**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

FRANCELY TINELI FARINHA

**Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida em
adolescentes com fissura labiopalatina**

**BAURU
2017**

FRANCELY TINELI FARINHA

**Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida em
adolescentes com fissura labiopalatina**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Reabilitação do Hospital de
Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade
de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias
Relacionadas

Orientador: Prof. Dr. Armando dos Santos Trettene

**BAURU
2017**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Francely Tineli Farinha

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.
Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Prof. Dr. Armando dos Santos Trettene

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Orientador)

Prof.(a) Dr.(a)

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da dissertação junto à SPG: ____/____/____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais **Valdir** e **Elena**, que dignamente me apresentaram a importância da família e o caminho da honestidade, persistência e amor ao próximo que devem nos nortear. Sem vocês nenhuma conquista valeria a pena.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

Ao Prof. Dr. Armando, o meu reconhecimento pela oportunidade de realizar este trabalho ao lado de alguém que transpira sabedoria; meu respeito e admiração pela sua serenidade, capacidade de análise do perfil de seus alunos, e pelo seu Dom no ensino da Ciência, inibindo sempre a vaidade em prol da simplicidade e eficiência.

À minha família por representarem constante incentivo no alcance de meus objetivos. A vocês meu amor e carinho eterno.

A todos os colaboradores e docentes do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, pois a realização deste projeto só foi possível com o apoio constante de vocês, que direta ou indiretamente contribuíram, o meu reconhecimento e gratidão a todos.

À Secretaria do Programa de Pós-Graduação do HRAC-USP, nas pessoas da Maria José (Zezé), Ana e Tatiana, pelo apoio e paciência em todos os momentos.

Aos pacientes, cuidadores e familiares por tornarem a realização deste trabalho possível e também pela oportunidade de aprendizado e amizades durante esta jornada. Vocês contribuíram para o meu crescimento profissional e também pessoal, vislumbrando um olhar mais humanizado e holístico para o ser humano.

À Unidade de Ensino e Pesquisa do HRAC-USP, pelo carinhoso apoio.

Aos meus amigos, amigas, companheiros de trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida e em meu coração.

A todos que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de
água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Objetivo: Correlacionar a espiritualidade e a religiosidade à qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatina. **Método:** Estudo transversal desenvolvido no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, englobando dois grupos: caso e comparativo. O grupo caso constou de 40 adolescentes com fissura labiopalatina, enquanto o comparativo foi composto por 40 adolescentes sem fissura labiopalatina. Foram excluídos adolescentes em tratamento com psicofármacos, incluindo ansiolíticos, hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor. Para a coleta de dados foi utilizado um Questionário Sociodemográfico, a Escala de Religiosidade de Durel e o *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-Bref). A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e novembro de 2016. Para a análise estatística, os testes de Mann-Whitney, Qui-Quadrado, t-Student e de Correlação de Pearson foram utilizados. O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Este estudo compreendeu 80 adolescentes, divididos entre os grupos caso e comparativo. Referente à caracterização do grupo caso, a média de idade foi de 16,48 (± 1) anos. Prevaleram os participantes do sexo masculino (52,5%; $n=21$), cursando o ensino médio (87,5%; $n=35$), solteiros (90,0%; $n=36$) e evangélicos (47,5%; $n=19$). Quanto ao grupo comparativo, a média de idade foi de 16,38 ($\pm 1,1$) anos. Prevaleram os participantes do sexo feminino (60,0%; $n=24$), cursando o ensino médio ($n=40$; 100%), solteiros (77,5%; $n=31$) e evangélicos (62,5%; $n=25$). Não foram encontradas diferenças estatísticas significantes entre as características sociodemográficas dos grupos caso e comparativo, apontando a homogeneidade entre eles. Ao se avaliar a espiritualidade e a religiosidade, observou-se que a religiosidade organizacional foi significativamente maior no grupo caso ($p=0,031$). Referente à qualidade de vida, observou-se que a global foi significativamente maior no grupo caso ($p=0,012$). Quanto aos domínios referentes à qualidade de vida, observou-se que o Meio Ambiente foi significativamente maior no grupo caso ($p<0,001$). Ao se correlacionar a religiosidade e a espiritualidade à qualidade de vida, a religiosidade não organizacional apresentou forte correlação com a religiosidade organizacional ($r=0,62$; $p<0,001$). Em relação à espiritualidade, observou-se moderada correlação com a religiosidade não organizacional ($r=0,44$) e com a religiosidade organizacional ($r=0,43$) ($p=0,005$ e $p=0,006$ respectivamente). Ao se correlacionar os domínios referentes à qualidade de vida com a religiosidade e a espiritualidade, identificou-se uma correlação moderada entre a espiritualidade e a qualidade de vida global ($r=-0,35$; $p=0,026$). **Conclusões:** Os adolescentes

com fissura labiopalatina apresentaram índice elevado de religiosidade organizacional e melhor qualidade de vida vinculada ao domínio meio ambiente. Evidenciou-se uma correlação positiva entre a espiritualidade e a religiosidade. A espiritualidade correlacionou-se de forma moderada com a qualidade de vida nos adolescentes com fissura labiopalatina. A partir dos achados, pode-se afirmar que os adolescentes com fissura, que eram mais espiritualizados, possuíam melhor percepção de sua qualidade de vida, reforçando a correlação entre essas variáveis.

Palavras-chave: Religião. Espiritualidade. Qualidade de vida. Adolescente. Fissura Labiopalatina.

ABSTRACT

Correlation between religiosity, spirituality and quality of life in adolescents with cleft lip and palate

Objective: To correlate spirituality and religiosity with the quality of life of adolescents with cleft lip and palate. **Method:** A cross-sectional study developed at the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies of the University of São Paulo, encompassing two groups: case and comparative. The case group consisted of 40 adolescents with cleft lip and palate, while the comparison group was composed of 40 adolescents without cleft lip and palate. Adolescents using psychoactive drugs, including anxiolytics, hypnotics, antidepressants, antipsychotics and mood stabilizers were excluded. For data collection, a Sociodemographic Questionnaire was employed, the Durel Religiosity Scale and the *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-Bref). Data collection was performed between August and November 2016. For statistical analysis, the Mann-Whitney, Chi-Square, Student t-test and Pearson's correlation were used. The significance level employed for all tests was 5% ($p \leq 0.05$). **Results:** This study comprised 80 adolescents, divided into case and comparative groups. Regarding the characterization of the case group, the mean age was 16.48 (± 1) years. Prevalence of male participants (52.5%, $n=21$), attending high school (87.5%, $n=35$), single (90.0%, $n=36$) and evangelicals (47.5%, $n=19$). As for the comparative group, the mean age was 16.38 (± 1.1) years. Prevalence of female participants (60.0%, $n=24$), attending high school ($n=40$, 100%), single (77.5%, $n=31$) and evangelicals (62.5%, $n=25$). No statistically significant differences were found between the sociodemographic characteristics of the case and comparative groups, pointing out homogeneity between them. When assessing spirituality and religiosity, it was observed that organizational religiosity was significantly higher in the case group ($p=0.031$). Concerning quality of life, it was observed that the global was significantly higher in the case group ($p=0.012$). Concerning domains related to quality of life, it was observed that the Environment was significantly higher in the case group ($p<0.001$). When religiosity and spirituality were correlated with quality of life, non-organizational religiosity presented a strong correlation with organizational religiosity ($r=0.62$, $p<0.001$). In relation to spirituality, there was a moderate correlation with non-organizational religiosity ($r=0.44$) and with organizational religiosity ($r=0.43$) ($p=0.005$ and $p=0.006$, respectively). When correlating the domains related to quality of life with religiosity

and spirituality, a moderate correlation between spirituality and global quality of life was identified ($r=-0.35$, $p=0.026$). **Conclusions:** Adolescents with cleft lip and palate presented a high level of organizational religiosity and better quality of life linked to the environmental domain. There was a positive correlation between spirituality and religiosity. Spirituality correlated moderately with quality of life in adolescents with cleft lip and palate. From the findings, it can be affirmed that adolescents with cleft lip and palate, who were more spiritualized, had a better perception of their quality of life, reinforcing the correlation between these variables.

Keywords: Religion. Spirituality. Quality of life. Adolescent. Cleft Lip and Palate.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	21
	3.1 – OBJETIVO GERAL	21
	3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3	ARTIGO 1.....	25
4	ARTIGO 2	43
5	CONCLUSÕES GERAIS.....	65
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICES.....	77
	ANEXOS	85

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Entre as malformações que acometem a face, as fissuras labiopalatinas encontram-se em destaque. No Brasil, admite-se uma incidência de 1:650 nascidos vivos, sendo sua etiologia multifatorial (FREITAS et al., 2012a; FRANÇOIS-FIQUET et al., 2014).

O impacto do diagnóstico da fissura labiopalatina, seja pré ou pós-natal, é evidenciado pela família como uma situação delicada e difícil. Os pais com frequência apresentam sensações que incluem: susto, curiosidade, espanto, sofrimento, ideias preconceituosas, entre outras (SILVEIRA; WEISE, 2008).

Durante a gestação, as mães idealizam o “filho perfeito” e projetam determinadas características e comportamentos da criança, porém, quando o bebê esperado não corresponde a essas expectativas, pode-se vivenciar o luto referente ao filho idealizado. A aceitação e o apoio familiar e social são imprescindíveis para o desenvolvimento do autoconceito e autoestima dessas crianças (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

A fissura prevalente é a que acomete o lábio e o palato, ou labiopalatina, à esquerda, sendo denominada também de transforame incisivo unilateral à esquerda. Com isso, esses indivíduos podem apresentar problemas funcionais, estéticos e psicossociais (FREITAS et al., 2012b; FRANÇOIS-FIQUET et al., 2014).

Enquanto bebês, os problemas mais evidenciados referem-se à questão funcional, incluindo a alimentação. Embora o conceito estético esteja presente, estes tendem a ser minimizados com a realização das primeiras cirurgias, em particular nas fissuras que acometem o lábio e/ou rebordo alveolar (pré-forame incisivo). Contudo, com a inserção da criança no ambiente social, por exemplo, no escolar, além dos problemas de ordem funcional, como a fala, os estéticos apresentam-se somatizados (FREITAS et al., 2012b; MARTINS; ZERBETTO; DUPAS, 2013; GRACIANO; GALVÃO, 2014).

Com o avançar da idade, associado à construção das relações afetivas e necessidade de inserção em grupos sociais, podem surgir problemas referentes à aceitação e enfrentamento, particularmente na adolescência (MARTINS; ZERBETTO; DUPAS, 2013; GRACIANO; GALVÃO, 2014).

A adolescência é compreendida como um “período de desenvolvimento e crescimento, em idades entre 10 e 19 anos”. O adolescente passa por momentos de transições críticas, representado por processos biológicos que são caracterizados por mudanças físicas, hormonais, comportamentais e psicológicas. A adolescência é considerada como uma

preparação para a vida adulta, na qual as diversas experiências vivenciadas darão subsídios à formação e desenvolvimento para uma vida adulta de independência social, econômica, desenvolvimento da identidade, aquisição de competências, capacidade de raciocínio e interação psicossocial. Para que realizem essa transição a entre infância e a vida adulta, os adolescentes necessitam de suas famílias, comunidade, escola, serviços de saúde entre outros locais de convivência para aprender e desenvolver habilidades que irão ajudar a suportar pressões vivenciadas durante essa fase da vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A adolescência é caracterizada pela interação social e relações com pessoas fora do ambiente familiar. Esse novo grupo apresenta um papel significativo na vida do adolescente, pois será a conexão entre a família e o mundo exterior, sendo determinante para seu futuro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Segundo Graciano; Tavano; Bachega (2007), o adolescente com fissura labiopalatina precisa lidar com a discriminação e o preconceito que ainda existem na sociedade, remetendo que ser diferente significa ser inferior e, com isso, o adolescente sente-se inferiorizado e em desvantagem. Podem sentir-se inferiorizados frente à sociedade que hipervaloriza a estética e impõe padrões (ANDRADE; ANGERAMI, 2001). Terão que enfrentar uma sociedade onde precisarão encarar novos relacionamentos com julgamentos de sua imagem e acrescidos de discriminação social, mesmo que velada (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Devido às repercussões no desenvolvimento físico e psicossocial, adolescentes com fissura labiopalatina podem apresentar períodos de negação, intelectualização, depressão e comportamentos exagerados. No entanto, essas reações estão diretamente relacionadas ao estabelecimento das relações sociais, familiares e culturais, que, consequentemente, influenciam sua autoestima e qualidade de vida. Portanto, fica evidente que a insatisfação promove no indivíduo sentimentos de inferioridade, fraqueza, rejeição e impotência, podendo ocasionar fracassos em seu processo de reabilitação (ANDRADE; ANGERAMI, 2001).

Durante o processo reabilitador, os sentimentos são diversos: sofrimento, expectativas e angustias vivenciado por adolescentes e suas famílias são intensos, não se referindo apenas à dor física, mas às dimensões biológicas, emocionais, sociais, comportamentais, existenciais e espirituais. O envolvimento da família no processo reabilitador, assim como a inserção da criança com fissura labiopalatina no contexto social são de extrema importância para seu adequado desenvolvimento, principalmente no que se

refere à sua autoestima e autoconceito (MARTINS; ZERBETTO; DUPAS, 2013; GRACIANO; GALVÃO, 2014).

O tratamento no paciente com fissura labiopalatina é de longa duração, principalmente nas de maior complexidade anatômica, como as fissuras transforames, e deve apresentar caráter multiprofissional e interdisciplinar, visando garantir a reabilitação total e melhor qualidade de vida (PAZINATO et al., 2011).

A qualidade de vida é representativa devido às suas características, que incluem a subjetividade relacionada às respostas individuais que são dependentes de experiências prévias de vida, valores e culturas; a multidimensionalidade referente ao indivíduo visto como um ser holístico, sendo sua relação consigo mesmo e com o mundo, um fator influenciador para qualidade de vida; a bipolaridade que consiste no reconhecimento de características que devem estar presentes ou ausentes, para que a qualidade de vida seja considerada satisfatória e a mutabilidade que considera o tempo, local, contexto cultural no qual o indivíduo está inserido e pode influenciar na qualidade de vida. Assim, a percepção da qualidade de vida difere entre os indivíduos, culturas, localizações e o tempo (FLECK et al. 1999; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; SEIDL; ZANNON, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre sua própria posição diante da vida, sob uma perspectiva cultural, obedecendo ao sistema de valores nos quais ele se insere, avaliando seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nesse contexto, diversos instrumentos têm sido propostos para avaliar a qualidade de vida (WHOQOL, 1995).

A OMS desenvolveu e aperfeiçoou alguns instrumentos com essa finalidade. Inicialmente desenvolveu instrumentos que fornecem medidas de qualidade de vida, como o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), com colaborações internacionais, sendo aplicado em 14 países e validado de forma transcultural. Em sua versão original o WHOQOL-100 é composto por 100 questões. Posteriormente, observou a necessidade de desenvolver um instrumento que demandasse menos tempo para aplicação. Com isso elaborou-se uma versão resumida com 26 questões (WHOQOL-Bref), divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Apresentam características da versão original, confiável, adequada, bom desempenho psicométrico e boa qualidade, sendo validada para utilização no Brasil, sugerindo assim, novos estudos com populações específicas (FLECK et al., 1999; PANZINI et al., 2011). Este instrumento abrange quatro

grandes dimensões, que agregam saúde física, aspectos psicológicos, sociabilidade e relações com o ambiente, além de avaliação global da qualidade de vida (WHOQOL,1995).

A mensuração da qualidade de vida em diferentes contextos da área da saúde tem sido utilizada como indicador de qualidade, incluindo processos voltados à reabilitação, e essa, comumente encontra-se associada aos aspectos psicossociais (BACHEGA, 2002; BELUCI; GENARO, 2016). Ainda, essa abordagem tem proporcionado aos profissionais de saúde refletir a respeito de seus processos de trabalho e da qualidade e resolubilidade dos cuidados prestados (KLASSEN et al.,2008).

Estudos com diferentes abordagens referentes à avaliação da qualidade de vida têm sido realizados em pacientes com fissura labiopalatina, prevalentemente em adultos. Investigação que avaliou pacientes operados após duas décadas do procedimento cirúrgico, apontou que os mesmos apresentaram satisfação com a aparência, porém, insatisfação referente à reabilitação ortodôntica e a qualidade da fala. O acometimento da face e consequentemente da fala, faz com que os indivíduos com essa malformação se sintam inferiorizados diante da sociedade que valoriza tanto a estética. Com isso, além das implicações físicas e funcionais, apresentam-se também as psicossociais (ANDRADE; ANGERAMI, 2001).

Beluci e Genaro (2016) constataram que os pacientes submetidos à cirurgia ortognática apresentavam-se satisfeitos com a aparência, no entanto, sentiam-se estigmatizados social e emocionalmente pela presença da fissura labiopalatina.

Estudo revelou que a qualidade de vida das mulheres com fissura labiopalatina diminui com a idade, enquanto que nos homens, não apresenta interferência (BRODER et al., 2014).

Roosenboom et al. (2014), realizaram uma abordagem em indivíduos com fissura labiopalatina operados em fase final de tratamento, referente à qualidade de vida, e demonstraram que esses apresentavam uma qualidade de vida boa e muito boa, com implicações positivas em relação à autoestima. Em contrapartida, outra investigação apontou que após a cirurgia apresentaram uma melhora nos domínios Físico, Psicológico, Meio Ambiente e nas Questões Gerais, o que não ocorreu para o domínio Relações Sociais, que apresentava escore elevado mesmo antes da cirurgia (BELUCI; GENARO, 2016).

Bachega (2002), avaliou a repercussão dos indicadores psicossociais na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatina e concluiu que, apesar do estigma que a

deformidade congênita representa, os adolescentes demonstraram estar integrados à sociedade, apresentando satisfação com a vida.

Investigação realizada com objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes com fissura labiopalatina, na visão dos pais e/ou responsáveis, concluiu que as implicações funcionais apresentaram maiores influências em comparação à estética, sobre a qualidade de vida (PAZINATO, 2011).

No processo de enfrentamento, observam-se a influência de fatores que agem como recursos adicionais ao tratamento e reabilitação, que incluem, entre outros, a espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais e familiares (MESQUITA et al., 2013).

A associação do processo saúde-doença com a religiosidade e espiritualidade é observada desde a antiguidade, incluindo mitos gregos, rituais indígenas e até em inscrições bíblicas. O desconhecimento da humanidade colaborou para a criação de crenças e tabus, onde, por exemplo, a doença era vinculada com a punição ou vontade de deuses, que tinham o poder de curá-las ou não, o que perdurou por um longo tempo; algumas até o presente momento, demonstrando a intensa relação entre o processo saúde/doença e religiosidade e espiritualidade (FARIA; SEIDL, 2005).

Na atualidade, observa-se um crescente número de estudos referentes à avaliação da religiosidade e espiritualidade, bem como sobre seu impacto na qualidade de vida das pessoas, demonstrando essa relação com melhores resultados referente ao enfrentamento situacional e evolução favorável frente a diversas patologias (FARIA; SEIDL, 2005; PANZINI et al., 2011).

Os benefícios em possuir maior religiosidade e espiritualidade incluem: menor incidência de depressão, redução na utilização de drogas lícitas e ilícitas, baixo índice de suicídio, melhorias no enfrentamento da doença, redução da mortalidade e tempo de internação, melhorias na qualidade de vida e até mesmo no sistema imunológico (SOUZA JÚNIOR, 2015).

Em 1988, a OMS incluiu a espiritualidade no conceito de saúde. Atualmente o bem-estar espiritual encontra-se incorporado às dimensões de saúde (corporal, psíquica e social) (WHOQOL, 1995). A saúde é conceituada como termo holístico, definida pelos conceitos físicos, sociais, culturais, dimensões emocionais e espirituais. Dentre estas, a espiritualidade é a menos compreendida e mais contestada. O cuidado espiritual tem conferido um significativo resultado de melhoria da esperança no indivíduo que apresenta algum

problema de saúde, porém, tem sido muitas vezes negligenciado na prática (TIEW; CREEDY; CHAN, 2013).

Os conceitos de religiosidade e espiritualidade não são sinônimos, ou seja, apresentam significados diferenciados. A espiritualidade está relacionada com questões da vida e as razões de viver de um indivíduo, independentemente da prática religiosa; enquanto que a religiosidade é a prática do indivíduo em uma determinada religião, com suas crenças, adorações e doutrinas específicas. Além da espiritualidade e da religiosidade, existem as crenças pessoais, sendo definidas como valores do próprio indivíduo e que são observados no seu estilo de vida e no comportamento (PANZINI et al., 2011).

A espiritualidade é descrita como um processo individual, sendo a capacidade do indivíduo em identificar o propósito da própria vida, enquanto que a religiosidade é conceituada como grupal, consistindo na participação em alguma religião (WONG; YAU, 2010). A religiosidade e a espiritualidade são mecanismos de enfrentamento de doenças amplamente utilizados, ou seja, tornou-se um recurso complementar no enfrentamento em lidar com dificuldades apresentadas por crianças e adolescentes em diferentes modalidades de tratamento (SOUZA et al., 2015).

Outra investigação apontou intensa relação entre a espiritualidade e religiosidade com melhor qualidade de vida em pacientes com HIV, incluindo elevados índices de bem-estar, melhor ajustamento social e psicológico, enfrentamento da doença e potencialização do sentimento de esperança (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2008).

Souza et al. (2015,) realizaram uma investigação com crianças e adolescentes com câncer e demonstraram que a espiritualidade está se tornando um recurso complementar no enfrentamento da doença e uma forma de lidar com as dificuldades apresentadas pelas crianças em tratamento.

Moreira-Almeida et al. (2010), enfatizam que o envolvimento religioso independe da renda, nível educacional, ocupação ou de estado civil, ou seja está presente em diferentes contextos sociais.

A religiosidade e a espiritualidade estão entre os fatores culturais mais importantes entre os quais dão sentido à vida, especialmente para indivíduos que lidam com uma doença crônica. As pessoas aprendem a suportar o sofrimento por meio de suas crenças espirituais e em situações em que não existe um controle direto. A busca por um suporte espiritual tem influenciado melhores resultados em pacientes com doenças crônicas (BERNSTEIN; D'ANGELO; LYON, 2013).

Estudos demonstraram que 95% da população brasileira possui religião, 83% a consideram muito importante em suas vidas e 37% comparecem a um serviço religioso pelo menos uma vez por semana. Em virtude dessas informações, o Brasil apresenta um alto índice de indivíduos praticantes dos aspectos religiosos e espirituais, demonstrando a importância da integralidade e desses aspectos com a saúde/assistência (EHMAN et al., 1999; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010).

Denotando a importância da espiritualidade e religiosidade, existem aproximadamente 20 instrumentos para a sua avaliação em português. Entretanto, a maioria dos instrumentos não foi submetida para análises psicométricas e, portanto, não foram validados. Atualmente os principais e mais utilizados instrumentos com características psicométricas satisfatórias capazes de avaliar o construto espiritualidade e religiosidade, traduzidos e validados para a população brasileira são: *World Health Organization's Quality of Life Instrument – Spirituality, Religion and Personal Beliefs* - WHOQOL-SRPB (Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais), *Duke Religious Index* (DUREL), Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE) e a *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp-12) (PANZINI; BANDEIRA, 2005; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008; PANZINI et al., 2011; LUCCHETTI; GRANERO LUCCHETTI; VALLADA, 2013; MONOD et al., 2015).

A Escala de DUREL foi validada no Brasil em 2010, sendo amplamente utilizada em estudos internacionais. É sucinta, abrangente e confiável (KOENIG; BÜSSING, 2010; LUCCHETTI et al., 2012). Por esses motivos foi selecionada para a presente investigação.

Na população brasileira, evidencia-se a influência da religiosidade e espiritualidade durante o tratamento de problemas de saúde (LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010). Dessa maneira é irrevogável a importância da espiritualidade no processo do cuidado holístico. Contudo, observa-se que essa associação encontra-se aquém do necessário.

Com o modelo assistencial biomédico, que atualmente é praticado a ocorrência da fragmentação do indivíduo, torna-se inevitável. Faz-se necessário um atendimento integral complementado com a utilização da espiritualidade, promovendo o desenvolvimento de relação personalizada e humanizada entre paciente e profissional da saúde e respeitando a singularidade de cada indivíduo (ARRIEIRA et al., 2012).

O enfermeiro deve zelar pelas necessidades relacionadas à dimensão biopsicossocial e espiritual, visando a qualidade dos cuidados prestados. É possível observar a crescente investigação e divulgação no meio científico desde a década de 90 sobre espiritualidade em saúde e cuidados de enfermagem (CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014).

Em 1970, a enfermeira Wanda de Aguiar Horta apresentou a espiritualidade como uma necessidade humana básica essencial para promover a qualidade de vida, logo se torna essencial nos cuidados de enfermagem. (SÁ; PEREIRA, 2007; SÁ, 2009; CALDEIRA; BRANCO; VIEIRA, 2011).

Assim sendo, a assistência de enfermagem espiritual torna-se uma obrigação ética a ser realizada pelo enfermeiro, e quando o mesmo ignora sua realização durante os cuidados de enfermagem, essa assistência torna-se antiética (CALDEIRA; BRANCO; VIEIRA, 2011).

Contudo, Tiew; Creedy; Chan (2013), destacam algumas barreiras para a prestação dos cuidados espirituais, entre elas a limitada preparação educacional, atitudes negativas e confusão de conceitos. Ressalta-se sobre a necessidade em compreender que a espiritualidade é vital para o estado de bem-estar do ser humano, o que certamente influencia suas estratégias de enfrentamento, resolubilidade de dificuldades e qualidade de vida. Embora enfermeiros apresentem falta de conhecimento e compreensão na assistência vinculada à espiritualidade, o tratamento espiritual está interligado diretamente com as atribuições da enfermagem (LEWINSON; MCSHERRY; KEVERN, 2015).

O cuidado de enfermagem de abordagem espiritual, incluiu a avaliação do bem-estar espiritual, identificação dos diagnósticos de enfermagem pertinentes, definição das intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados (CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014).

De acordo com a classificação de enfermagem denominada *NANDA-Internacional*, a dimensão espiritual é essencial para a profissão. Essa taxonomia contempla seis diagnósticos de enfermagem, sendo: disposição para bem-estar espiritual melhorado, disposição para religiosidade melhorada, religiosidade prejudicada, risco de religiosidade prejudicada, sofrimento espiritual e risco de sofrimento espiritual (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2015).

A validação do diagnóstico de enfermagem de angústia espiritual em pacientes com câncer foi considerada de extrema relevância e suas características definidoras marcantes foram: expressão de sofrimento e falta de significado da vida. Esse achado é importante, tanto

para a utilização do raciocínio clínico da enfermagem nos cuidados que serão prestados, quanto para o paciente neste período (CALDEIRA et al., 2017).

De acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (*North American Intervention - NIC*), as principais intervenções para o diagnóstico de angústia espiritual são: apoio espiritual e facilitação do crescimento espiritual, sendo subjetivas e abrangentes. Considerando-se modos de definir as atividades que deveriam ser realizadas, encontram-se: rezar com o paciente, facilitar tradições e rituais espirituais e oferecer apoio individual ou grupal de oração (CAVENDISH et al., 2003).

Caldeira (2009), defende a prática da oração por profissionais da saúde, sobretudo pelos profissionais da enfermagem, não apenas por ser uma técnica de intervenção espiritual legítima, mas também por ser uma das estratégias de *coping* mais frequentes. Foi observado que uma das razões para a negligência na prestação de cuidados espirituais é o reconhecimento de tal atividade como sendo tarefa específica dos capelães hospitalares.

Profissionais enfermeiros reconhecem o amplo aspecto da espiritualidade, assim como, sua relevância para cada pessoa. A pesquisa apontou que 97,4% dos enfermeiros afirmam que conseguem identificar as necessidades espirituais, entretanto, apenas 31,4% referem ter feito este diagnóstico. Observa-se que os profissionais não se sentem preparados para definir os diagnósticos, e isto ocorre devido à falta de formação acerca da espiritualidade como referiram 89,5% dos profissionais, denotando a importância da inclusão da dimensão espiritual nos conteúdos de formação em enfermagem (CALDEIRA, 2002).

O bem-estar espiritual dos profissionais de enfermagem foi investigado e foi relatada a importância da assistência espiritual ao paciente, e se tinham recebido o preparo para lidar com esta questão durante sua formação profissional. Por meio deste estudo, observou-se que 76% apresentaram escore positivo para o bem-estar espiritual, e que a grande maioria reconhece a importância da espiritualidade/religiosidade para os pacientes. Contudo, muitos referiram a necessidade de melhor preparo durante a formação, no que diz respeito à assistência espiritual (PEDRÃO; BERESIN, 2010).

Dessa forma, o cuidado espiritual é uma parte fundamental para a assistência de enfermagem. É oferecer ao paciente uma oportunidade de encontrar sentido em tudo o que vivencia, e esperança em meio ao sofrimento; sendo realizado em quatro princípios fundamentais: intuição, relação interpessoal, altruísmo e integração (PINTO; CALDEIRA; MARTINS, 2012).

Todavia, é necessário ressaltar que toda a assistência e intervenção espiritual realizada com o paciente está diretamente relacionada ao modo de ser do profissional da saúde, que apresenta características de ética, empatia e solicitude com o próximo, além da necessidade de encontrar sentido em todo aquele sofrimento (CALDEIRA; BRANCO; VIEIRA, 2011).

É importante mencionar que a visão integral e humanizada do ser humano caminha ao encontro da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007) que visa um atendimento com princípios de integralidade, equidade e universalidade, considerando as diferentes dimensões do processo saúde/doença.

Os benefícios do cuidado espiritual incluem a melhora do conforto físico, diminuição da sensação de dor, diminuição da ansiedade e melhora na comunicação do paciente com a família e equipe de enfermagem (WONG; YAU, 2010).

Indivíduos espiritualizados e/ou religiosos demonstram maior esperança e confiança, menor estresse e, conseqüentemente, melhor recuperação de doenças. Pesquisa apontou redução do hormônio cortisol (relacionado ao estresse), de parâmetros cardíacos e menores níveis inflamatórios séricos em pacientes que realizavam orações diariamente (TARTARO; LUECKEN; GUNN, 2005; PAIVA et al., 2013).

Estudo realizado em pacientes com bacteremia que receberam orações diárias apresentaram diminuição significativa no tempo de internação, períodos de febre e uma recuperação mais rápida em comparação aos pacientes que não receberam as orações (LEIBOVICI, 2001).

A religião exerce influência positiva na saúde física e mental através de sua rede social, que proporciona diminuição da pressão arterial e tensão muscular durante as orações e meditações, redução de comportamentos prejudiciais à saúde e elevada adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Ainda, encontra-se diretamente relacionada com a qualidade de vida de indivíduos que vivenciam problemas, perdas e lutas diariamente, promovendo conforto e segurança (ABDALA et al., 2010; ABDALA et al., 2015).

Estudo multicêntrico apontou que a espiritualidade é um fenômeno universal com dimensões culturalmente comuns, em que se oferecem efeitos protetores contra sintomas e distúrbios psiquiátricos, sugerindo novas diretrizes para intervenções clínicas (MCCLINTOCK; LAU; MILLER, 2016).

Considerando-se as múltiplas intervenções cirúrgicas que compõem o longo processo reabilitador dos pacientes com fissuras labiopalatinas, a enfermagem, por estar junto

aos pacientes, familiares e cuidadores durante as internações, vivencia e promove estratégias que facilitam a adesão ao tratamento, e minimizam o complexo mecanismo de enfrentamento relacionado à presença da anomalia, incluindo a abordagem da espiritualidade e religiosidade (PANZINI et al., 2011). Nesse contexto, os enfermeiros apresentam a possibilidade e oportunidade de identificar ou formalizar diagnósticos de enfermagem, intervir e avaliar os resultados obtidos a partir das intervenções propostas frente a problemas de ordem biológica, física, social e espiritual (CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014).

Portanto, pode-se afirmar que a espiritualidade/religiosidade estão relacionadas uma melhor qualidade de vida, além de promover uma sensação de autonomia diante da vida. Dentro desta ótica e de todas as evidências encontradas, torna-se evidente que o processo saúde/doença e espiritualidade/religiosidade constituem um importante fator no cotidiano dos pacientes, e que essa temática é de extrema relevância, devendo ser analisada durante o processo de enfermagem e tratamento com enfoque para melhorar a qualidade de vida (ROCHA; FLECK, 2011; MACILVAINE et al., 2013).

Investigações cujo objetivo constou em correlacionar a religiosidade e a espiritualidade à qualidade de vida estão disponíveis (ROCHA; FLECK, 2011; NOLAN et al., 2012; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2013; SANTOS; ABDALA, 2014; KHARAME et al., 2014; MOSQUEIRO; ROCHA; FLECK, 2015; PRINCE et al., 2015; ROHANI et al., 2015; CAMARGOS et al., 2015; CRUZ et al., 2016). Outros estudos com essa abordagem, envolvendo adolescentes, também foram realizados (ANYE et al., 2013; BERNSTEIN; D'ANGELO, LYON, 2013; BOLGHAN-ABADI; GHOFRANI; ABDE-KHODAEI, 2014; LYON et al., 2014; ZHANG et al., 2014; MIRGHAFORVAND et al., 2016). Contudo, ao que nos consta, o presente estudo é pioneiro na avaliação dessas variáveis em adolescentes com fissura labiopalatina.

Diante do exposto, questiona-se: adolescentes com fissura labiopalatina possuem religiosidade e são espiritualizados? Existe correlação entre a religiosidade e a espiritualidade com a qualidade de vida em adolescentes com fissura labiopalatina, que foram operados?

Nossa hipótese consiste em que adolescentes com fissura labiopalatina possuam religiosidade e sejam espiritualizados, e, que tanto a religiosidade quanto a espiritualidade influenciam positivamente a percepção da qualidade de vida.

Espera-se que essa investigação contribua no entendimento da influência da religiosidade e espiritualidade no mecanismo complexo de enfrentamento referente ao processo reabilitador de adolescentes com fissura labiopalatina, particularmente por se tratar

de uma fase da vida de grande conflito pessoal, onde os aspectos estéticos, de comunicação, entre outros psicossociais, se encontram evidenciados. Ainda, espera-se por meio da avaliação da qualidade de vida, promover um diagnóstico situacional referente aos aspectos qualitativos do processo reabilitador.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 – OBJETIVO GERAL

- Correlacionar a religiosidade e a espiritualidade à qualidade de vida de adolescentes, com fissura labiopalatina operada;

2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os adolescentes segundo as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, classificação socioeconômica, estado civil ou afetivo, vínculo empregatício e escolaridade nos grupos caso e comparativo;
- Analisar a espiritualidade e a religiosidade nos grupos caso e comparativo;
- Analisar a qualidade de vida nos grupos caso e comparativo;
- Correlacionar a espiritualidade e a religiosidade à qualidade de vida de adolescentes do grupo caso.

3 Artigo 1

REVISTA PARA PUBLICAÇÃO

O presente manuscrito foi redigido de acordo com as normas para publicação na Revista Paulista de Pediatria, atendendo assim, as metas da Instituição e viabilizando a transferência de conhecimento à comunidade científica.

ARTIGO DE REVISÃO**Correlação entre espiritualidade e/ou religiosidade e qualidade de vida em adolescentes: uma revisão integrativa da literatura****RESUMO**

Objetivo: Identificar e analisar as evidências existentes na literatura sobre a correlação entre a espiritualidade e/ou da religiosidade e a qualidade de vida de adolescentes.

Fontes de dados: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada por meio de busca eletrônica nas bases de dados LILACS, PubMed, SCOPUS e *Web of Science*. Foram selecionados artigos publicados nos últimos cinco anos (2012 – 2017), primários, disponibilizados na íntegra, em sistema *open acess*, nos idiomas inglês, português ou espanhol. Utilizaram-se os descritores: espiritualidade, religião, qualidade de vida e adolescente, que foram combinados entre si e com seus respectivos sinônimos.

Síntese dos dados: Foram incluídos 10 artigos dos quais emergiram três categorias temáticas: 1) Favorecimento e fortalecimento da espiritualidade e/ou religiosidade em adolescentes; 2) Repercussões da espiritualidade e/ou religiosidade referente ao enfrentamento situacional; e 3) Influência da espiritualidade e/ou religiosidade na qualidade de vida dos adolescentes.

Conclusões: Considerando-se os diferentes contextos nos quais os estudos foram desenvolvidos, evidenciou-se um consenso entre os autores acerca de que existe uma forte correlação entre a religiosidade e/ou da espiritualidade na qualidade de vida dos adolescentes.

Palavras-Chave: Espiritualidade; Religião; Qualidade de vida; Adolescentes.

Correlation between spirituality and / or religiosity and quality of life of adolescents: An integrative review of the literature

ABSTRACT

Objective: To identify and analyze the existing evidence in the literature about the correlation of Spirituality and / or religiosity and the quality of life of adolescents. **Sources of data:** This is an integrative review of the literature conducted through electronic search to LILACS, PubMed, SCOPUS and Web of Science databases. Articles published in the last five years (2012-2017), were selected, primary, available in full, by Open access system, in English, Portuguese or Spanish. The following descriptors were used: Spirituality, religion, quality of life and adolescence, which have been combined with their respective synonyms. **Data summary:** A total of 10 articles were included, from which three thematic categories emerged: 1) Favoring and strengthening spirituality and / or religiosity in adolescents; 2) Repercussions of spirituality and / or religiosity referring to the situational confrontation; and 3) Influence of spirituality and / or religiosity in the quality of life of adolescents. **Conclusions:** Considering the different contexts in which the studies were developed, there was a consensus among the authors, reinforcing that there is a strong correlation between religiosity and / or spirituality in the quality of life of adolescents.

Keywords: Spirituality; Religion; Quality of life; Adolescents.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida pode ser definida como a "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".¹ Relaciona-se diretamente com a saúde física, estado psicológico, relações sociais, crenças pessoais e sua relação com o meio ambiente, e nesse contexto tornou-se um indicador de saúde.²

A qualidade de vida relaciona-se diretamente ao bem-estar espiritual. Assim, o envolvimento da espiritualidade e da religiosidade é evidente para a melhora tanto da qualidade de vida, quanto da saúde do indivíduo.³

A espiritualidade refere-se à consciência de que existe algo sagrado, além de envolver valores e conceitos particulares de cada indivíduo, enquanto a religião consiste em uma atividade desenvolvida coletivamente, englobando um sistema de crenças, dogmas e práticas definidas ou pré-estabelecidas.⁴

Os benefícios da espiritualidade e da religiosidade, isoladamente ou em associação, têm sido evidenciados em diversas publicações. Inclui o aumento da sensação de bem-estar, otimismo, melhor enfrentamento situacional, diminuição da depressão e do estresse, permite encontrar significado para a vida e, conseqüentemente, contribui para melhor percepção da qualidade de vida.⁵⁻⁹

A adolescência é definida como uma fase de crescimento e desenvolvimento, caracterizada por intensas transformações físicas, mentais e principalmente psicossociais.¹⁰⁻¹¹ Adolescentes geralmente apresentam dificuldades ou limitações quanto à interação, desenvolvimento ou segmento de questões relacionadas à religiosidade e espiritualidade.¹²

Nesse contexto, emergiu a seguinte questão: adolescentes mais espiritualizados ou com maior religiosidade possuem melhor percepção de sua qualidade de vida?

Recorrendo a uma revisão integrativa da literatura, o objetivo desta investigação foi identificar e analisar as evidências existentes na literatura referentes à correlação entre a espiritualidade e/ou da religiosidade à percepção da qualidade de vida dos adolescentes.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esta metodologia permite a abordagem de diversos tipos de estudos, permitindo uma vasta análise do assunto abordado e uma síntese do conhecimento produzido.¹³

Para a elaboração desta revisão, as seguintes etapas foram consideradas: desenvolvimento da questão norteadora; busca dos estudos primários nas bases de dados; extração de dados dos estudos; avaliação dos estudos selecionados; análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão.¹⁴

Respeitando-se o que foi proposto avaliar, a questão norteadora foi: “existe correlação entre a espiritualidade e/ou religiosidade com a qualidade de vida dos adolescentes?”.

Foram incluídos artigos primários, disponíveis na íntegra, em sistema *open acess*, nos idiomas inglês, espanhol ou português, publicados nos últimos cinco anos (2012 – 2017). Foram excluídos os artigos não primários, incluindo os de opinião e as revisões, e aqueles que, após a leitura na íntegra, não responderam a questão norteadora.

A busca se deu por meio de consulta nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), *US National Library of Medicine* (PubMed), Scopus e *Web of Science*. Para tal, utilizaram-se os descritores: espiritualidade, religião, qualidade de vida e adolescente, em inglês e português. Tanto os descritores quanto seus sinônimos foram combinados entre si.

A seleção dos estudos foi realizada inicialmente por meio da leitura minuciosa de títulos e resumos, sendo incluídos os que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. Para a seleção final foi realizada a leitura dos artigos na íntegra.

Para a coleta e análise dos dados, utilizou-se de um instrumento que abordou as variáveis: título do artigo, autores, ano de publicação, método, país de origem, nível de evidência, grau de recomendação e base de dados.

O método utilizado para avaliar a qualidade da evidência foi o de Oxford, sendo classificado em 1a, 1b, 1c, 2a, 2b, 2c, 3a, 3b, 4 e 5. Ainda, esta metodologia permite classificar os estudos em grau de recomendação, incluindo A, B, C e D, onde: A - corresponde a boas evidências para apoiar a recomendação, B - evidências razoáveis para apoiar a recomendação, C - evidências insuficientes, contra ou a favor, e D - há evidências para descartar a recomendação.¹⁵

A busca dos artigos foi realizada em maio de 2017, por dois avaliadores independentes, concomitantemente. Nos casos onde não houve consenso foi consultado um terceiro avaliador.

O processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos se deu em três etapas. Na primeira, foi realizada a busca por meio dos descritores e seus sinônimos nas bases de dados. Na segunda etapa, procedeu-se a leitura dos títulos e resumos, à luz dos critérios de

inclusão. Na terceira etapa, realizou-se a leitura na íntegra dos artigos. Após, o conteúdo dos artigos foi exposto por meio de categorias temáticas.

RESULTADOS

Inicialmente foram selecionados 39 estudos a partir da consulta as bases de dados. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 14 estudos. Destes, foram excluídos três estudos por se encontrarem em mais de uma base de dados. Assim, 11 artigos foram selecionados para leitura na íntegra. Destes, 10 compuseram a amostra final (Figura 1).

Dos artigos que compuseram a amostra final, o mais antigo foi publicado em 2012 e os mais recentes em 2016. Todos foram disponibilizados na língua inglesa e em bases de dados internacionais. Referente à procedência, prevaleceram os desenvolvidos nos Estados Unidos da América (USA) (60%). Em relação ao delineamento dos estudos, prevaleceram os transversais com nível de evidência 2c (60%) e grau de recomendação B (60%) (Figura 2).

A partir da análise dos estudos selecionados, emergiram três áreas temáticas: 1) Favorecimento e fortalecimento da espiritualidade e/ou religiosidade em adolescentes; 2) Repercussões da espiritualidade e/ou religiosidade referente ao enfrentamento situacional; e 3) Influência da espiritualidade e/ou religiosidade na qualidade de vida dos adolescentes (Figura 3).

DISCUSSÃO

Favorecimento e fortalecimento da espiritualidade e/ou religiosidade em adolescentes

A espiritualidade e a religiosidade estão entre os fatores culturais mais importantes que dão sentido à vida, e se apresentam como mecanismo de enfrentamento especialmente útil em doenças crônicas.¹⁶

Pesquisa realizada com 45 participantes adolescentes HIV positivo e HIV negativo demonstrou que conversar sobre espiritualidade e a religiosidade constituíram uma das formas de fortalecimento na luta com a doença. Sendo assim, a maioria dos pacientes gostaria que os médicos perguntassem sobre suas crenças espirituais quando eram diagnosticados com uma doença grave, quando estavam sofrendo de uma doença de longa duração, quando estavam se recuperando de uma doença grave e com a possibilidade de morrer. As razões pelas quais desejavam discutir as preocupações espirituais relacionavam-se ao fato de que o médico os compreendesse melhor, e para entender como a sua crença influenciava seu modo de lidar o indivíduo, favorecendo o seu tratamento.¹⁷

O desejo de conversar e expor ideais são devido ao desenvolvimento intelectual, pois a adolescência é um período de crescimento e mudança, onde os jovens estão estabelecendo seus próprios sistemas de crenças, enquanto ainda são influenciados por seus pais em oposição a si próprios.¹⁷

O desenvolvimento espiritual faz parte da maturação das crianças para a fase de adolescência e vida adulta. Devido a isso, a família tem responsabilidade pelo desenvolvimento da saúde espiritual dos jovens. Assim, depois de algum tempo o adolescente pode assumir progressivamente a responsabilidade de seu próprio bem-estar espiritual, embora necessite de orientação e ajuda para desenvolver a espiritualidade e participar de atividades religiosas.¹⁸

Sendo assim, a família exerce forte influência na formação religiosa e na espiritualidade do adolescente. A crença dos pais e a participação em cerimônias religiosas com a família contribuem de maneira significativa ao bem-estar espiritual e religioso, com consequente melhoria na qualidade de vida.^{9,19} Investigação evidenciou o papel fundamental da família no fortalecimento da capacidade de enfrentamento dos adolescentes.²⁰

O bem-estar espiritual está diretamente relacionado com o senso de espiritualidade e a participação em atividades religiosas. Essa participação nessa faixa etária refere-se à influência dos pais e de uma visão positiva da comunidade, que motiva o estudante a participar dessas atividades.¹²

Vários estudos demonstram que o favorecimento e fortalecimento da espiritualidade e religiosidade estão ligados à saúde mental dos adolescentes, pois muitos buscam ajuda e aconselhamento em psicólogos, por causa de angústias e preocupações nos aspectos religiosos ou espirituais, devido à confusão de valores, relacionamentos problemáticos com colegas, preocupações sexuais e pensamentos de serem punidos pelos próprios pecados.²¹⁻²²

Portanto, para ajudá-los a gerenciar seu estresse, reduzir os sintomas depressivos e aumentar os comportamentos de promoção da saúde, os educadores e familiares devem estar preparados para abordar sobre a saúde espiritual do adolescente.⁷

Repercussões da espiritualidade e/ou religiosidade referente ao enfrentamento situacional

Diversos estudos advertem que a espiritualidade e a religiosidade podem apresentar aspectos que auxiliam no enfrentamento situacional quando se refere à saúde de

um indivíduo. O aumento da espiritualidade e/ou da religiosidade tem sido associado a uma série de resultados na saúde.^{2-3,6}

Pesquisa realizada com adolescentes norte-americanos apontou que existe uma forte crença em Deus e que a fé religiosa é importante para a tomada de decisões e escolhas de vida. Entretanto, independentemente da afiliação religiosa, as pessoas com valores espirituais possuem recursos para gerenciar os desafios, encontrando significado e propósito em suas vidas, promovendo o bem-estar físico.^{6,7}

Investigação que abordou pacientes com câncer identificou que a espiritualidade e religiosidade está associada ao melhor preparo dos sobreviventes para o autocuidado, além de manter a esperança neste processo de transição. Com isso, a religião e espiritualidade, tanto de forma independente quanto como um conceito combinado, apoia o sentimento de sobrevivência, esperança e mantém o significado e o propósito da vida, promovendo a conexão com os outros.²³

Estudo com adolescentes de dois grandes centros médicos pediátricos em Los Angeles em tratamento oncológico, com idades entre 5 e 18 anos, identificou que a sensação de maior bem-estar e a importância do autocuidado eficaz estão diretamente relacionadas com a religião e a espiritualidade.²³

Pesquisa que abordou adolescentes portadores do vírus HIV e seus familiares identificou que apresentavam dificuldade em perdoar o dano que lhe foi causado, sendo para sua família mais fácil perdoar. Este achado pode refletir uma luta espiritual para os adolescentes que permeiam na dúvida entre perdoar ou não perdoar o “outro” que foi a fonte da transmissão do HIV. A falta do perdão está associada a um mecanismo de depressão e revolta, podendo ter implicações até mesmo na adesão ao tratamento antirretroviral. Ainda, reconheceram a importância de associarem às comunidades religiosas para enfrentar a epidemia de HIV, uma vez que as instituições religiosas podem intervir junto aos adolescentes individualmente e coletivamente, diminuindo assim os comportamentos associados à transmissão do HIV.⁶

A religiosidade e a espiritualidade desempenham seu significado de diversas maneiras, influenciando as atitudes, decisões e comportamentos dos adolescentes, envolvendo aspectos físicos, mentais, emocionais e sociais. Com isso, o adolescente pode desenvolver comportamentos de saúde influenciados pela sua religiosidade e espiritualidade, funcionando como um fator protetor e de promoção à saúde.⁹

Estudo com adolescentes portadores de HIV identificou que a religião e a espiritualidade podem desempenhar um papel positivo, diminuindo seu comportamento de

risco, fornecendo apoio, atuando como mecanismos de enfrentamento e gerando esperança e conforto. Entretanto, as crenças religiosas podem aumentar a angústia espiritual, pois podem entender que a doença é uma punição e acarretando baixa aderência à medicação e piores resultados.¹⁷

Contudo, outros estudos demonstraram a relação positiva entre a espiritualidade e religiosidade no enfrentamento situacional. Pesquisa demonstrou relação inversa significativa entre religiosidade e o consumo de álcool. Em adolescentes, a espiritualidade apresentou-se como um fator protetor sobre a decisão referente ao consumo de álcool e maconha, apontando uma melhora no comportamento da saúde geral.²⁴⁻²⁵

O bem-estar espiritual e a atividade religiosa, incluindo a meditação, oração, leitura espiritual e frequentar igrejas, estão significativamente relacionadas com as avaliações positivas na saúde do indivíduo.¹²

Nesse contexto, indivíduos mais espiritualizados ou religiosos sofrem menos problemas físicos de saúde, recuperam-se mais rápido e experimentam menos estresse durante uma doença grave.²⁵⁻²⁶

Influência da espiritualidade e/ou religiosidade na qualidade de vida dos adolescentes.

A espiritualidade e a religiosidade apresentam grande influência sobre a qualidade de vida, demonstrando que os valores espirituais têm efeito de bem-estar e satisfação com a vida.⁷

Estudo realizado com estudantes universitários identificou que os valores espirituais e a afiliação religiosa dos alunos apresentam influência na qualidade de vida e, que, os valores não espirituais, como o dinheiro e os bens materiais, não promoveram a qualidade de vida, uma vez que os valores referentes para obter influência, preservar o status social, fazer realizações e experimentar prazeres materiais estão mais associados a uma preocupação material do que com a própria qualidade de vida.⁷

A inteligência espiritual apresenta um papel eficaz na vida e na saúde das pessoas. Estudantes universitários questionados quanto à qualidade de vida e inteligência espiritual demonstraram que há uma relação positiva e significativa entre ambas, ou seja, quanto mais espiritualizados, melhor a percepção de sua qualidade de vida.⁸

Investigação confirmou existir relação positiva entre a qualidade de vida e bem-estar espiritual em adolescentes iranianas.¹⁹ Estudantes universitárias com elevada espiritualidade e religiosidade apresentaram melhor percepção de sua qualidade de vida em relação aos alunos que relataram moderada espiritualidade e religiosidade.¹²

Entre adolescentes soropositivos e suas famílias, observou-se que a qualidade de vida está associada à elevada espiritualidade.⁶ Pesquisa confirmou que a qualidade de vida está associada a auto eficácia, referente às atividades de autocuidado em saúde nos adolescentes com câncer.²³

Outro estudo que explorou a religiosidade e espiritualidade entre adolescentes soropositivos, identificou que a qualidade de vida está significativamente relacionada com adolescentes com maior espiritualidade e religiosidade, além do que, a participação em serviços religiosos forneceu um suporte social, demonstrando uma melhora no comportamento da saúde e a sua importante influencia na qualidade de vida.²⁷

CONCLUSÕES

Considerando os aspectos individuais dos artigos e o fato de terem sido desenvolvidos em diferentes contextos, observou-se um consenso de que a religiosidade e a espiritualidade influenciam diretamente na percepção da qualidade de vida em adolescentes.

Nesse contexto, para uma melhor compreensão e abordagem individualizada, faz-se necessário que a atualização sobre conceitos de bem-estar espiritual, assim como o incentivo às práticas espirituais e religiosas entre adolescentes sejam inseridas no contexto de atendimento e assistência à saúde.

FINANCIAMENTO

O estudo não recebeu financiamento.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. WHOQOL Group. World Health Organization. WHOQOL Measuring Quality of Life [homepage na Internet]. WHO; 1997 [acesso em 31 maio 2017]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
2. Mirghafourvand M, Charandabi SMA, Sharajabad FA, Sanaati F. Spiritual well-being and health-related quality of life in Iranian adolescent girls. *Community Ment Health J*. 2016;52(4):484-92.
3. Souza VM, Frizzo HCF, Paiva MHP, Bousso RS, Santos AS. Spirituality, religion and personal beliefs of adolescents with cancer. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):509-14.
4. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saúde Públ*. 2011;45(1):153-65.
5. Dhar N, Chaturvedi S, Nandan D. Spiritual health scale 2011: Defining and measuring 4 dimension of health. *Indian J Community Med*. 2011;36(4):275-82.
6. Lyon ME, Garvie P, He J, Malow R, McCarter R, D'Angelo LJ. Spiritual wellbeing among HIV-infected adolescents and their families. *J Relig Health*. 2014;53(3):637-53.
7. Zhang KC, Hui CH, Lam J, Lau EYY, Cheung S, Mok DSY. Personal spiritual values and quality of life: evidence from chinese college students. *J Relig Health*. 2014;53(3):986-1002.
8. Bolghan-Abadi M, Ghofrani F, Abde-Khodaei MS. Study of the spiritual intelligence role in predicting university students' quality of life. *J Relig Health*. 2014;53(1):79-85.
9. Mirghafourvand M, Charandabi SMA, Sharajabad FA. Spiritual well-being and its predictors among iranian adolescent girls, 2014–2015. *IJCS*. 2016;21(2):104-15.
10. Konopack JF, McAuley E. Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: a path analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:57. doi:10.1186/1477-7525-10-57.
11. WHOQOL Group. World Health Organization. Adolescent development [homepage na Internet]. WHO. [acesso em 25 julho 2017]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/#.
12. Anye ET, Gallien TL, Bian H, Moulton M. The relationship between spiritual well-being and health-related quality of life in college students. *J Am Coll Health*. 2013;61(7):414-21.

-
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
 14. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
 15. Oxford Centre for Evidence-based Medicine: levels of evidence (March 2009) [homepage na Internet]. 2009 [acesso em 25 julho 2017]. Disponível em: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009>.
 16. Alvarez J, Goldraich LA, Nunes AH, Zandavalli MCB, Zandavalli RB, Belli KC, et al. Espiritualidade e tratamento de insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol*. 2016;106(6):491-501.
 17. Bernstein K, D'Angelo LJ, Lyon ME. An exploratory study of HIV+ adolescents' spirituality: Will you pray with me? *J Relig Health*. 2013;52(4):1253-66.
 18. Becker APS, Maestri TP, Bobato ST. Impacto da religiosidade na relação entre pais e filhos adolescentes. *Arq bras psicol*. 2015;67(1):84-98.
 19. Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jafarabadi AM, Tavananezhad N, Karkhane M. Predictors of health-related quality of life in Iranian women of reproductive age. *Appl Res Qual Life*. 2016;11(3):723-37.
 20. Dallas RH, Wilkins ML, Wang J, Garcia A, Lyon ME. Longitudinal pediatric palliative care: quality of life & spiritual struggle (FACE): design and methods. *Contemp Clin Trials*. 2012;33(5):1033-43.
 21. Krageloh CU, Henning MA, Billington R, Hawken SJ. The relationship between quality of life and spirituality, religiousness, and personal beliefs of medical students. *Acad Psychiatry*. 2015;39(1):85-9.
 22. Yonker JE, Schnabelrauch CA, Dehaan LG. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: a meta-analytic review. *J Adolesc*. 2012;35(2):299-314.
 23. Miller KA, Wojcik KY, Ramirez CN, Ritt-Olson A, Freyer DR, Hamilton AS, et al. Supporting long-term follow-up of young adult survivors of childhood cancer: Correlates of healthcare self-efficacy. *Pediatr Blood Cancer*. 2017;64:358-63.
 24. Felipe AOB, Carvalho AMP, Andrade CUB. Espiritualidade e religião como protetores ao uso de drogas em adolescente. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2015;11(1):49-58.

-
25. Ford JA, Hill TD. Religiosity and adolescent substance use: evidence from the national survey on drug use and health. *Subst Use Misuse*. 2012;47(7):787-98.
 26. Trevino KM, McConnell TR. Religiosity and religious coping in patients with cardiovascular disease: change over time and associations with illness adjustment. *J Relig Health*. 2014;53(6):1907-17.
 27. Lyon ME, Kimmel AL, Cheng YI, Wang J. The role of religiousness/spirituality in health related quality of life among adolescents with HIV: a latent profile analysis. *J Relig Health*. 2016;55:1688-99

FIGURA 1 **Figura 1** – Fluxograma do processo de seleção dos artigos da revisão integrativa.

FIGURA 2

Título	Autores	Ano	Metodologia	Local	Nível de evidência	Grau de recomendação	Base de dados
Longitudinal Pediatric Palliative Care: Quality of Life & Spiritual Struggle (FACE): Design and Methods	Ronald H. Dallas, Megan L. Wilkins, Jichuan Wang, Ana Garcia, Maureen E. Lyon.	2012	Estudo clínico randomizado	EUA	1B	A	Pubmed
The Relationship Between Spiritual Well-Being and Health-Related Quality of Life in College Students	Ernest Tamanji Anye, Tara L. Gallien, Hui Bian, Michael Moulton.	2013	Estudo Transversal	EUA	2C	B	Web of Science
An Exploratory Study of HIV+ Adolescents' Spirituality: Will You Pray with Me?	Karen Bernstein, Lawrence J. D'Angelo, Maureen E. Lyon.	2013	Estudo Transversal	EUA	2C	B	Web of Science e Scopus
Study of the Spiritual Intelligence Role in Predicting University Students' Quality of Life.	Mustafa Bolghan-Abadi, Fatemeh Ghofrani, Mohammad Saeed Abde-Khodaie.	2014	Estudo Transversal	Irã	2C	B	Scopus
Personal Spiritual Values and Quality of Life: Evidence from Chinese College Students	Kaili Chen Zhang, C. Harry Hui, Jasmine Lam, Esther Yuet Ying Lau, Shu-fai Cheung, Doris Shui Ying Mok.	2014	Estudo clínico randomizado	China	1B	A	Scopus
Spiritual well-being among HIV-infected adolescents and their families.	Maureen E. Lyon, Patricia Garvie, Jianping He, Robert Malow, Robert McCarter, Lawrence J. D'Angelo.	2014	Estudo clínico randomizado	EUA	1B	A	Scopus e Pubmed
Spiritual Well-Being and Health-Related Quality of Life in Iranian Adolescent Girls.	Mojgan Mirghafourvand, Sakineh Mohammad-Alizadeh Charandabi, Fariba Alizadeh Sharajabad, Favziye Sanaati.	2016	Estudo Transversal	Irã	2C	B	Web of Science
Spiritual well-being and its predictors among Iranian adolescent girls, 2014–2015	Mojgan Mirghafourvand, Sakineh Mohammad-Alizadeh Charandabi, Fariba Alizadeh Sharajabad.	2016	Estudo Transversal	Irã	2C	B	Web of Science
Supporting long-term follow-up of young adult survivors of childhood cancer: Correlates of healthcare self-efficacy	Kimberly A. Miller, Katherine Y. Wojcik, Cynthia N. Ramirez, Anamara Ritt-Olson, David R. Freyer, Ann S. Hamilton, Joel E. Milam.	2016	Estudo de coorte	EUA	2B	B	Web of Science
The Role of Religiousness/Spirituality in Health-Related Quality of Life Among Adolescents with HIV: A Latent Profile Analysis.	Maureen E. Lyon, Allison L. Kimmel, Yao Iris Cheng, Jichuan Wang.	2016	Estudo clínico randomizado	EUA	1B	A	Scopus e Web of Science

Figura 2 – Quadro-síntese das características dos estudos incluídos na revisão de acordo com o título do artigo, autores, ano de publicação, metodologia, local onde foi desenvolvido, nível de evidência, grau de recomendação e base de dado onde foi encontrado.

FIGURA 3

Figura 3 – Categorias temáticas emergentes da análise dos artigos incluídos na revisão integrativa.

4 Artigo 2

REVISTA PARA PUBLICAÇÃO

O presente manuscrito foi redigido de acordo com as normas para publicação no Jornal de Pediatria, atendendo assim as metas da Instituição e viabilizando a transferência de conhecimento à comunidade científica.

ARTIGO ORIGINAL**Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida em adolescentes com fissura labiopalatina****RESUMO**

Objetivo: Correlacionar a espiritualidade e a religiosidade à qualidade de vida dos adolescentes com fissura labiopalatina. **Métodos:** Estudo transversal desenvolvido em um hospital terciário englobando dois grupos, caso e comparativo. O grupo caso constou de 40 adolescentes com fissura labiopalatina, enquanto o comparativo foi composto por 40 adolescentes sem fissura labiopalatina. Para a coleta de dados foi utilizado um Questionário Sociodemográfico, a Escala de Religiosidade de Durel e o World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref). Para a análise estatística, os testes de Mann-Whitney, Qui-Quadrado, t-Student e o de Correlação de Pearson foram utilizados. O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** A religiosidade organizacional foi significativamente maior no grupo caso ($p=0,031$). A qualidade de vida global foi significativamente maior no grupo caso ($p=0,012$). Quanto aos domínios referentes à qualidade de vida, observou-se que o Meio Ambiente foi significativamente maior no grupo caso ($p<0,001$). Ao se correlacionar a religiosidade e a espiritualidade à qualidade de vida, a religiosidade não organizacional apresentou forte correlação com a religiosidade organizacional ($r=0,62$; $p<0,001$). Em relação à espiritualidade, observou-se moderada correlação com a religiosidade não organizacional ($r=0,44$) e com a religiosidade organizacional ($r=0,43$) ($p=0,005$ e $p=0,006$ respectivamente). Ao se correlacionar os domínios referentes à qualidade de vida com a religiosidade e a espiritualidade, identificou-se correlação moderada entre a espiritualidade e a qualidade de vida global ($r=-0,35$; $p=0,026$). **Conclusão:** Adolescentes com fissura labiopalatina com escores mais elevados de espiritualidade apresentaram melhor percepção de sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Espiritualidade. Religião. Qualidade de Vida. Adolescente.

Correlation between religiosity, spirituality and quality of life of adolescents with cleft lip and palate

ABSTRACT

Objective: To correlate spirituality and religiosity with the quality of life of adolescents with cleft lip and palate. **Methods:** A cross-sectional study developed in a tertiary hospital encompassing two groups, case and comparative. The case group consisted of 40 adolescents with cleft lip and palate, while the comparison group was composed of 40 adolescents without cleft lip and palate. For data collection, a Sociodemographic Questionnaire was employed, the Durel Religiosity Scale and the World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref). For statistical analysis, the Mann-Whitney, Chi-Square, Student-t test and Pearson's correlation tests were employed. The level of significance adopted for all tests was 5% ($p \leq 0.05$). **Results:** Organizational religiosity was significantly higher in the case group ($p=0.031$). The overall quality of life was significantly higher in the case group ($p=0.012$). Concerning domains related to quality of life, it was observed that the Environment was significantly higher in the case group ($p < 0.001$). When religiosity and spirituality were correlated with quality of life, non-organizational religiosity presented a strong correlation with organizational religiosity ($r=0.62$, $p < 0.001$). In relation to spirituality, there was a moderate correlation with non-organizational religiosity ($r=0.44$) and with organizational religiosity ($r=0.43$) ($p=0.005$ and $p=0.006$, respectively). When correlating the domains related to quality of life with religiosity and spirituality, a moderate correlation between spirituality and overall quality of life was identified ($r=-0.35$, $p=0.026$). **Conclusion:** Adolescents with cleft lip and palate with higher scores of spirituality, presented a better perception of their quality of life.

Keywords: Spirituality. Religion. Quality of life. Adolescents.

INTRODUÇÃO

Indivíduos com fissura labiopalatina podem apresentar problemas funcionais, estéticos e psicossociais. Inicialmente os funcionais são prevalentes, com destaque para os alimentares. Contudo, durante a infância e adolescência, evidenciam-se os estéticos e principalmente os psicossociais.¹⁻²

Na adolescência, fase caracterizada por transformações biopsicossociais, socialização e exacerbação dos padrões estéticos impostos pela sociedade modernista e globalizada, o adolescente com fissura labiopalatina pode enfrentar discriminação e preconceito, gerando estigmatização, o que certamente influenciará seu convívio social e, consequentemente, sua qualidade de vida.³

Ainda, estes adolescentes podem apresentar períodos de negação, intelectualização, depressão e comportamentos exagerados. No entanto, essas reações estão diretamente relacionadas ao estabelecimento das relações sociais, familiares e culturais, que, consequentemente, influenciam sua autoestima e qualidade de vida. Portanto, fica evidente que a insatisfação promove no indivíduo sentimentos de inferioridade, fraqueza, rejeição e impotência, podendo ocasionar fracassos em seu processo de reabilitação.⁴

No processo de enfrentamento, observa-se a influência de fatores que agem como recursos adicionais ao tratamento e a reabilitação, que incluem, entre outros, a espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais e familiares.⁵

Na atualidade, observa-se um crescente número de estudos referentes à avaliação da religiosidade e espiritualidade, bem como seu impacto na qualidade de vida das pessoas, demonstrando que essa relação está intimamente relacionada à melhores resultados quanto ao enfrentamento situacional e evolução favorável frente às diversas patologias.⁶

Considerando-se a vulnerabilidade dos adolescentes com fissura labiopalatina a problemas estéticos e psicossociais, bem como as evidências dos benefícios da espiritualidade e da religiosidade sobre as modalidades de enfrentamento situacional, torna-se relevante compreender sua influência sobre a qualidade de vida dessa população.

Nas bases de dados consultadas, não foram encontrados estudos com essa abordagem, ressaltando sua importância, de abordagem inédita. Assim, o objetivo desta investigação foi correlacionar a espiritualidade e a religiosidade à qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatina.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, transversal, correlacional, de delineamento quantitativo.

População e amostragem

Com a finalidade de comparação, foram elencados dois grupos, caso e comparativo. A população do grupo caso constou de adolescentes que se encontravam hospitalizados para a realização de procedimentos cirúrgicos secundários, incluindo as rinoplastias, septoplastias e enxerto ósseo alveolar. O critério de inclusão compreendeu idade entre 15 e 18 anos e fissura transforame unilateral operada, sem síndromes ou doenças neurológicas associadas.

O grupo comparativo foi composto por adolescentes sem fissura labiopalatina, alunos de uma escola pública. O critério de inclusão compreendeu idade entre 15 e 18 anos.

Para ambos os grupos, foram excluídos os adolescentes que referiram uso de psicofármacos, tais como: ansiolíticos, hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor, e também o uso de drogas ilícitas.

A amostragem foi consecutiva e não probabilística. Para o cálculo amostral, considerou-se desvio-padrão de 1,57 pontos,⁷ alpha de 5%, poder de 80% e diferença de um ponto na média a ser detectada. Ao final, estimou-se 40 participantes em cada grupo (caso e comparativo), que compuseram a amostra.

Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente os participantes foram convidados a aderirem ao estudo, sendo explicitados os objetivos e apresentados os instrumentos de coleta de dados.

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Escala de Religiosidade de Durel para avaliar a religiosidade e a espiroiritualidade⁸ e *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-Bref*⁹ para avaliar a qualidade de vida.

O Questionário Sociodemográfico foi utilizado para caracterizar os participantes segundo as variáveis: idade, sexo, escolaridade, religião, classificação socioeconômica¹⁰, número de filhos, ocupação e estado civil ou afetivo.

Para o grupo caso, as informações referentes aos critérios de inclusão e exclusão foram obtidas por meio de consulta aos prontuários, assim como as informações referentes à caracterização sociodemográfica. Para o grupo comparativo, as informações referentes aos critérios de inclusão e exclusão, assim como as informações referentes à caracterização sociodemográfica foram obtidas por meio de entrevista, que foi realizada individualmente e em ambiente privativo.

A coleta de dados foi realizada com os participantes do grupo caso no período pré-cirúrgico, individualmente, uma vez que a presença de edema, dor, desconforto e limitações funcionais interferem nas respostas e percepção do indivíduo gerando um impacto negativo à qualidade de vida.¹¹ Para o grupo comparativo, a instituição educacional disponibilizou uma sala privativa. Em geral, a entrevista durou, em média, 30 minutos.

A Escala de Religiosidade de Durel⁸ e o WHOQOL-Bref⁹ são autoaplicáveis, e foram disponibilizados no mesmo momento. A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto a novembro de 2016.

Instrumentos de coleta de dados

A percepção de qualidade de vida dos adolescentes foi avaliada pela versão validada em português do WHOQOL-Bref.⁹ O referido instrumento é utilizado para avaliar a qualidade de vida tanto de populações saudáveis como de pessoas acometidas por agravos e doenças crônicas.¹² Contém 26 questões, sendo que a primeira pergunta refere-se à qualidade de vida de um modo geral; a segunda à satisfação com a própria saúde, e as 24 questões restantes distribuídas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. Cada domínio tem escore que varia de zero a 100, no qual zero corresponde à pior qualidade de vida e 100 à melhor qualidade de vida.¹³

Concomitantemente, foi aplicada a Escala de Religiosidade de Durel.⁸ Esta possui três dimensões de religiosidade, sendo: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca ou espiritualidade (RI). A RO refere-se à frequência em igrejas e/ou templos com interação social, variando o escore de um a seis. A RNO independe de outras pessoas, é a atividade religiosa individual (oração, meditação, prece), que apresenta escore de um a seis. A RI avalia o comportamento e a influência que a religião proporciona na vida do indivíduo, sendo composta de escore variando de três a quinze. Esta escala foi traduzida e validada para a população brasileira.^{8,14}

Aspectos éticos

A pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Hospital, por meio do ofício 1.614.101 e CAAE: 55837916.9.0000.5441.

Todos os participantes formalizaram sua adesão por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os adolescentes menores de 18 anos formalizaram sua adesão por meio da assinatura do Termo de Assentimento, e seus responsáveis legais, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Análise estatística

Os dados foram analisados utilizando o programa software IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para Windows. Para a análise estatística das variáveis sociodemográficas, sexo e idade, foram utilizados os testes Qui-Quadrado e t-Student. Para correlacionar a religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida nos grupos caso e comparativo foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para correlacionar as medidas de interesse, qualidade de vida, religiosidade e espiritualidade, no grupo caso foi utilizado o teste de Correlação de Pearson. Ainda, foi utilizada a análise das forças de correlação linear entre as medidas, a qual determina que valores de correlação menores do que 0,30 indicam fraca correlação, mesmo quando estatisticamente significantes, não apresentam relevância clínica; valores entre 0,30 – 0,50 indicam moderada correlação e acima de 0,50, forte correlação.¹⁵ O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

Referente à caracterização do grupo caso, a média de idade foi de 16,48 ($\pm 1,04$) anos. Prevaleram os participantes do sexo masculino (52,5%; $n=21$), cursando o ensino médio (87,5%; $n=35$), solteiros (90,0%; $n=36$) e evangélicos (47,5%; $n=19$).

Quanto ao grupo comparativo, a média de idade foi de 16,38 ($\pm 1,17$) anos. Prevaleram os participantes do sexo feminino (60,0%; $n=24$), cursando o ensino médio ($n=40$; 100%), solteiros (77,5%; $n=31$) e evangélicos (62,5%; $n=25$).

Não foram encontradas diferenças estatísticas significantes entre as características sociodemográficas dos participantes dos grupos, demonstrando a homogeneidade entre eles.

Adolescentes com fissura labiopalatina unilateral compuseram o grupo caso. Em relação ao procedimento cirúrgico que iriam realizar, observou-se equidade entre o enxerto ósseo alveolar e a rinosseptoplastia (ambos 50,0%; n=20). Quanto à procedência, prevaleceu a região Sudeste (55,0%; n=22).

Ao se avaliar a espiritualidade e a religiosidade, observou-se que a religiosidade organizacional foi significativamente maior no grupo caso ($p=0,031$) (Tabela 1).

Referente à qualidade de vida, observou-se que a global foi significativamente maior no grupo caso ($p=0,012$). Quanto aos domínios, observou-se que o Meio Ambiente foi significativamente maior no grupo caso ($p<0,001$) (Tabela 2).

Ao se correlacionar a religiosidade e a espiritualidade à qualidade de vida, a religiosidade não organizacional apresentou forte correlação ($r=0,62$) com a religiosidade organizacional ($p<0,001$). Em relação à espiritualidade observou-se moderada correlação com a religiosidade não organizacional ($r=0,44$) e com a religiosidade organizacional ($r=0,43$) ($p=0,005$ e $p=0,006$ respectivamente) (Tabela 3).

Ao se correlacionar os domínios referente à qualidade de vida com a religiosidade e a espiritualidade, identificou-se correlação moderada ($r=-0,35$) entre a espiritualidade e a qualidade de vida global ($p=0,026$), ou seja, indivíduos mais espiritualizados apresentam melhor percepção da qualidade de vida. Ressalta-se que os valores referentes à escala de espiritualidade são inversamente proporcionais, justificando o valor negativo da correlação (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A média de idade dos participantes, em geral, foi de 16,48 anos. É nesta faixa etária que a estética e interações sociais apresentam-se em evidência, sendo de extrema importância para a formação do indivíduo.¹⁶

O adolescente com fissura labiopalatina, além de lidar com problemas do cotidiano e da idade, vê-se cercado das preocupações inerentes à malformação, incluindo cicatrizes e a qualidade da voz. Estas limitações acarretam problemas de discriminação e de estigmatização frente à sociedade, o que certamente influencia as relações sociais, e consequentemente a percepção da qualidade de vida.

Esta relação foi observada no presente estudo referente à caracterização afetiva dos participantes, onde apenas 10% dos adolescentes com fissura referiram estar namorando, contra 22,5% dos adolescentes sem fissura.

Quanto à classificação socioeconômica, prevaleceu a classe baixa. Indivíduos pertencentes às mais favorecidas preocupam-se com questões cognitivas, culturais e de beleza em igual proporção, enquanto as menos favorecidas se preocupam em maior nível com a inteligência.¹⁷

Investigação apontou que os níveis de autoestima em adolescentes com fissura foram significativamente menores em comparação aos sem fissura, particularmente no gênero feminino. Estes carregam consigo os seus defeitos físicos ou cicatrizes e tudo o que estes socialmente podem significar, fixando-os como parte de sua identidade. Contudo, o que este estigma pode significar e ocasionar dependerá de vários fatores, incluindo questões subjetivas e reflexivas, podendo ocasionar complexos problemas de ordem psicológica.⁴

Quanto à procedência, no grupo caso, prevaleceram os adolescentes da região sudeste. Associa-se este resultado ao fato da Instituição estar localizada nesta região. Ressalta-se que o processo reabilitador deve nortear-se por atendimento interdisciplinar e deve ser realizado em centros de excelência.

Em relação ao gênero, prevaleceu o masculino, no grupo caso. A literatura aponta predomínio da fissura transforame incisivo unilateral à esquerda no sexo masculino, enquanto as pós-forame são prevalentes no sexo feminino.¹⁸

Referente à classificação das fissuras, a labiopalatina, tanto a unilateral quanto a bilateral é a que promove maior comprometimento funcional e estético, devido à extensão anatômica envolvida. Nesse contexto, o protocolo de reabilitação é extenso e complexo. Os resultados das cirurgias realizadas ainda na primeira infância, irão repercutir diretamente na autoestima dos adolescentes e, conseqüentemente, sobre sua interação e aceitação perante a sociedade.¹⁻³

Na presente investigação, a religiosidade foi avaliada em ambos os grupos, e a grande maioria dos adolescentes referiu ter religião, predominando a evangélica. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 86% da população brasileira denomina-se cristã, com prevalência da religião católica. Ainda, segundo o mesmo Instituto, a proporção de católicos foi maior entre as pessoas com idade superior a 40 anos, enquanto os evangélicos pentecostais têm sua maior proporção entre crianças e adolescentes, em conformidade ao encontrado neste estudo.¹⁹

A influência da espiritualidade e da religiosidade como forma de enfrentamento situacional (*coping*), frente às diferentes patologias e contextos desfavoráveis, está evidenciada na literatura.²⁰⁻²⁴ Diversos estudos comparando populações saudáveis e

indivíduos com doenças (HIV, câncer, esquizofrenia, insuficiência renal e doença crônica), identificaram que pessoas com problemas de saúde apresentaram melhores escores de espiritualidade e religiosidade quando comparados aos indivíduos saudáveis.²¹⁻²⁴

No presente estudo, os adolescentes com fissura labiopalatina apresentaram elevada religiosidade organizacional em comparação aos adolescentes sem fissura, ou seja, frequentavam mais igrejas ou templos e possuíam maior interação social na comunidade religiosa. A religiosidade organizacional exerce efeito positivo na qualidade de vida, uma vez que frequentar igrejas promove o apoio social, contribuindo para uma maior satisfação com a vida e menos sentimento de desamparo e desesperança.²⁵

Observou-se ainda, correlação entre a religiosidade organizacional, não organizacional e a espiritualidade no grupo de adolescentes com fissura. Este achado confirma que ambas estão intrinsicamente ligadas, portanto, representam uma construção.²⁴

A correlação entre a espiritualidade e a religiosidade atua como fator proteção e manutenção da saúde e do bem-estar dos adolescentes. É uma construção conjunta importante na mente dos pacientes. Ambas auxiliam a enfrentar problemas, proporcionando melhora da paz interior, esperança e otimismo.²⁶

Pacientes apresentam necessidade de conversar a respeito de assuntos religiosos ou espirituais, por auxiliar no enfrentamento da doença. Investigação apontou o desejo de 45% dos adolescentes HIV positivos de que médico rezasse com eles. Evidenciou ainda, que eram mais propensos a relatar a presença de Deus em suas vidas, além de sentirem que eram protegidos por uma força maior que lhes proporcionava sentimentos de bem-estar espiritual e conforto, auxiliando no enfrentamento da doença.²⁷

A religiosidade e a espiritualidade como método de enfrentamento estão associadas ao menor tempo de hospitalização, redução da mortalidade, da depressão e melhora da função imunológica.^{6,28} Ainda, estão intimamente relacionadas ao papel protetor da saúde dos adolescentes. Estudo apontou que meninas as quais apresentaram elevada religiosidade e espiritualidade, demonstraram ter um comportamento de menor risco sexual.²⁹

O sentido interior da conexão com aspectos relacionados à “divindade” ou “algo superior” pode aumentar a autoestima e a eficácia entre os adolescentes, de forma a motivá-los a melhorar a saúde. Atuam como fator protetor contra o uso de substâncias ilícitas, demonstrando que podem atrasar ou reduzir o uso ou consumo de substâncias nocivas.³⁰

Desta forma, pode-se afirmar que os adolescentes com fissura labiopalatina, participantes desse estudo, são espiritualizados e apresentam religiosidade. Portanto, estão

expostos aos seus benefícios, considerando que a religiosidade e a espiritualidade apresentam-se como um recurso terapêutico para o indivíduo, repercutindo positivamente na percepção da qualidade de vida.²⁵

Estudo com pacientes filipinos que realizavam hemodiálise, confirmou que a espiritualidade tem correlação positiva com a qualidade de vida, sugerindo que apresentar maior grau de comprometimento ou motivação religiosa pessoal, correlaciona-se com maiores escores referentes à percepção da qualidade de vida.²⁴ Em outra investigação, os adolescentes identificaram a qualidade de vida fortemente associada com maior espiritualidade, demonstrando os benefícios do bem-estar espiritual e religioso.²⁷

Ao se comparar a qualidade de vida dos adolescentes com e sem fissura labiopalatina, observou-se que a global foi significativamente maior nos adolescentes com fissura. Evidencia-se que com o passar do tempo, com a realização das cirurgias, os pacientes tendem a aceitar melhor sua condição, e por vezes, sentem-se resignados. O enfrentamento religioso e a espiritualidade podem melhorar a percepção do indivíduo quanto à sua qualidade de vida, influenciando positivamente a sua vitalidade e interação social.²⁸

A melhora da Qualidade de vida está associada à percepção do significado da vida, à reavaliação de opiniões sobre doença e morte, descoberta de novas relações com Deus e o apoio das relações sociais. A espiritualidade e as relações sociais podem auxiliar no enfrentamento da patologia.²⁷

Um dos pilares do processo reabilitador dos pacientes com fissura labiopalatina visa melhorar a qualidade de vida. Nesse sentido, a correção cirúrgica e a melhoria do padrão são apontados como eficazes.¹¹

Ao se correlacionar os domínios referentes à qualidade de vida com a religiosidade e a espiritualidade nos adolescentes com fissura labiopalatina, identificou-se correlação entre a espiritualidade e a qualidade de vida global, corroborando a literatura e reforçando a necessidade de apoio psicossocial e espiritual no cuidado e assistência.²⁰⁻²⁶

Possuir maior religiosidade e espiritualidade faz com que o indivíduo controle o estresse, utilize estratégias de resolução de problemas, gerencie melhor os eventos da vida minimizando efeitos adversos da doença, tais como: ansiedade, depressão, falta de comunicação com familiares e amigos e a baixa qualidade de vida. A tranquilidade, o aumento da tolerância, paciência e a esperança são benefícios advindos da espiritualidade e da religiosidade, e desempenham papel fundamental para a melhoria da qualidade de vida.^{25,28-29}

Ainda, observou-se que o Domínio Meio Ambiente apresentou uma diferença significativa no grupo caso, inferindo que os adolescentes com fissura labiopalatina apresentaram melhor percepção quanto o meio ambiente em que vivem e seus aspectos estruturais da vida.

A literatura afirma que pessoas com elevada espiritualidade e religiosidade apresentam correlação positiva com os domínios: meio ambiente, psicológico, relacionamentos sociais e de qualidade de vida global.²⁰⁻²⁶

Pesquisas realizadas com pacientes oncológicos apontaram a correlação positiva entre possuir maior espiritualidade e religiosidade com o Domínio Meio Ambiente. Os pacientes relataram melhora na percepção ambiental. Acredita-se que após o diagnóstico de uma doença e a vivência do problema de saúde, as pessoas buscam um novo significado à vida, tornando-se menos propensas a incomodar-se com situações ínfimas do cotidiano que consideravam afetar sua qualidade de vida.^{20,26}

Por fim, em se tratar de uma pesquisa de centro único, pode ser referida como uma limitação. Ainda, a escassez de estudos com essa abordagem em adolescentes com fissura labiopalatina limitou as comparações. Assim, a realização de estudos multicêntricos e com diferentes perfis de pacientes com fissura labiopalatina é estimulada, visando consolidar os resultados aqui apresentados.

A evidente influência da religiosidade e da espiritualidade sobre a qualidade de vida está cada vez mais consolidada na literatura, apontando uma área promissora de intervenção junto a diferentes perfis de pacientes. No entanto, a familiaridade e universalização desse conhecimento específico estão aquém do desejado para profissionais de saúde, estabelecendo-se como um grande desafio e uma área para intervenções.

Contudo, esta investigação traz contribuições significativas ao universo dos pacientes com fissura labiopalatina, principalmente por abordar uma temática relevante, considerando que a espiritualidade e a religiosidade são necessidades humanas básicas e estão fortemente presentes em nossa cultura e sociedade.

Por fim, pode-se concluir que os adolescentes com fissura labiopalatina com escores mais elevados de espiritualidade apresentaram melhor percepção de sua qualidade de vida.

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AGRADECIMENTOS

A todos os participantes desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Freitas JAS, Garib DG, Oliveira TM, Lauris RCMC, Almeida ALPF, Neves LT, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies – USP(HRAC-USP) – Part 2: pediatric dentistry and orthodontics. *J Appl Oral Sci.* 2012;20(2):268-81.
2. Freitas JAS, Neves LT, Almeida ALPF, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RYF, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC-USP) – Part 1: overall aspects. *J Appl Oral Sci.* 2012;20(1):9-15.
3. Graciano MIG, Tavano LD, Bachega MI. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: Trindade IEK, Filho OGS. *Fissuras labiopalatina: uma abordagem interdisciplinar.* São Paulo: Santos; 2007. p.311-333.
4. Andrade D, Angerami ELS. A autoestima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2001;9(6):37-41.
5. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. La utilización del enfrentamento religioso/espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013;21(2):539-45.
6. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saúde Públ.* 2011;45(1):153-65.
7. Martinez EZ, Alves AC, Carneiro AFTM, Jorge TM, Carvalho ACD, Zucoloto ML. Investigação das propriedades psicométricas do Duke Religious Index no âmbito da pesquisa em Saúde Coletiva. *Cad Saude Colet.* 2014; 22(4):419-27.
8. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Neto FL, Koenig HG. Versão em português da escala de religiosidade da Duke – DUREL. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008;35(1):31-2.
9. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
10. Graciano MIG, Lehfeld NAS. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. *Serv Soc Soc.* 2010;9(1):157-86.

-
11. Beluci ML, Genaro KF. Quality of life of individuals with cleft lip and palate pre- and post-surgical correction of dentofacial deformity. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):216-21.
 12. Angelim RCM, Figueiredo TR, Correia PP, Bezerra SMMS, Baptista RS, Abrão FMS. Avaliação da qualidade de vida por meio do WHOQOL: análise bibliométrica da produção de enfermagem. *Rev baiana enferm*. 2015;29(4):400-10.
 13. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). *Rev Saúde Públ*. 1999;33(2):198-205.
 14. Taunay TCD'E, Gondim FAA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMS, et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiquiatr Clín*. 2012;39(4):130-5.
 15. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall; 1980.
 16. Dimberg L, Arnrup K, Bondemark L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: a systematic review of quantitative studies. *Eur J Orthod*. 2015;37(3):238-47.
 17. Saavedra L. Inteligência como dispositivo de poder. *Educ Soc*. 2015;36(131):535-52.
 18. Silva RCC, Carmo HA, Ximenes Neto FRG, Rodrigues TB, Vasconcelos MA, Grande AJ. Perfil dos casos de fissura labiopalatal atendidos em um hospital de ensino do Norte do Ceará, Brasil. *Cad ESP*. 2013;7(2):19-27.
 19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Religião [homepage na Internet]. IBGE; 2010 [acesso em 20 junho 2017]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ac&tema=censodemog2010_relig
 20. Rocha NS, Fleck MPA. Evaluation of quality of life and importance given to spirituality/religiousness/personal beliefs (SRPB) in adults with and without chronic health conditions. *Arch Clin Psychiatry*. 2011;38(1):19-23.
 21. Nolan JA, McEvoy JP, Koenig HG, Hooten EG, Whetten K, Pieper CF. Religious coping and quality of life among individuals living with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2012;63(10):1051-4.

-
22. Kharamé ZT, Zamanian H, Foroozanfar S, Afsahi S. Religious wellbeing as a predictor for quality of life in Iranian hemodialysis patients. *Glob J Health Sci.* 2014;6(4):261-9.
 23. Rohani C, Abedi HA, Omranipour R, Langius-Eklöf A. Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13:40. doi:10.1186/s12955-015-0229-1.
 24. Cruz JP, Colet PC, Qubeilat H, Al-Otaibi J, Coronel EI, Suminta RC. Religiosity and health-related quality of life: a cross-sectional study on Filipino christian hemodialysis patients. *J Relig Health.* 2016;55(3):895-908.
 25. Abdala GA, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos B. Religiousness and health-related quality of life of older adults. *Rev Saúde Públ.* 2015;49(55):1-9.
 26. Camargos MG, Paiva CE, Barroso EM, Carneseca EC, Paiva BSR. Understanding the differences between oncology patients and oncology health professionals concerning spirituality/religiosity: a cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(47):e2145. doi: 10.1097/MD.00000000000002145.
 27. Bernstein K, D'Angelo LJ, Lyon ME. An exploratory study of HIV+ adolescents' spirituality: Will you pray with me?. *J Relig Health.* 2013;52(1):1253-66.
 28. Santos PR, Capote Júnior JRFG, Cavalcante Filho JRM, Ferreira TP, Santos Filho JNG, Silva Oliveira S. Religious coping methods predict depression and quality of life among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *BMC Nephrol.* 2017;18(1):197. doi: 10.1186/s12882-017-0619-1.
 29. Dalmida SG, Aduloju-Ajijola N, Clayton-Jones D, Thomas TL, Toscano RJE, Lewis R, et al. Sexual risk behaviors of African American adolescent females: the role of cognitive and religious factors. *J Transcult Nurs.* 2016:1-10. doi: 10.1177/1043659616678660.
 30. Kulis S, Hodge DR, Ayers SL, Brown EF, Marsiglia FF. Spirituality and religion: intertwined protective factors for substance use among urban American Indian youth. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2012;38(5):444-9.

Tabela 1 – Análise da religiosidade e espiritualidade no grupo caso e grupo comparativo. Bauru, São Paulo, Brasil. 2016.

Variáveis		n	Median a	25%	75%	Médi a	Desvio padrã o	Valor de p
RNO	Caso	40	2,0	1,0	3,8	2,5	1,5	0,483
	Comparativ o	40	2,0	1,3	4,0	2,8	1,7	
RO	Caso	40	3,0	2,0	5,0	3,5	1,7	0,031*
	Comparativ o	40	4,5	3,0	6,0	4,3	1,6	
Espiritualidad e	Caso	40	5,0	4,0	6,0	5,7	2,4	0,171
	Comparativ o	40	6,0	4,0	8,8	6,7	3,2	

RNO= Religiosidade não organizacional; RO= Religiosidade organizacional.
 Utilizou-se o Teste de Mann-Whitney. *Nível de significância adotado de 5% ($p \leq 0,05$).

Tabela 2 – Análise da Qualidade de Vida no Grupo Caso e Grupo Comparativo. Bauru, São Paulo, Brasil. 2016.

Domínios		n	Mediana	25%	75%	Média	Desvio padrão	Valor de p
Físico	Caso	40	81,0	69,0	88,0	80,6	9,6	0,141
	Comparativo	40	81,0	63,0	86,3	75,6	14,0	
Psicológico	Caso	40	75,0	69,0	81,0	74,2	13,3	0,657
	Comparativo	40	75,0	69,0	81,0	72,6	13,6	
Relações Sociais	Caso	40	75,0	69,0	81,0	77,7	13,8	0,056
	Comparativo	40	69,0	51,5	81,0	68,0	20,8	
Meio Ambiente	Caso	40	81,0	69,0	86,3	75,5	12,2	<0,001*
	Comparativo	40	63,0	50,0	73,5	61,7	14,3	
Qualidade de vida global	Caso	40	4,0	4,0	5,0	4,4	0,7	0,012*
	Comparativo	40	4,0	4,0	4,0	4,0	0,7	
Percepção geral da saúde	Caso	40	4,0	4,0	5,0	4,0	1,1	0,818
	Comparativo	40	4,0	3,3	5,0	4,0	1,1	

Teste de Mann-Whitney. *Nível de significância adotado de 5% ($p \leq 0,05$).

Tabela 3 – Distribuição da correlação da religiosidade e espiritualidade aplicadas no Grupo Caso. Bauru, São Paulo, Brasil. 2016.

Variáveis de correlação	r	Correlação	p
RNO/RO	0,62	Forte	<0,001*
RNO/Espiritualidade	0,44	Moderada	0,005*
RO/Espiritualidade	0,43	Moderada	0,006*

RNO= Religiosidade não organizacional; RO= Religiosidade organizacional.

Correlação de Pearson. Análise das forças de correlação linear.

*Nível de significância adotado de 5% ($p \leq 0,05$).

Tabela 4 – Correlação entre qualidade de vida, religiosidade e espiritualidade no Grupo Caso. Bauru, São Paulo, Brasil. 2016.

Variáveis de correlação	r	Correlação	P
Domínios/RNO			
Físico	0,21	Fraca	0,193
Psicológico	-0,01	Fraca	0,942
Relações Sociais	-0,08	Fraca	0,626
Meio Ambiente	0,19	Fraca	0,234
Qualidade de vida global	0,04	Fraca	0,806
Percepção geral da saúde	0,07	Fraca	0,649
Domínios/RO			
Físico	0,03	Fraca	0,848
Psicológico	-0,14	Fraca	0,404
Relações Sociais	-0,16	Fraca	0,336
Meio Ambiente	-0,14	Fraca	0,390
Qualidade de vida global	0,07	Fraca	0,670
Percepção geral da saúde	0,25	Fraca	0,117
Domínios/Espiritualidade			
Físico	-0,07	Fraca	0,663
Psicológico	-0,23	Fraca	0,162
Relações Sociais	-0,26	Fraca	0,101
Meio Ambiente	0,08	Fraca	0,619
Qualidade de vida global	-0,35	Moderada	0,026*
Percepção geral da saúde	-0,17	Fraca	0,286

RNO= Religiosidade não organizacional; RO= Religiosidade organizacional.

Correlação de Pearson. Análise das forças de correlação linear.

*Nível de significância adotado de 5% ($p \leq 0,05$).

5 Conclusões Gerais

5 CONCLUSÕES GERAIS

Os adolescentes com fissura labiopalatina apresentaram escore elevado de religiosidade organizacional e melhor qualidade de vida vinculada ao domínio meio ambiente.

Evidenciou-se correlação positiva entre a espiritualidade e a religiosidade. A espiritualidade correlacionou-se de forma moderada com a qualidade de vida nos adolescentes com fissura labiopalatina.

A partir dos achados, pode-se afirmar que os adolescentes com fissura labiopalatina mais espiritualizados possuíam melhor percepção de sua qualidade de vida, reforçando a correlação entre essas variáveis.

Referências

REFERÊNCIAS

- Abdala GA, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos B. Religiousness and health-related quality of life of older adults. *Rev Saúde Públ.* 2015;49(55):1-9.
- Abdala GA, Rodrigues WG, Torres A, Rios MC, Brasil MS. A religiosidade/espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. *Rev Est Relig.* 2010;10:77-98.
- Andrade D, Angerami ELS. A autoestima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2001;9(6):37-41.
- Anye ET, Gallien TL, Bian H, Moulton M. The relationship between spiritual well-being and health-related quality of life in college students. *J Am Coll Health.* 2013;61(7):414-21.
- Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Palma JS. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. *Ciênc cuid saúde.* 2012;10(2):314-21.
- Bachega MI. Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatina [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2002.
- Beluci ML, Genaro KF. Quality of life of individuals with cleft lip and palate pre- and post-surgical correction of dentofacial deformity. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(2):216-21.
- Bernstein K, D'Angelo LJ, Lyon ME. An exploratory study of HIV+ adolescents' spirituality: will you pray with me?. *J Relig Health.* 2013;52(1):1253-66.
- Bolghan-Abadi M, Ghofrani F, Abde-Khodaei MS. Study of the spiritual intelligence role in predicting university students' quality of life. *J Relig Health.* 2014;53(1):79-85.
- Brasil. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Broder HL, Genderson MW, Sischo L, Norman RG. Examining factors associated with oral health-related quality of life for youth with cleft. *Plast Reconstr Surg.* 2014;133(6):828-34.
- Caldeira S, Branco ZC, Vieira M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Rev Enf Ref.* 2011;3(5):145-52.
- Caldeira S, Carvalho EC, Vieira M. Entre o bem – estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014;22(1):1-7.
- Caldeira S, Timmins F, Carvalho EC, Vieira M. Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *Int J Nurs Knowl.* 2017;28(1):44-52.

- Caldeira SMA. Cuidado espiritual rezar como intervenção de enfermagem. *Rev Cuid.* 2009;3(2):157-64.
- Caldeira SMA. Cuidar do homem face à dimensão espiritual. *Nursing.* 2002;14(163):17-22.
- Calvetti PU, Muller MC, Nunes MLT. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicol estud.* 2008;13(3):523-30.
- Camargos MG, Paiva CE, Barroso EM, Carneseca EC, Paiva BSR. Understanding the differences between oncology patients and oncology health professionals concerning spirituality/religiosity: a cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(47):e2145. doi:10.1097/MD.0000000000002145.
- Cavendish R, Konecny L, Mitziotis C, Russo D, Luise B, Lanza M, et al. Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2003;14(4):113-24.
- Cruz JP, Colet PC, Qubeilat H, Al-Otaibi J, Coronel EI, Suminta RC. Religiosity and health-related quality of life: a cross-sectional study on filipino christian hemodialysis patients. *J Relig Health.* 2016;55(3):895-908.
- Ehman JW, Ott BB, Short TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?. *Arch Intern Med.* 1999;159(15):1803-6.
- Faria J, Seidl E. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol Reflex Crit.* 2005;18(3):381-9.
- Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). *Rev Saúde Públ.* 1999;33(2):198-205.
- François-Fiquet C, Poli-Merol ML, Nguyen P, Landais E, Gaillard D, Doco-Fenzy M. Role of angiogenesis-related genes in cleft lip/palate: review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2014;78(10):1579-85.
- Freitas JAS, Neves LT, Almeida ALPF, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RYF, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC-USP) – Part 1: overall aspects. *J Appl Oral Sci.* 2012a;20(1):9-15.
- Freitas JAS, Garib DG, Oliveira TM, Lauris RCMC, Almeida ALPF, Neves LT, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies – USP(HRAC-USP) – Part 2: pediatric dentistry and orthodontics. *J Appl Oral Sci.* 2012b;20(2):268-81.
- Graciano MIG, Galvão KA. Modelos e arranjos familiares: um estudo na área da fissura labiopalatina na realidade brasileira. *Arq Ciênc Saúde.* 2014;21(2):56-63.

- Graciano MIG, Tavano LD, Bachega MI. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: Trindade IEK, Filho OGS. Fissuras labiopalatina: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos; 2007. p.311-333.
- Khrame ZT, Zamanian H, Foroozanfar S, Afsahi S. Religious wellbeing as a predictor for quality of life in Iranian hemodialysis patients. *Glob J Health Sci*. 2014;6(4):261-9.
- Klassen AF, Stotland MA, Skarsgard ED, Pusic AL. Clinical research in pediatric plastic surgery and systematic review of quality-of-life questionnaires. *Clin Plast Surg*. 2008;35(2):251-67.
- Koenig HG, Büssing A. The duke university religion index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*. 2010;1(1):78-85.
- Leibovici L. Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomized controlled trial. *BMJ*. 2001;323(7327):1450-51.
- Lewinson LP, McSherry W, Kevern P. Spirituality in pre-registration nurse education and practice: a review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2015;35(6):806-14.
- Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leao FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). *J Relig Health*. 2012;51(2):579-86.
- Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Vallada H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the portuguese language. *Sao Paulo Med J*. 2013;131(2):112-22.
- Lucchetti G, Almeida LGC, Granero AL. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *J Bras Nefrol*. 2010;32(1):128-32.
- Lyon ME, Garvie P, He J, Malow R, McCarter R, D'Angelo LJ. Spiritual wellbeing among HIV-infected adolescents and their families. *J Relig Health*. 2014;53(3):637-53.
- Macilvaine WR, Nelson LA, Stewart JA, Stewart WC. Association of strength of religious adherence to quality of life measures. *Complement Ther Clin Pract*. 2013;19(4):251-5.
- Martins TU, Zerbetto SR, Dupas G. Empowerment mechanisms used by the family of a child with cleft lip and palate to a resilient path. *Ciênc cuid saúde*. 2013;12(3):492-9.
- McClintock CH, Lau E, Miller L. Phenotypic dimensions of spirituality: implications for mental health in China, India, and the United States. *Front Psychol*. 2016;7:1600. doi:10.3389/fpsyg.2016.01600.
- Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. La utilización del enfrentamiento religioso/espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(2):539-45.
- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Colet*. 2000;5(1):7-18.

- Mirghafourvand M, Charandabi SMA, Sharajabad FA, Sanaati F. Spiritual well-being and health-related quality of life in iranian adolescent girls. *Community Ment Health J*. 2016;52:484-92.
- Monod S, Lécureux E, Rochat E, Spencer B, Seematter-Bagnoud L, Martin-Durussel AS, et al. Validity of the FACIT-Sp to assess spiritual well-being in elderly patients. *Psychology*. 2015;6:1311-22.
- Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Neto FL, Koenig HG. Versão em português da escala de religiosidade da Duke – DUREL. *Rev Psiquiatr Clín*. 2008;35(1):31-2.
- Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors: a brazilian national survey. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010;37(1):12-5.
- Mosqueiro BP, Rocha NS, Fleck MP. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. *J Affect Disord*. 2015;179:128-33.
- Nolan JA, McEvoy JP, Koenig HG, Hooten EG, Whetten K, Pieper CF. Religious coping and quality of life among individuals living with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2012;63(10):1051-4.
- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre : Artmed; 2015.
- Paiva CE, Paiva BSR, Yennurajalingam S, Hui D. The impact of religiosity and individual prayer activities on advanced cancer patients' health: is there any difference in function of whether or not receiving palliative anti-neoplastic therapy?. *J Relig Health*. 2013;53(6):1717-27.
- Panzini RG, Bandeira DR. Escala de *coping* religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicol estud*. 2005;10(3):507-16.
- Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the quality of life instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saúde Públ*. 2011;45(1):153-65.
- Pazinato LV, Bonow MP, Moraes RFP, Liebl S, Suetugo R, Pereira PPA, et al. Quality of life among children and adolescents with cleft lip and palate: the caregiver's view. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*. 2011;14(4):194-97.
- Pedraão RB, Beresin R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1):86-91.
- Pinto S, Caldeira S, Martins JC. A espiritualidade nos pacientes com câncer em quimioterapia. *Rev Cuid*. 2012;6(1):8-14.
- Prince P, Michell AS, Wehrle L, Childs R, Savani B, Yang L, et al. Spiritual well-being in hispanic and non-hispanic survivors of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *J Psychosoc Oncol*. 2015;33(6):635-54.

- Rocha NS, Fleck MPA. Evaluation of quality of life and importance given to spirituality/religiousness/personal beliefs (SRPB) in adults with and without chronic health conditions. *Arch Clin Psychiatry*. 2011;38(1):19-23.
- Rohani C, Abedi HA, Omranipour R, Langius-Eklöf A. Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:40. doi:10.1186/s12955-015-0229-1.
- Roosenboom J, Hellings PW, Picavet VA, Prokopakis EP, Antonis Y, Schoenaers J, et al. Secondary cleft rhinoplasty: impact on self-esteem and quality of life. *Plast Reconstr Surg*. 2014;134(6):1285-92.
- Sá AC, Pereira LL. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. *Mundo saúde*. 2007;31(2):225-37.
- Sá AC. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. *Mundo saúde*. 2009;33(2):205-17.
- Santos NC, Abdala GA. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):795-805.
- Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):580-88.
- Silveira JLGC, Weise CM. Social. Representações sociais das mães de crianças portadoras de fissuras labiopalatina sobre aleitamento. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2008;8(2):215-21.
- Souza Júnior EA, Trombini DSV, Mendonça ARA, Atzingen ACV. Religion in the treatment of chronic kidney disease: a comparison between doctors and patients. *Rev bioet*. 2015;23(3):613-20.
- Souza VM, Frizzo HCF, Paiva MHP, Bousso RS, Santos AS. Spirituality, religion and personal beliefs of adolescents with cancer. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):509-14.
- Stroppa A; Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2013;15(4):385-93.
- Tartaro J, Luecken LJ, Gunn HE. Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. *Br J Health Psychol*. 2005;10(6):753-66.
- Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2013;33(6):574-9.
- WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403-9.

Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res.* 2010;23(1):242-4.

World Health Organization. Adolescent development [homepage na Internet]. WHO. [acesso em 31 maio 2016]. Disponível em:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/#.

Zhang KC, Hui CH, Lam J, Lau EYY, Cheung S, Mok DSY. Personal Spiritual Values and Quality of Life: Evidence from Chinese College Students. *J Relig Health.* 2014;53(3):986-1002.

Apêndices

APÊNDICE 1**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO****Nome:****Data:****1. Sexo**☐ Masculino ☐ Feminino**2. Idade**☐ 15 anos ☐ 16 anos ☐ 17 anos ☐ 18 anos**3. Escolaridade**☐ Ensino Fundamental☐ Ensino Médio**4. Religião**☐ Católica ☐ Espírita☐ Evangélico ☐ Protestante☐ Budista ☐ Ateu☐ Outras. Qual? _____**5. Classificação socioeconômica**☐ Baixa ☐ Média Baixa☐ Média ☐ Média Alta☐ Alta**6. Número de filhos**☐ Não tem. ☐ Sim. Quantos? _____**7. Estado civil ou afetivo**☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a)☐ Companheiro(a) ☐ Namorado(a)

APÊNDICE 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a)

portador da cédula de identidade _____, está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Religiosidade e espiritualidade: impacto sobre a qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatina, realizada por Francely Tineli Farinha, COREN-SP: 345950, sob orientação do Dr. Armando dos Santos Trettene, COREN-SP: 129174.

O motivo que nos leva a estudar este assunto é avaliar a associação da espiritualidade e da religiosidade na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatina. Para participar você terá que responder a três questionários. No primeiro você dará informações sobre você, como, por exemplo, sua idade, gênero, etc. No segundo você responderá um questionário com cinco questões, onde deverá assinalar a sua resposta entre as opções dadas, por exemplo, com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? Esse questionário serve para avaliar sua religiosidade e espiritualidade. O terceiro questionário terá 26 questões e você deverá assinalar a sua resposta entre as opções dadas. Esse questionário serve para avaliar o que você acha de sua vida. O tempo que você gastará para responder os três questionários é de aproximadamente 30 minutos. Você responderá ao questionário individualmente em uma sala em horário pré-definido entre você e a pesquisadora. Esperamos, com a realização desse estudo, entender como a religiosidade e a espiritualidade ajudam os adolescentes com fissura a enfrentar suas dificuldades relacionadas ao tratamento.

Os benefícios esperados com o desenvolvimento do presente estudo constituem uma importante contribuição referente ao conhecimento da influência da religiosidade e espiritualidade na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatina. Os riscos contidos no presente estudo são inerentes a pesquisas desse tipo, e podem incluir constrangimento, lembranças negativas e exacerbação de alguns sentimentos. Para minimizar tais riscos, a coleta de dados será realizada em ambiente privativo e individualizada.

O participante tem garantida a plena liberdade para recusar-se e/ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Ressalta-se que todas

as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 82 do Código de Ética de Enfermagem) durante todas as fases da pesquisa.

O participante não terá qualquer tipo de despesa para participação da pesquisa, considerando que a mesma será realizada durante a internação dos adolescentes com fissura, ou no período de aula nos adolescentes sem fissura. Sendo assim, não haverá qualquer despesa específica decorrente da participação na pesquisa. Entretanto, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo, o participante será devidamente indenizado.

Para qualquer tipo de esclarecimentos e dúvidas sobre sua participação na pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador por meio do Endereço Institucional: Rua Silvio Marchione, 3-20 - Vila Universitária - CEP 17012-900 - Bauru/SP, ou pelo telefone (14) 3237-5219 e e-mail: francelyfarinha@usp.br. Para denúncias e/ou reclamações, entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC-USP, situado à Rua Silvio Marchione, 3-20 - Vila Universitária - CEP 17012-900 - Bauru/SP, de segunda à sexta, das 8 às 18 horas, ou pelo telefone (14) 3235-8421, e-mail: cep@centrinho.usp.br.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 82 do Código de Ética de Enfermagem). Por fim, como pesquisador responsável, comprometo-me a cumprir todas as exigências contidas na resolução do CNS/MS n. 466 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013.

Por estarmos de acordo com o presente termo elaborado em duas vias, que deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, assinamos o presente Termo.

Bauru, SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Responsável pelo menor

APÊNDICE 3**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é FRANCELLY TINELI FARINHA, sou enfermeira e aluna do mestrado aqui do Hospital. Estou pesquisando sobre a religiosidade e espiritualidade em adolescentes com fissura labiopalatina e sua influência na qualidade de vida (o que você acha de sua vida), ou seja, saber se adolescentes religiosos ou com espiritualidade enfrentam com maior facilidade os problemas relacionados ao seu tratamento. Nós achamos que esta pesquisa vai nos ajudar a confirmar isso. Para participar você terá que responder a três questionários. No primeiro você dará informações sobre você, como, por exemplo, sua idade, gênero, etc. No segundo você responderá um questionário com cinco questões, onde deverá assinalar a sua resposta entre as opções dadas, por exemplo, com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? Esse questionário serve para avaliar sua religiosidade e espiritualidade. O terceiro questionário terá 26 questões e você deverá assinalar a sua resposta entre as opções dadas. Esse questionário serve para avaliar o que você acha de sua vida. O tempo que você gastará para responder os três questionários é de aproximadamente 30 minutos.

Sendo assim, estou convidando-o a participar desta pesquisa. Você pode escolher se quer participar ou não. Discutimos esta pesquisa com seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo seu acordo. Se você vai participar na pesquisa, seus pais ou responsáveis também terão que concordar. Mas se você não desejar fazer parte na pesquisa, não é obrigado, até mesmo se seus pais concordarem.

Você pode discutir qualquer coisa deste formulário com seus pais, amigos ou qualquer um com quem você se sentir a vontade de conversar. Você pode decidir se quer participar ou não depois de ter conversado sobre a pesquisa e não é preciso decidir imediatamente.

As informações sobre você serão coletadas na pesquisa e ninguém, exceto os investigadores poderão ter acesso a elas. Não falaremos que você está na pesquisa com mais ninguém e seu nome não irá aparecer em nenhum lugar. Depois que a pesquisa acabar, os resultados serão informados para você e seus pais, também será possível a publicação em alguma revista sobre os resultados e benefícios obtidos.

Certifico que acompanhei a explicação que foi feita à criança/adolescente sobre a pesquisa e o(a) mesmo(a) concordou em participar.

Assinatura do Adolescente:

Assinatura dos pais/responsáveis:

Assinatura da pesquisadora:

Data:/...../.....

Anexos

ANEXO 1

Índice de Religiosidade da Universidade Duke – Escala de DUREL

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____
 ____/____/____

1	Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? 1. Mais do que uma vez por semana 2. Uma vez por semana 3. Duas a três vezes por mês 4. Algumas vezes por ano 5. Uma vez por ano ou menos 6. Nunca	A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você:	
2	Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos? 1. Mais do que uma vez ao dia 2. Diariamente 3. Duas ou mais vezes por semana 4. Uma vez por semana 5. Poucas vezes por mês 6. Raramente ou nunca	3	Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo). 1. Totalmente verdade para mim 2. Em geral é verdade 3. Não estou certo 4. Em geral não é verdade 5. Não é verdade
		4	As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver. 1. Totalmente verdade para mim 2. Em geral é verdade 3. Não estou certo 4. Em geral não é verdade 5. Não é verdade
		5	Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida. 1. Totalmente verdade para mim 2. Em geral é verdade 3. Não estou certo 4. Em geral não é verdade 5. Não é verdade

Escore Religiosidade Não-Organizacional (Q1): _____

Escore Religiosidade Organizacional (Q2): _____

Escore Espiritualidade (Q3 + Q4 + Q5): _____

ANEXO 2

Avaliação Qualidade de Vida (WHOQOL) –BREF
WHOQOL – ABREVIADO (FLECK et al, 2000) - Versão em Português

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre qual resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim nem boa	Boa	Muito Boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito Satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito Satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5

24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

		Equações para os domínios	Escore	Escore Transformados	
				4-20	0-100
27	Domínio 01 (Físico)	(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18 $\dagger \square + \square \dagger + \square + \square \dagger + \square \dagger + \square \dagger + \square \dagger$	a.=Total/7	b:a*4	c:(b-4)*6,25
28	Domínio 02 (Psicológico)	Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26) $\dagger \square + \square + \square + \square + \square \dagger + \square \dagger$	a.= Total/6	b: a*4	c: (b-4)*6,25
29	Domínio 03 (Relações Sociais)	Q20 + Q21 + Q22 $\dagger \square + \square + \square$	a.= Total/3	b: a*4	c: (b-4)*6,25
30	Domínio 04 (Meio Ambiente)	Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25 $\square + \square + \square + \square \dagger + \square \dagger + \square \dagger + \square \dagger + \square \dagger$	a.= Total/8	b: a*4	c: (b-4)*6,25