultados da avaliação da consistência interna das respostas aos itens da escala WHOQOL-SRPB obtidos pela aplicação do coeficiente alfa de Cronbach global e parcial para cada dimensão, em ambas as fases do estudo.

O alfa global encontrado na 1ª fase do estudo foi 0,95, na 2ª fase 0,92 e apresentou alta consistência interna entre as respostas aos itens da escala. Ao analisarmos o alfa parcial de cada dimensão (com a retirada dos itens da respectiva dimensão), a consistência interna das respostas se manteve alta, de maneira semelhante ao padrão global, com variações de 0,91 a 0,95.

Tabela 2 - Avaliação da consistência interna das respostas dos itens segundo dimensões da escala WHOQOL-SRPB de pessoas com o diagnóstico de TRM (n=49), em ambas as fases do estudo. Fortaleza-CE, 2013

Dimensões da Escala WHOQOL - SRPB	Coeficiente Alfa de Cronbach*	
	Hospitalização	Domicílio
Conexão com o ser ou força espiritual	0,94	0,92
Sentido da vida	0,94	0,92
Admiração	0,95	0,92
Totalidade e integração	0,95	0,91
Força espiritual	0,94	0,91
Paz interior	0,94	0,91
Esperança e otimismo	0,95	0,91
Fé	0,94	0,91
Alfa de Cronbach Global	0,95	0,92

*Alfa de Cronbach com a retirada dos itens da dimensão

DISCUSSÃO

Apesar de ser difícil mensurar e avaliar os aspectos relacionados à espiritualidade, religiosi-

dade e crenças como influenciadores na melhoria do estado de saúde, a comunidade científica reconhece-os como tais e sempre se refere à necessidade de novas pesquisas nessa área.

O instrumento de WHOQOL-SRPB permitiu conhecer a influência desses aspectos na QV de pessoas com lesão medular durante a hospitalização e depois da alta, em seu domicílio. Sabe-se também que o tema é bastante discutido no cuidado holístico, porém, sua aplicação ainda não ocorre com frequência significativa. No caso da LM, torna-se evidente a necessidade do apoio relacionado ao psicológico, emocional e espiritual.

Em um estudo sobre QV em pessoas com lesão medular, no qual foi aplicado o instrumento da OMS, o WHOQOL-Bref, os domínios meio ambiente e físico obtiveram os piores escores de avaliação e os domínios psicológicos e de relações sociais obtiveram os escores mais elevados na avaliação. Na avaliação do domínio psicológico, demonstrou que os entrevistados se apoiam em crenças pessoais, espiritualidade e religião, aceitam sua aparência física, mantêm a autoestima e a capacidade de pensar, aprender e se concentrar.⁴

Em relação à identificação das dimensões relacionadas à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais adotadas pelos pacientes como estratégias para melhoria da sua qualidade de vida, neste estudo confirmam-se os altos escores obtidos nos domínios da WHOQOL-SRPB em ambas as fases, nas quais os domínios que mais se destacaram foram os relacionados à Esperança e otimismo, Força espiritual e Fé.

O que observamos durante a coleta, no que se refere aos sentimentos, de forma qualitativa, foi que os pacientes com LM utilizam muito os sentimentos de otimismo, esperança e fé para enfrentar as dificuldades da vida e que esses domínios corresponderam aos que eles tiveram mais facilidades em responder, alguns até explicavam e se aprofundavam no assunto, justificando e relatando fatos de superação em suas vidas.

Quanto às medidas descritivas para cada dimensão, nas duas fases do estudo, os valores médios foram verificados e demonstraram que apenas as dimensões Sentido da vida e Força espiritual apresentaram diferenças estatisticamente significantes quando mensuradas no ambiente hospitalar e no domiciliar (valor de $p \leq 0,05$); as outras dimensões mantiveram-se inalteradas no domicílio.

Um estudo relatou que a capacidade de tocar a vida após a lesão varia muito para cada pessoa. O isolamento social foi um ponto comum entre todas as pessoas que participaram desse estudo, ao menos no início da nova vida. Alguns, com o

avanço da idade e de tempo de lesão, foram se adaptando à nova vida, reinserindo-se na vida social. Outros, por diversas razões, ainda optam por não sair de casa, acirrando o isolamento imposto pela sociedade excludente em que vivemos.¹⁷

No estudo qualitativo sobre como encontrar um Sentido da vida após a LM, apesar das dificuldades decorrentes das transformações, observou-se que não apenas na vertente física, mas em diversas vertentes da vida humana como a psicológica, a emocional e a espiritual, o estudo demonstrou que o autocontrole e a autoconfiança permitem superar as dificuldades, acreditar que a mudança é uma oportunidade de crescimento pessoal e não uma ameaça à vida e, desse modo, aceitar certa imprevisibilidade da vida.¹⁸

Evidenciamos que a mudança de ambiente e a adaptação à lesão medular pode modificar a reflexão sobre o sentido da vida, pois, ao regressar ao seu domicílio a pessoa com LM encontra-se em um ambiente familiar, porém, tem que se adaptar às sequelas advindas do trauma.

Na dimensão Força espiritual se avaliou a presença de força espiritual interna e até que ponto essa força ajuda a melhorar a vida do indivíduo em épocas difíceis. Essa dimensão manteve o valor mediano em 4 com a mudança de ambiente, entretanto, apresentou expressiva variação dos valores abaixo da mediana no domicílio e apresentou diferenças estatisticamente significantes (valor de $p=0,049$).

Em uma revisão,¹³ quer a pessoa se assuma vinculada a uma religião convencional ou não, a espiritualidade é uma dimensão intrínseca ao ser humano e pode ser vivenciada em múltiplas vertentes, não apenas na religiosa. Consideram uma força viva no interior de cada um de nós, a qual nos leva a uma maior plenitude de vida. É a resposta única e pessoal aos apelos da autenticidade e à ultrapassagem da banalidade. A espiritualidade é a situação de toda pessoa humana que procura autenticidade face a si própria, aos outros e à vida, é o sentido profundo dos acontecimentos da sua vida pessoal, da vida dos outros e da história. Esta procura de autenticidade é a força interior que permite unificar e dar sentido definitivo à existência.

Apesar de este estudo ter ocorrido em duas fases, o tempo foi curto para coleta de dados e a maioria dos entrevistados ainda se encontrava na fase aguda da LM, o que pode justificar os achados e mostrar que os pacientes com lesão medular obtiveram alto escore na QV referente à aplicação dos

domínios da WHOQOL-SRPB, principalmente nos domínios relacionados à Esperança e otimismo, Força espiritual e Fé. A fase de negação, que consiste no momento em que a pessoa começa a perceber a realidade, porém, distorce-a e mantém a crença na recuperação total. Nesse momento, espera-se que a equipe compreenda o paciente, respeite-o e forneça informações que o conscientizem para o processo de reabilitação.¹⁹

Portanto, esses resultados confirmaram que os aspectos da espiritualidade, religiosidade e crenças apresentam um escore alto durante o processo de doença e ajudam as pessoas no enfrentamento dessa, o que é confirmado também em pesquisa,²⁰ cujos resultados reforçam que a presença de uma doença pode estar associada à piora na maioria dos domínios de QV, exceto no domínio SRPB. A respeito da QV, a presença de doença crônica pode ser associada com piora na maioria dos domínios, exceto o domínio de SRPB.²¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa mostrou o quanto os aspectos da espiritualidade, religião e crenças pessoais influenciam na qualidade de vida das pessoas com lesão medular, em razão dos altos escores obtidos ao se aplicar a WHOQOL-SRPB.

Por estar presente 24 horas durante a assistência, a enfermagem pode realizar uma assistência de qualidade, não unicamente quanto aos cuidados físicos, também no que se refere aos aspectos psicossociais e espirituais e ter, portanto, a oportunidade de conhecer, identificar e avaliar as necessidades dos pacientes em diversos aspectos.

Almeja-se, portanto, que as instituições possam investir em seus profissionais e em grupos de apoio espiritual e religiosos, para que se realize a assistência voltada para a espiritualidade, apoiando assim os pacientes a superarem o trauma tão inesperado, de forma a promover o apoio emocional, diminuir ou mesmo evitar os transtornos de humor, a exemplo depressão.

Espera-se que este estudo possa despertar os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, para a relevância do cuidado espiritual e emocional das pessoas que se encontram hospitalizadas por LM. Considera-se também de extrema importância evitar-se a imposição de sua prática religiosa ao usuário, sob o risco de prejudicar a relação profissional-paciente e o respeito que deve ser mutuamente mantido.

REFERÊNCIAS

1. Brunozi AE, Silva AC, Gonçalves LF, Veronezi RJB. Qualidade de vida na lesão medular traumática. *Rev Neurocienc* [online]. 2011 [acesso 2013 Out 01]; 19(1):139-44. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1901/revisao/444%20revisao.pdf>
2. Berto CD, Barreto, DBM. Pessoas com lesão medular traumática: as alterações biopsicossociais e as expectativas vividas. *Unoesc e Ciência* [online]. 2011 Jul-Dez [acesso 2013 Out 01]; 2(2):174-183. Disponível em: http://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/718/pdf_219
3. Shin JC1, Goo HR, Yu SJ, Kim DH, Yoon SY. Depression and quality of life in patients within the first 6 months after the spinal cord injury. *Ann Rehabil Med* [online]. 2012 [acesso 2013 Out 06]; 36:119-25. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3309324/pdf/arm-36-119.pdf>
4. Bampi LNS, Guilhem D, Lima DD. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-Bref. *Rev Bras Epidemiol* [online]. 2008 [acesso 2013 Out 04]; 11(1):67-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a13.pdf>
5. Vall J, Braga VAB, Almeida, PC. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. *Arq Neuro-Psiquiatr* [online]. 2006 [acesso 2013 Out 01]; 64(2b):451-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004282X2006000300019&script=sci_abstract&tlng=pt
6. Lopes E. Construção da identidade pessoal em pessoas que sofreram lesão medular traumática: estudo exploratório através de grelhas de relatório [dissertação]. Braga (PT): Universidade do Minho, Instituto de Estudo da Criança; 2007.
7. Fleck, MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Cienc Saude Coletiva* [online]. 2000 [acesso 2013 Out 03]; 5(1):33-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232000000100004&script=sci_abstract&tlng=pt
8. Fleck MPA. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
9. Pedroso BP, Gutierrez GL, Picinin CT. Qualidade de vida, espiritualidade, religião e crenças pessoais: análise do instrumento WHOQOL-SRPB. *Rev Eletr FAFIT/FACIC* [online]. 2012 [acesso 2013 Out 01]; 3(1):. Disponível em: <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/viewFile/37/21>
10. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life".

- Social Sci Med [online]. 2006 [acesso 2013 Out 01]; 63: 843-5. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953606001365>
11. Fleck MPA, Skevington S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Rev Psiquiatr Clín* [online]. 2007 [acesso 2013 Out 01]; 34(1):146-9. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/146.html>
 12. Panzini RG, Maganha C, Rocha NC, Bandeira DR, Fleck MP. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/ espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública* [online]. 2011 Jun [acesso 2013 Out 01]; 45(1):153-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1765.pdf>
 13. Caldeira S, Branco ZC, Vieira M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Rev Enfer Ref* [online]. 2011 Dez [acesso 2013 Out 01]; 3(5):145-52. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2011/r35-145.php>
 14. Nascimento, LC, Santos MTF, Oliveira FCF, Pan R, Santos MF, Rocha SMM. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2013 Jan-Mar [acesso 2013 Out 10]; 22(1):52-60. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_07.pdf
 15. Steiner DL, Norman GR. *Health measurement scales*. 3ª ed. Oxford (UK): Oxford University Press; 2003.
 16. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466/2012: dispõem sobre normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.
 17. Schoeller SD, Bitencourt RN, Leopardi MT, Pires DP, Zenini MTB. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. *Rev Eletr Enferm* [online]. 2012 Jan-Mar [acesso 2013 Out 01]; 14(1):95-103. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a11.pdf>
 18. Amaral MTMP. Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2009 Mar-Nov [acesso 2013 Out 02]; 43(3):573-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a11v43n3.pdf>
 19. Cerezetti CRN, Nunes GR, Cordeiro, DRCL, Tedesco, S. Lesão Medular Traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. *Mundo da Saúde* [online]. 2012 Fev-Abr [acesso 2013 Out 01]; 36(2):318-26. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/93/art07.pdf
 20. Panzini, RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiquiatr Clín* [online]. 2007 [acesso 2013 Out 01]; 34(1sup):105-15. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/105.html>
 21. Rocha NS, Fleck MPA. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/ religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Rev Psiquiatr Clín* [online]. 2011 Abr [acesso 2013 Out 07]; 38(1):19-23. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol38/n1/19.htm>