

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

Manuela da Silva Couto

**RELIGIOSIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA
LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA DE COVID-19**

Santa Maria, RS
2022

Manuela da Silva Couto

**RELIGIOSIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA LINHA DE
FRENTE DA PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Chagas
Coorientador: Prof. Dr. Diego Chemello

Santa Maria, RS
2022

Couto, Manuela
Religiosidade dos profissionais de saúde que atuam na
linha de frente da pandemia de Covid-19 / Manuela
Couto.- 2022.
54 p.; 30 cm

Orientadora: Patrícia Chagas
Coorientador: Diego Chemello
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de
Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2022

1. Religiosidade 2. Profissionais 3. Coronavírus I.
Chagas, Patrícia II. Chemello, Diego III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

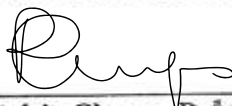
Declaro, MANUELA COUTO, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Manuela da Silva Couto

**RELIGIOSIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA LINHA
DE FRENTE DA PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

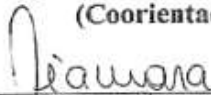
Aprovado em 4 de abril de 2022.



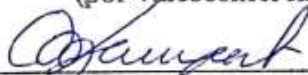
Patrícia Chagas, Dr.^a (UFSM)
(Presidente /Orientadora)



Diego Chemello, Dr (UFSM)
(Coorientador)



Lia Mara Wibeinger, Dr.^a (UPF)
(por videoconferência)



Melissa Agostini Lampert, Dr.^a (UFSM)
(por videoconferência)

Santa Maria, RS
2022

Dedico essa dissertação a minha amada filha Livia.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por me iluminar e guiar meus passos em busca dessa conquista.

À minha mãe, Sara, pelo amor, cuidado e doação incondicional em minha vida e por ter me ensinado o que há de mais valioso na vida, o estudo, caráter e empatia, jamais conseguirei expressar em palavras tudo o que eu sinto.

À minha vó, Atenízia, por todo amor, carinho e zelo por mim. Você é a luz que guia e se fez presente espiritualmente em toda minha trajetória de vida.

Ao meu marido Tiago, pelo amor, companheirismo e incentivo em todos os momentos, foi Deus que me apresentou você.

À minha filha Lívia, uma benção de Deus, o amor que sinto por você transcende todas as coisas tangíveis da vida.

À professora Patrícia Chagas, minha orientadora, por todos os ensinamentos, dedicação e carinho por mim. Obrigada por me permitir a honra de aprender com você. És um exemplo de mestre. E obrigado pelas palavras de apoio em alguns momentos em que precisei durante essa trajetória.

Ao meu coorientador Diego Chemello, pelos conhecimentos, contribuições e reflexões para a elaboração deste trabalho. Muito obrigada.

Aos profissionais de saúde, que contribuíram para a realização deste estudo, o meu agradecimento especial.

“Pai Nosso que estais nos Céus,
santificado seja o vosso Nome,
venha a nós o vosso Reino,
seja feita a vossa vontade
assim na terra como no Céu.
O pão nosso de cada dia nos dai hoje,
perdoai-nos as nossas ofensas
assim como nós perdoamos
a quem nos tem ofendido,
e não nos deixeis cair em tentação,
mas livrai-nos do Mal.
Amém. ”

(Matheus 6 : 9-13)

RESUMO

RELIGIOSIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA DE COVID-19

AUTORA: Manuela da Silva Couto
ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Chagas
COORIENTADOR: Prof. Dr. Diego Chemello

O presente estudo teve como objetivo avaliar a religiosidade dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente da pandemia da Covid-19. A pesquisa teve uma abordagem quantitativa, de caráter descritivo, analítico e transversal. A população do estudo foi constituída por profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos) que atuavam diretamente na linha de frente dos pacientes com Covid-19. A coleta de dados foi realizada *on-line* e através da ferramenta *Google Forms* utilizando-se um questionário estruturado contendo dados sociodemográficos, doenças crônicas, medicamentos e informações sobre o trabalho frente à Covid-19. Para avaliar a religiosidade foi utilizada a Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. A amostra foi composta por 100 profissionais da saúde, com média de idade de $33,3 \pm 8,3$ anos, a maioria do gênero feminino (81,0%), sendo constituída em maior percentual de técnicos de enfermagem (41,0%) e enfermeiros (39,0%). Em relação à escala de Religiosidade da Duke – DUREL, a subescala correspondente à religiosidade organizacional computou a mediana de 4 pontos, considerada baixa religiosidade; a subescala de religiosidade não organizacional, computou 3,5 pontos, definida como alta; e a religiosidade intrínseca, 6 pontos, considerada alta. Os resultados do estudo mostraram que os profissionais de saúde que atuavam na linha de frente da Covid-19 possuíam a religiosidade organizacional (práticas religiosas públicas) baixa, religiosidade não organizacional (atividades religiosas privadas como, por exemplo, a oração) alta e religiosidade intrínseca (compromisso religioso ou motivação religiosa) alta.

Palavras-chave: Religiosidade. Profissionais. Coronavírus.

ABSTRACT

RELIGIOSITY OF HEALTH PROFESSIONALS ACTING ON THE FRONT LINE OF THE COVID-19 PANDEMIC

AUTHOR: Manuela da Silva Couto
ADVISOR: Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Chagas
COADVISOR: Prof. Dr. Diego Chemello

The present study aimed to evaluate the religiosity of health professionals who work on the front lines of the Covid-19 pandemic. The search had a quantitative, descriptive, analytical and transversal approach. The study population consisted of health professionals (nurses, technicians, physiotherapists and doctors) who worked directly on the front line of nursing patients with Covid-19. Data collection was carried out online and through the Google Forms tool using a structured questionnaire containing sociodemographic data, chronic diseases, medications and information about work in the face of Covid-19. To assess religiosity, the Duke Religiosity Scale - DUREL was used. The sample consists of 100 health professionals, with a mean age of 33.3 ± 8.3 years, most of them female (81.0%), with a higher percentage of nursing technicians (41.0%) and nurses (39.0%). Regarding the Duke Religiosity scale – DUREL, the subscale corresponding to organizational religiosity computed a median of 4 points, considered low religiosity; the non-organizational religiosity subscale computed 3.5 points, defined as high; and intrinsic religiosity, 6 points, considered high. The results of the study showed that health professionals working on the front lines of Covid-19 had low organizational religiosity (public religious practices), non-organizational religiosity (private religious activities such as prayer) and intrinsic religiosity (religious commitment or religious motivation) high.

Keywords: Religiosity. Professionals. Coronavirus.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características sociodemográficas de profissionais de saúde atuando diretamente na linha de frente da Covid-19.....	27
TABELA 2 – Variáveis relacionadas à pandemia observadas por profissionais de saúde atuando diretamente na linha de frente da Covid-19.....	29
TABELA 3 – Escores da escala DUREL (<i>Duke University Religious Index</i>) – Índice de Religiosidade de profissionais de saúde atuando diretamente na linha de frente da Covid-19.....	31
TABELA 4 – Comparação de medidas de escores de religiosidade de acordo com a formação de profissionais de saúde atuando diretamente na linha de frente da Covid-19.....	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	OBJETIVOS.....	11
1.1.1	Objetivo geral	11
1.1.2	Objetivos específicos	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1	CORONAVÍRUS.....	13
2.2	PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	14
2.3	IDOSOS E COVID-19.....	16
2.4	RELIGIOSIDADE.....	16
3	MÉTODOS	20
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	20
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	20
3.3	INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS.....	20
3.4	ANÁLISE DE DADOS.....	21
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	22
4	RESULTADOS	23
4.1	MANUSCRITO.....	23
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO	48
	ANEXO A- ESCALA DE RELIGIOSIDADE DA DUKE – DUREL	51
	ANEXO B - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM	52

1 INTRODUÇÃO

A *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19) é uma doença causada pelo coronavírus, chamado de SARS-CoV-2, o qual pode apresentar um quadro clínico no indivíduo variando de infecções assintomáticas a graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 80% dos pacientes com Covid-19 podem ser assintomáticos ou apresentar poucos sintomas, enquanto aproximadamente 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória. Destes, aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

No Brasil, o primeiro caso da doença foi registrado em São Paulo, em um homem de 61 anos de idade, que testou positivo para a SARS-CoV-2 no dia 25 de fevereiro de 2020 após retornar da Itália. A rápida escalada Covid-19, com disseminação em nível global, fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) a considerasse uma pandemia, tornando-se uma emergência de Saúde Pública (WANG et al., 2020).

Diante do surgimento repentino dessa pandemia, dentre as pessoas mais expostas aos riscos de infecção estão os profissionais de saúde que atuam na linha de frente atendendo pacientes com Covid-19. Possivelmente este momento de pandemia é um dos maiores desafios aos profissionais de saúde, pois, além do maior risco de exposição ao vírus, os mesmos possuem muitas vezes longas jornadas de trabalho, estresse emocional, fadiga, síndrome de Burnout, violência física e psicológica (OPAS, 2020).

Nesse contexto, o suporte físico, psíquico e religioso deve ser levado em consideração. Com relação ao suporte de religiosidade, percebe-se atualmente a grande ação da religiosidade sobre a vida dos indivíduos, exercendo influência na forma com que estes se relacionam com os outros, seu pensar e na maneira de lidar com questões do cotidiano, como por exemplo, a maneira de lidar com a pandemia da Covid-19. (CRISPIM et al., 2020).

Levando-se em conta as questões relacionadas à religiosidade, na perspectiva de explorar esse assunto diante da pandemia, este estudo tem como objetivo avaliar a religiosidade dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente da Covid-19.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar a religiosidade dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente da pandemia da Covid-19.

1. 1 .2 Objetivos específicos

No período de pandemia da Covid-19 avaliar nos profissionais da saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos) que atuam diretamente na linha de frente:

- a) as variáveis sociodemográficas e clínicas;
- b) a religiosidade;
- c) as estratégias de enfrentamento frente à pandemia;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CORONAVÍRUS

O Coronavírus foi descoberto inicialmente em aves domésticas, na década de 1930 (WANG et al., 2020). Em 1966 foi descoberto o primeiro coronavírus em humanos, por uma amostra coletada de um menino doente de um internato de Surrey, uma cidade perto de Londres, o qual apresentava sintomas semelhantes aos da gripe, mas foi pensado que poderia ser um tipo diferente de vírus. A pesquisa foi realizada por June Almeida, com sua técnica de microscopia, quando a virologista obteve imagens claras do vírus e lembrou-se de ter visto outras semelhantes em pesquisas anteriores com frangos e camundongos. E foi desta forma que ela descobriu o primeiro coronavírus em humanos cujas descobertas hoje são fundamentais na luta contra a Covid-19 (ALMEIDA; TYRRELL, 1966).

O termo “vírus” vem do latim vírus, significa “veneno” ou “toxina”. Possuem em sua maioria 20-300 nm de diâmetro, apresentam genoma constituído de uma ou várias moléculas de ácido nucleico (DNA ou RNA), revestidos por um envoltório proteico formado por uma ou várias proteínas, e por um complexo envelope em uma bicamada lipídica.

Os coronavírus são vírus de RNA com sentido positivo, envelopados, e constitui uma estratégia de replicação única que permite a variação de sua patogenicidade e facilidade de adaptação em diferentes ambientes (CHANG; YAN; WANG, 2020). Participam de uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus que infectam animais podem infectar pessoas, como exemplo do MERS-CoV e SARS-CoV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Em 2002 foi identificado o Sars-Cov na China, agente etiológico de uma epidemia de síndrome respiratória aguda Grave (SARS), o qual se disseminou por diversos países e a coordenação de práticas de controle de infecção imediatas e rígidas controlou o surto rapidamente (WANG et al., 2020). No ano de 2012, na Arábia Saudita foi relatada pela primeira vez a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-Cov), causada por coronavírus e que permanece até os dias atuais (FAROOQ et al., 2020).

Em dezembro de 2019 foi relatado o primeiro caso de transmissão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2), o qual foi identificado em Wuhan na China e causou a Covid-19, sendo em seguida disseminada em nível global e transmitida pessoa a pessoa, tornando-se uma epidemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A doença pelo novo coronavírus (Covid-19) é considerada a maior pandemia do século XXI. Até o dia 29 de janeiro de 2022, foram confirmados 372.553.400 casos da Covid-19, com 5.658.543 óbitos no mundo. No Brasil foram confirmados 25.214.622 casos da Covid-19 sendo que 626.524 mil foram a óbito. No Rio Grande do Sul foram confirmados 1.814.198 casos da Covid-19, com 36.853 óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A transmissão do Sars-CoV-2 é transmitida de pessoa para pessoa e superfícies contaminadas por meio da inoculação em membranas mucosas (nariz, olhos ou boca), o que necessita atenção para a necessidade de adoção urgente de medidas preventivas de proteção a fim de impedir a contaminação de pessoas (KAMPF et al., 2020). Por isso, uma das medidas mais importantes é uma higiene adequada das mãos, considerada uma medida de baixo custo e eficaz, por serem as mãos o principal veículo de contaminação cruzada, reconhecidamente, a prática da higienização das mãos reduz a morbimortalidade em serviços de saúde (AMORIM et al., 2018).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2020) traz, além da higienização das mãos, a importância do uso da máscara cirúrgica para a redução de transmissão por aerossóis ou gotículas, quando nos casos de contato com pessoas suspeitas ou confirmadas de Covid-19, bem como em contato com outras pessoas sem sintomas, devendo-se evitar ao máximo tocar a máscara, olhos, boca e face.

De acordo com Brooks et al. (2020), com a finalidade de minimizar os impactos da pandemia e diminuir a incidência e óbitos, países adotaram medidas de isolamento de casos suspeitos ou confirmados, fechamentos de escolas, universidades, distanciamento social, uso obrigatório de máscaras, e em alguns locais o chamado *Lock down*. Com estas medidas buscou-se diminuir o número de pessoas infectadas, evitando-se a lotação de leitos hospitalares, falta de respiradores e outros suprimentos, evitando maior mortalidade.

2.2 PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Diante da ausência de tratamento comprovadamente eficaz, as estratégias de prevenção como distanciamento social e isolamento foram consideradas como uma das mais importantes para o controle da pandemia. Mas para os profissionais de saúde, a recomendação de permanecer em casa não se aplicou. Assim, os profissionais de saúde por estarem expostos à pacientes infectados, estão dentro do contingente do grupo de risco para a Covid-19, ficando submetidos a enorme estresse ao atender esses pacientes, em condições de trabalho, algumas vezes, inadequadas (TEIXEIRA et al., 2020)

De acordo com o Ministério da Saúde (2021) até o dia 6 de novembro de 2021 foram notificados 650.456 casos de Síndrome Gripal suspeitos de Covid-19 em profissionais de saúde no e-SUS Notifica. Destes, 153.247 (23,6%) foram confirmados para Covid-19, as profissões de saúde com maiores registros dentre os casos confirmados de Síndrome Gripal por Covid-19 foram técnicos/auxiliares de enfermagem (45.631; 29,8%), seguidos de enfermeiros e afins (25.853; 16,9%) e médicos (16.574; 10,8%).

Dos profissionais hospitalizados foram notificados 2.477 casos no SIVEPGripe, destes 775 (31,3%) evoluíram para o óbito, a maioria (733; 94,6%) por Covid-19. Dos óbitos por SRAG confirmados por Covid-19, as categorias profissionais mais frequentes foram técnico/auxiliar de enfermagem (191; 26,1%), médico (111; 15,1%) e enfermeiro (73; 10,0%, respectivamente). O sexo feminino foi o mais frequente, com 439 (59,9%) óbitos registrados de SRAG em profissionais de saúde. As unidades federadas que apresentaram o maior número casos notificados de SRAG hospitalizados por Covid-19 em profissionais de saúde foram: São Paulo (491), Minas Gerais (249) e Rio de Janeiro (157) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A pandemia causou preocupação ao mundo todo pelo risco alto de transmissão, capacidade de sobrecarregar os serviços de saúde e a sua letalidade. Desta forma, a pandemia provocou uma situação estressante aos profissionais de saúde, transformando-o em segunda vítima deste fenômeno. A situação estressante não está relacionada apenas ao risco de contágio, mas também associada ao acompanhamento do sofrimento e óbitos de pacientes, que são gatilhos desencadeantes de sintomas emocionais prejudiciais ao profissional (BOHOMO et al.,2020).

Para entender as repercussões psicológicas de uma pandemia, as emoções envolvidas, como por exemplo, o medo, devem ser consideradas e observadas. O medo é um mecanismo de defesa animal adaptável que é fundamental para a sobrevivência e envolve vários processos biológicos de preparação para uma resposta a eventos ameaçadores. No entanto, quando é desproporcional, torna-se prejudicial. E em uma pandemia, o medo aumenta os níveis de ansiedade e estresse em indivíduos (ORNEL et al., 2020).

Sendo assim, torna-se inevitável que os profissionais atuantes na linha de frente, estejam mais vulneráveis a questões emocionais, pois lidam também com seus sentimentos de impotência, estresse pelas condições e sobrecarga de trabalho, incertezas sobre a doença e tratamento, medo de contrair e transmitir o vírus, dificuldade em lidar com perdas de seus pacientes e todo o contexto instável próprio de uma pandemia (XIANG et al., 2020)

A saúde física e o combate ao agente patogênico são os focos primários de prevenção nesta pandemia de coronavírus. Entretanto, um olhar especial aos efeitos sobre a saúde psicológica é necessário, pois sintomas de depressão, ansiedade e estresse diante da pandemia são identificados especialmente nos profissionais da saúde (ZHANG et al.,2020).

2.3 IDOSOS E COVID-19

Neste cenário de pandemia, os idosos tornaram-se o centro de associação da doença COVID-19 devido ao elevado risco de morte, em grande parte por apresentar alterações decorrentes da senescência ou senilidade. No entanto, o ser humano não é somente biofísico, mas também psicossociocultural e na medida em que o vírus se espalhou, a pandemia colocou pessoas idosas em maior risco de pobreza, perda de suporte social, trauma de estigma, discriminação e isolamento (RODELA et. al., 2020).

Entretanto, é importante que a vivência pandêmica da COVID-19, se fortaleça na integralidade, possibilitando tornar-se referência e auxílio para entrelaçar a sociedade com o ser humano idoso enriquecido nas suas contradições, com reconhecimento da condição humana, fortalecida pela dignidade e solidariedade, envolvimento de vínculo e interação de familiares e rede de apoio ao idoso, compreensões socioculturais sobre o ser humano idoso e importância da reforma do pensamento e transformação da sociedade em relação à conjuntura que envolve os idosos, principalmente com a ocorrência da pandemia da COVID-19 (HAMMERSCHMIDT et. al., 2020).

2.4 RELIGIOSIDADE

A religiosidade é vista como uma dimensão sociocultural que faz parte de uma rede de significados que o homem cria para dar sentido a vida e a morte, e desde a antiguidade todos os povos e culturas reverenciam as diferentes formas de contato com o Divino, vivenciando o significado do sagrado (REIS, 2017). Tem origem do latim *religare*, significando religar, caracteriza-se pela convicção na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que trouxe ao homem uma essência espiritual que continua mesmo após a morte do corpo físico, implicando diretamente na vivência desta religiosidade (OPPONG, 2013).

Segundo Koenig, King e Carson (2001) no livro “*Handbook of Religion and Health apud Lucchetti, et al (2010)*, a religião é o sistema organizado de crenças, práticas, rituais e

símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente. A religiosidade pode ser definida como o modo com que o indivíduo crê, segue a sua religião e pratica sua religião, podendo ser com participação organizacional em templo religioso ou não organizacional, ou seja, de forma mais pessoal, como orações, leituras e programas de televisão religiosos. A religiosidade pode ser vista também como o enaltecimento de alguma prática religiosa, no sentido de valorização da experiência, não estando ligada necessariamente a nenhuma religião específica.

As estratégias de enfrentamento religioso são classificadas em positivas e negativas. São consideradas positivas, as estratégias que proporcionem efeito benéfico ao praticante, como procurar amor e proteção de Deus, conexão com forças transcendentais, buscar ajuda na literatura religiosa, perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar de outros ou resolver problemas em colaboração com Deus. E são consideradas estratégias negativas, as estratégias que geram consequências prejudiciais ao indivíduo, como questionar a existência, o amor ou os atos de Deus, sentir insatisfação em relação à Deus ou frequentadores de instituição religiosa (REIS, 2017).

Segundo Fecury et al (2020) a tradição religiosa instituída, cultiva a necessidade da relação pessoal com Deus e essa relação pode influenciar em diversas áreas da vida humana, contribuindo para o bem-estar social, estando associada a maior aceitação e firmeza, gerando paz, fortalecendo comportamentos protetivos e que conduzem à saúde. Além disto, existe uma forte associação benéfica entre envolvimento religioso e saúde psíquica, como a diminuição do estresse.

Entende-se também que a religião permite uma releitura do sofrimento, atribuindo certa positividade e permitindo para o indivíduo a ressignificação da sua dor através de experiências religiosas. Assim, nos diversos momentos conflituosos, a religiosidade atua como âncora, trazendo o indivíduo de volta ao estado positivo, cultivado sempre, conforme suas experiências espirituais (STROPPA et al, 2008).

Conforme Amatuzzi (2001) busca-se através da religiosidade compreender as questões de sentido de tudo que existe e essas levam a encontros de sentido, criação de sentido e tomadas de posição pessoal. Portanto a religiosidade é individual e pode ou não aderir a uma religião sistematizada, descrito como uma vivencia de experiência no campo religioso em que cada um tem sua historia. O autor traz ainda que o desenvolvimento religioso é pessoal e está relacionado às indagações pelo sentido último, ou seja, no campo religioso, faz parte do desenvolvimento humano e sua presença pode promover ou bloquear esse processo.

Por muito tempo religião e ciência protagonizaram conflitos que culminaram na dissociação dessas duas práticas. Mas, em 1992, durante a Conferência das Nações Unidas Sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro, foi incluída no Plano das Nações Unidas, Agenda 21, o reconhecimento do direito do desenvolvimento físico, mental e espiritual das pessoas (BRASIL, 1995). Em 7 de abril de 1999, o diretor geral da Organização Mundial da Saúde submeteu a apreciação dos membros presentes na 52ª Assembleia Mundial de Saúde um texto com propostas de alterações na constituição da OMS, elaborado e aprovado na 101ª sessão do conselho executivo, realizada em Genebra no dia 22 de janeiro de 1998, o qual uma das propostas é que a definição de saúde fosse incluída como bem-estar espiritual e o conceito dinâmico de saúde (WHO, 1999).

De acordo com Koenig, King e Carson (2012), em sua segunda edição do livro “*Handbook of Religion and Health*”, está cientificamente comprovado que atividades e crenças religiosas estão relacionadas à melhor saúde física e mental, bem como melhor qualidade de vida.

A partir da revolução científica do século XVI, as doenças passaram a ser explicadas apenas com enfoque biológico. Entretanto, nos últimos tempos, é possível perceber uma crescente valorização das demandas psíquicas e espirituais dos indivíduos, evidenciado pela busca de sentidos para a vida em um mundo tão dinâmico e instável (GOMES, 2019). O bem-estar espiritual é considerado também uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais (WHOQOL, 1995).

Desse modo, a espiritualidade e a religiosidade, entendida na sua essência como uma dimensão fundamental do ser humano, encontra, nos cenários da saúde, cada vez mais um lugar inquestionável. Ao final da década de 90 e início do século 21, pesquisas científicas enfocando a relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde ganharam a atenção nos estudos, especialmente apontando o impacto positivo da espiritualidade/religiosidade no processo de saúde (KOENIG, 2012).

Atualmente, várias medidas de mensuração de religiosidade estão disponíveis em diversos países, principalmente em inglês, para investigar e aprofundar a extensão da influência da religiosidade na vida de indivíduos e grupos. Porém no Brasil, são poucos os instrumentos desenvolvidos e/ou validados que mensurem diferentes dimensões da religiosidade, bem como construtos correlatos (MARQUES; AGUIAR, 2014).

Dentre os instrumentos validados para uso em português e no Brasil, sobre o tema, encontra-se a Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE), adaptada e validada por Marques, Sarriera e Dell’Áglio (2009); a Escala de Coping Religioso Espiritual, validada por Panzini e

Bandeira (2005); o Inventário de Religiosidade Intrínseca, de Taunay (2012); a Escala de Atitude Religiosa/Espiritualidade, de Aquino (2005); Escala de Atitude Religiosa e Sentido da Vida, de Aquino (2009); a Escala de Atitudes Religiosas, Versão Expandida (EAR-20), de Aquino; Questionário sobre qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL); a escala de Índice de Compromisso Religioso, de Santos e colegas (2012) e por último o Índice de Religiosidade de Duke, de Koenig e colegas (1997) (MARQUES; AGUIAR, 2014).

A importância da religiosidade na dimensão humana para o tratamento integral na vida das pessoas mostra-se pela inclusão na Sociedade Brasileira de Cardiologia em 2019 a espiritualidade/religiosidade no conceito multidimensional de saúde e sua inclusão no atendimento de pacientes portadores de distúrbios cardiovasculares. De acordo com o documento de Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular, a espiritualidade e religiosidade são recursos valiosos utilizados pelos indivíduos no enfrentamento das doenças e de seu sofrimento. O processo de entender qual a relevância, identificar demandas e prover adequado suporte espiritual e religioso, beneficia tanto o indivíduo como a equipe multidisciplinar e o próprio sistema de saúde (SBC, 2019).

Uma subdivisão do estudo *The Third National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III) que avaliou 14.475 americanos e constatou como resultados que a frequência religiosa semanal foi associada a uma prevalência menor de hipertensão em comparação com os que não frequentavam serviços religiosos. Da mesma forma, pessoas que frequentavam a igreja uma vez ou mais por semana possuíam pressão arterial sistólica 3,03 mmHg menor do que aqueles que não a frequentavam (LUCCHETTI et al, 2011). Da mesma forma, Koenig et al. (1998) avaliaram 3.963 idosos, destes os participantes que frequentavam serviços religiosos, rezavam ou liam regularmente literatura religiosa apresentavam 40% menos chance de desenvolver hipertensão arterial diastólica.

Guimarães e Avezum (2007) referem que a prática da religiosidade pode ser fator protetor contra doenças cardiovasculares devido à promoção de melhor controle da ansiedade/estresse e hábitos de vida saudáveis.

Os profissionais de saúde atuando na linha de frente dessa pandemia de Covid-19, e diante do medo e a incerteza que gera essa doença, estão predispostos a desenvolver estresse emocional. Além disso, o medo gera obstáculos para o enfrentamento das situações que se apresentam novas no cotidiano, o que pode interferir no cuidado direto com o paciente. Nessa perspectiva, a religiosidade é uma estratégia de suporte para o enfrentamento, sobretudo em situações como o momento atual de pandemia em que é preciso equilíbrio emocional para realizar seu trabalho.

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo tem abordagem quantitativa, de caráter descritivo, analítico e transversal.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por 100 profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos) com idade superior a 18 anos, que atuavam diretamente na linha de frente da Covid-19. Para este estudo foram considerados “linha de frente da Covid-19” os profissionais citados que atenderam diretamente pacientes com Covid-19 nas unidades de tratamento intensivo, emergências e internações.

Foram excluídos do estudo os profissionais da saúde que estivessem afastados, aposentados ou que não estivessem atuando na linha de frente da Covid-19.

A amostra foi por conveniência e a coleta de dados ocorreu entre os meses de julho a novembro de 2021.

3.3 INSTRUMENTOS E COLETA DOS DADOS

Este estudo abordou os dados sociodemográficos, clínicos e de religiosidade. Os dados foram coletados pelo meio digital através de questionário disponibilizado por um link gerado através da ferramenta *Google Forms*. O link da pesquisa foi enviado por e-mail e mídias sociais para profissionais da saúde que atendiam na linha de frente da COVID-19.

Por se tratar de uma pesquisa *on-line*, o estudo não foi circunscrito geograficamente ou a um serviço de saúde específico. Definiu-se que o público alvo da pesquisa seriam enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas que atuassem na linha de frente da Covid-19 nas unidades tratamento intensivo, emergências e internações de diferentes regiões do Brasil. Os espaços virtuais e as estratégias de coleta de dados *on-line* serão descritos a seguir.

1) Envio do link do questionário por aplicativo de mensagem por e-mail e mídias sociais (WhatsApp e via messenger no Facebook):

Essa estratégia teve como objetivo localizar os enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas que atuavam na linha de frente da Covid-19 através de profissionais

conhecidos para que os mesmos respondessem ou repassassem o questionário para profissionais que atuavam na linha de frente da Covid-19.

Os dados sociodemográficos avaliados (idade, sexo, estado civil, formação acadêmica e religião), as doenças crônicas (hipertensão, diabetes, cardiopatia, bronquite/asma e transtorno depressivo), medicamentos (antitérmicos, analgésicos, tranquilizantes, sedativos e ansiolíticos) e informações sobre o trabalho frente à linha da Covid-19 foram avaliados por meio de questionário estruturado.

Para avaliar a religiosidade dos participantes foi utilizada a Escala de Religiosidade da Duke – DUREL (ANEXO A). Este instrumento já foi utilizado em várias pesquisas internacionais, sendo empregado em mais de 100 estudos, tendo seu instrumento já validado para o Brasil (LUCCHETTI et al., 2012). Esta escala possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde:

- organizacional (RO), que se refere ao item 1, e que envolve práticas religiosas públicas, tais como assistir a serviços religiosos ou participar de grupos relacionado a atividades religiosas;
- não-organizacional (RNO), constituída pelo item 2, que se refere às atividades religiosas privadas como oração e estudo íntimo das escrituras;
- e religiosidade intrínseca (RI), formada pelos itens 3 a 5, que avalia o grau pessoal de compromisso religioso ou motivação religiosa, uma forma de demonstrar a religiosidade como um meio para algum fim importante (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008).

As pontuações estão dispostas em uma escala Likert com 1 a 5 opções (RI), 1 a 6 opções (RO e RNO) e são analisadas separadamente (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008).

As dimensões RO e RNO foram dicotomizadas em “religiosidade alta” quando escores entre 1-3 e “religiosidade baixa” quando escores entre 4-6. A dimensão RI foi considerada como “religiosidade alta” quando a somatória dos escores das respostas obteve valores entre 3-6 e “religiosidade baixa” quando escores entre 7-16 (CALDAS Et al, 2019).

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram armazenados em planilha Excel 2010 e analisados com o software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 21.0. A normalidade da distribuição dos dados quantitativos foi verificada com o Teste de Kolmogorov-Smirnov e variáveis com distribuição normal foram descritas por média e desvio padrão e variáveis

assimétricas, por mediana e intervalo interquartil. Variáveis categóricas foram descritas na forma de valores absolutos e relativos. A comparação entre as medidas quantitativas foi realizada com os testes T de Student, ANOVA, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, com Post Hoc Diferença Mínima Significativa e Dunn, respectivamente. Foram consideradas significativas as análises com $P < 0,05$.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Durante a realização desta pesquisa, os cuidados éticos foram observados rigorosamente conforme os princípios estabelecidos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi submetida para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), e só foi iniciada após a aprovação pelo mesmo (Parecer 4.911.080, CAEE 48652621.0.0000.5346).

4 RESULTADOS

Os resultados estão descritos sob a forma de um manuscrito científico.

4.1 MANUSCRITO

Tipo de artigo: Artigo original

RELIGIOSIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA DE COVID-19

Manuela da Silva Couto¹, Diego Chemello², Patrícia Chagas³

¹ Programa De Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Brasil

² Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Brasil

³ Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Brasil

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a religiosidade dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente da pandemia da Covid-19. A pesquisa teve uma abordagem quantitativa, de caráter descritivo, analítico e transversal. A população do estudo foi constituída por profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos) que atuavam diretamente na linha de frente dos pacientes com Covid-19. A coleta de dados foi realizada *on-line* e através da ferramenta *Google Forms* utilizando-se um questionário estruturado contendo dados sociodemográficos, doenças crônicas, medicamentos e informações sobre o trabalho frente à Covid-19. Para avaliar a religiosidade foi utilizada a Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. A amostra foi composta por 100 profissionais da saúde, com média de idade de 33,3±8,3 anos, a maioria do gênero feminino (81,0%), sendo constituída em maior percentual de técnicos de enfermagem (41,0%) e enfermeiros (39,0%). Em relação à escala de Religiosidade da Duke – DUREL, a subescala correspondente à religiosidade organizacional computou a mediana de 4 pontos, considerada baixa religiosidade; a subescala de religiosidade não organizacional, computou 3,5 pontos, definida como alta; e a religiosidade intrínseca, 6 pontos, considerada alta. Os resultados do estudo mostraram que os profissionais de saúde que atuavam na linha de frente da Covid-19 possuíam a religiosidade organizacional (práticas religiosas públicas) baixa, religiosidade não

organizacional (atividades religiosas privadas como, por exemplo, a oração) alta e religiosidade intrínseca (compromisso religioso ou motivação religiosa) alta.

Palavras-chave: Religiosidade. Profissionais. Coronavírus.

RELIGIOSITY OF HEALTH PROFESSIONALS ACTING ON THE FRONT LINE OF THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the religiosity of health professionals who work on the front lines of the Covid-19 pandemic. The search had a quantitative, descriptive, analytical and transversal approach. The study population consisted of health professionals (nurses, technicians, physiotherapists and doctors) who worked directly on the front line of nursing patients with Covid-19. Data collection was carried out online and through the Google Forms tool using a structured questionnaire containing sociodemographic data, chronic diseases, medications and information about work in the face of Covid-19. To assess religiosity, the Duke Religiosity Scale - DUREL was used. The sample consists of 100 health professionals, with a mean age of 33.3 ± 8.3 years, most of them female (81.0%), with a higher percentage of nursing technicians (41.0%) and nurses (39.0%). Regarding the Duke Religiosity scale – DUREL, the subscale corresponding to organizational religiosity computed a median of 4 points, considered low religiosity; the non-organizational religiosity subscale computed 3.5 points, defined as high; and intrinsic religiosity, 6 points, considered high. The results of the study showed that health professionals working on the front lines of Covid-19 had low organizational religiosity (public religious practices), non-organizational religiosity (private religious activities such as prayer) and intrinsic religiosity (religious commitment or religious motivation) high.

Keywords: Religiosity. Professionals. Coronavirus.

INTRODUÇÃO

A *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19) é uma doença causada pelo coronavírus, chamado de SARS-CoV-2, o qual pode apresentar um quadro clínico no indivíduo variando de infecções assintomáticas a graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 80% dos pacientes com Covid-19 podem ser assintomáticos ou apresentar poucos sintomas, enquanto aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória. Destes aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório¹.

No Brasil, o primeiro caso da doença foi registrado em São Paulo, em um homem de 61 anos de idade, que testou positivo para a SARS-CoV-2 no dia 25 de fevereiro de 2020, após retornar da Itália. A rápida escalada Covid-19, com disseminação em nível global, fez com que a OMS a considerasse uma pandemia, tornando-se uma emergência de Saúde Pública ².

Diante do surgimento da pandemia de Covid-19, os profissionais de saúde que atuam na linha de frente da Covid-19 estão entre as pessoas mais expostas aos riscos de infecção por esta doença. Esta situação é um dos maiores desafios aos profissionais de saúde, pois além do maior risco de exposição ao vírus, eles possuem muitas vezes longas jornadas de trabalho, estresse emocional, fadiga, síndrome de Burnout, violência física e psicológica ³.

Nesse contexto, o suporte físico, psíquico e religioso deve ser levado em consideração. Percebe-se atualmente a grande influência da religiosidade sobre a vida dos indivíduos, exercendo influência na forma com que estes se relacionam com os outros, seu pensar e na maneira de lidar com questões do cotidiano, como por exemplo, a maneira de lidar com a pandemia da Covid-19 ⁴.

Levando-se em conta as questões relacionadas à religiosidade, na perspectiva de explorar esse assunto diante da pandemia da Covid-19, este estudo tem como objetivo avaliar a religiosidade como suporte para o profissional de saúde no momento da pandemia.

MÉTODOS

O estudo teve abordagem quantitativa, de caráter descritivo, analítico e transversal. A população do estudo foi composta por 100 profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos) com idade superior a 18 anos, que atuavam diretamente na linha de frente da Covid-19. Foi considerado “linha de frente da Covid-19” os profissionais citados que atendiam diretamente os pacientes com Covid-19 nas unidades de tratamento intensivo, emergências e internações.

Foram excluídos do estudo os profissionais da saúde que estivessem afastados, aposentados ou que não estivessem atuando na linha de frente da Covid-19. A amostra foi por conveniência.

Este estudo abordou os dados sociodemográficos, clínicos e de religiosidade. Os dados foram coletados pelo meio digital através de questionário disponibilizado por um link gerado através da ferramenta *Google Forms*, sendo o mesmo enviado por e-mail e mídias sociais

(WhatsApp e via Messenger no Facebook) para profissionais da saúde que atendiam na linha de frente da Covid-19.

Por se tratar de uma pesquisa online, o estudo não foi circunscrito geograficamente ou a um serviço de saúde específico.

Os dados sociodemográficos avaliados (idade, sexo, estado civil, formação acadêmica e religião), as doenças crônicas (hipertensão, diabetes, cardiopatia, bronquite/asma e transtorno depressivo), medicamentos (antitérmicos, analgésicos, tranquilizantes, sedativos e ansiolíticos) e informações sobre o trabalho frente à linha da Covid-19 foram avaliados por meio de questionário estruturado.

Para avaliar a religiosidade dos participantes foi utilizada a Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. Este instrumento já foi utilizado em várias pesquisas internacionais, sendo empregado em mais de 100 estudos, tendo seu instrumento já validado para o Brasil ⁵. Esta escala possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: Religiosidade Organizacional (RO), que se refere ao item número um e que envolve práticas religiosas públicas, tais como assistir a serviços religiosos ou participar de grupos relacionado a atividades religiosas; Religiosidade não-organizacional (RNO), constituída pelo item 2 e que se refere às atividades religiosas privadas como oração e estudo íntimo das escrituras; e Religiosidade Intrínseca (RI), formada pelos itens 3 a 5, que avalia o grau pessoal de compromisso religioso ou motivação religiosa, uma forma de demonstrar a religiosidade como um meio para algum fim importante ⁶.

As pontuações da Escala de DUREL estão dispostas em uma escala Likert que inclui de 1 a 5 opções para a RI, e de 1 a 6 opções para a RO e RNO. Todos os tipos de religiosidade são analisados separadamente ⁶. As dimensões RO e RNO foram dicotomizadas em “religiosidade alta” quando escores entre 1 e 3 e “religiosidade baixa” quando escores entre 4 e 6. A dimensão RI foi considerada como “religiosidade alta” quando a somatória dos escores das respostas obteve valores entre 3 e 6 e “religiosidade baixa” quando escores entre 7 e 16 ⁷.

Os dados foram armazenados em planilha Excel 2010 e analisados com o software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 21.0. A normalidade da distribuição dos dados quantitativos foi verificada com o Teste de Kolmogorov-Smirnov e variáveis com distribuição normal foram descritas por média e desvio padrão e variáveis assimétricas, por mediana e intervalo interquartil. Variáveis categóricas foram descritas na forma de valores absolutos e relativos. A comparação entre as medidas quantitativas foi realizada com os testes T de Student, ANOVA, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, com Post

Hoc Diferença Mínima Significativa e Dunn, respectivamente. Foram consideradas significativas as análises com $P < 0,05$.

RESULTADOS

Foram avaliados 100 profissionais de saúde com média de idade de $33,3 \pm 8,3$ anos (intervalo de 21 a 57 anos), a maioria do gênero feminino (81,0%). Em maior número estavam os técnicos de enfermagem (41,0%) e enfermeiros (39,0%), com curso técnico (36,0%) ou especialização (32,0%), atuando em unidade clínica para atendimento de Covid-19 (48,0 %).

A maior parte dos profissionais de saúde avaliados declararam considerar sua saúde boa (65,0%) e não realizarem nenhum tratamento de saúde (63,0%). Entre os que realizavam algum tratamento de saúde, os mais frequentemente citados foram bronquite/asma (11,0%) ou transtorno depressivo (7,0%). O uso de antipirético, analgésico ou relaxante muscular foi relatado por 46,0% dos participantes e o uso de tranquilizante, sedativo, ansiolítico ou remédio para dormir, por 28,0% dos avaliados. A maioria da amostra relatou ser otimista (94,0%) a maior parte do tempo (69,0%).

Mais frequentemente, os entrevistados eram católicos (41,0%), consideravam importante ter uma religião (86,0%) e acreditavam que a religiosidade auxiliava no momento de pandemia (84,0%) (Tabela 1).

Tabela 1

Características sociodemográficas de profissionais de saúde atuando diretamente na linha de frente da Covid-19 (N=100).

Características	N (%)
Idade em anos (média±DP)	33,3±8,3
Gênero	
Feminino	81 (81,0)
Masculino	19 (19,0)
Formação acadêmica	
Técnico em enfermagem	41 (41,0)
Enfermeiro	39 (39,0)
Médico	15 (15,0)
Fisioterapeuta	5 (5,0)
Escolaridade	
Curso técnico	36 (36,0)

Especialização	32 (32,0)
Superior complete	20 (20,0)
Mestrado	9 (9,0)
Doutorado	3 (3,0)
Local de trabalho	
Unidade clínica Covid-19	48 (48,0)
Unidade de Terapia Intensiva Covid-19	36 (36,0)
Emergência Covid-19	16 (16,0)
Autopercepção de saúde	
Muito boa	22 (22,0)
Boa	65 (65,0)
Nem ruim nem boa	11 (11,0)
Ruim	1 (1,0)
Muito ruim	1 (1,0)
Realiza tratamento de saúde	
Não	63 (63,0)
Sim	37 (37,0)
Bronquite ou asma	11 (11,0)
Transtorno depressivo	7 (7,0)
Hipertensão	3 (3,0)
Diabetes <i>Mellitus</i>	1 (1,0)
Cardiopatia	0 (0,0)
Faz uso de algum medicamento	
Antipirético, analgésico ou relaxante muscular	
Não	54 (54,0)
Sim	46 (46,0)
Tranquilizante, sedativo, ansiolítico ou remédio para dormir	
Não	72 (72,0)
Sim	28 (28,0)
Considera-se otimista	
Sim	94 (94,0)
Não	6 (6,0)
Com que frequência ao dia	
O tempo todo	11 (11,0)
A maior parte do tempo	69 (69,0)
Um pouco de tempo	19 (19,0)
Em nenhum momento	1 (1,0)
Religião	
Católica	41 (41,0)
Espírita	17 (17,0)
Não tem, mas acredita num ser superior	15 (15,0)
Evangélica	14 (14,0)

Umbanda	7 (7,0)
Ateu (não acredita em Deus ou deuses)	3 (3,0)
Outra	3 (3,0)
Considera importante ter uma religião	
Sim	86 (86,0)
Não	14 (14,0)
Acredita que a religiosidade auxilia neste momento	
Sim	84 (84,0)
Não	16 (16,0)

DP: Desvio padrão.

Na tabela 2 apresentamos as variáveis relacionadas à pandemia observadas pelos profissionais de saúde. Em relação a preocupações com a Covid-19, os profissionais se consideravam razoavelmente preocupados em adquirir a doença (42,0%) e muito preocupados em transmitir a doença para alguém de sua família ou próxima (77,0%). A maioria informou que, desde o início da pandemia, sentiu nervosismo (57,0%) e tristeza (66,0%) em um pouco de tempo.

Quando consultados sobre quais estratégias de enfrentamento foram utilizadas desde o início da pandemia, a mais frequentemente citada foi a utilização de redes sociais (63,0%), seguido de rezas e orações (58,0%), ouvir música (51,0%), a prática de atividade física (47,0%) e comer (47,0%) (Tabela 2).

A maioria considerou as novas variantes preocupantes (77,0%), embora já tenha sido vacinada (99,0%), o que trouxe maior tranquilidade (88,9%). As estratégias consideradas mais importantes, além da vacinação, foram o uso de máscaras (94,0%) e a lavagem frequente das mãos (91,0%) (Tabela 2).

Tabela 2

Variáveis relacionadas à pandemia observadas por profissionais de saúde atuando diretamente na linha de frente da Covid-19 (N=100).

Variáveis	N (%)
O quanto fica preocupado de contrair Covid-19	
Não fica preocupado	10 (10,0)
Pouco preocupado	25 (25,0)
Razoavelmente preocupado	42 (42,0)
Muito preocupado	23 (23,0)
O quanto fica preocupado em transmitir Covid-19 para alguém de sua família ou próxima	
Não fica preocupado	0 (0,0)
Pouco preocupado	5 (5,0)

Razoavelmente preocupado	18 (18,0)
Muito preocupado	77 (77,0)
Desde o início da pandemia, com que frequência se sentiu nervoso	
Em nenhum momento	6 (6,0)
Um pouco de tempo	57 (57,0)
A maior parte do tempo	31 (31,0)
O tempo todo	6 (6,0)
Desde o início da pandemia, com que frequência se sentiu entristecido	
Em nenhum momento	12 (12,0)
Um pouco de tempo	66 (66,0)
A maior parte do tempo	19 (19,0)
O tempo todo	3 (3,0)
Desde o início, quais suas estratégias de enfrentamento da pandemia	
Utilizando redes sociais	63 (63,0)
Rezando ou orando	58 (58,0)
Ouvindo música	51 (51,0)
Praticando atividade física	47 (47,0)
Comendo	47 (47,0)
Lendo	36 (36,0)
Usando medicamentos	21 (21,0)
Fazendo terapia	17 (17,0)
Meditando	15 (15,0)
As novas variantes da Covid-19 causam preocupação	
Sim	77 (77,0)
Não	23 (23,0)
Já foi vacinado	
Sim	99 (99,0)
Não	1 (1,0)
Depois de vacinado sentiu mais tranquilidade em relação à doença	
Sim	88 (88,9)
Não	11 (11,1)
Além da vacina, quais estratégias considera importantes	
Uso de máscaras	94 (94,0)
Lavagem frequente das mãos	91 (91,0)
Distanciamento social	72 (72,0)

Nota: Os dados faltantes foram um para “depois de vacinado sentiu mais tranquilidade em relação à doença”.

Na avaliação da religiosidade pela Escala de DUREL, a classificação dos índices de religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI) foram realizadas segundo os parâmetros padronizados. Na totalização dos dados, a subescala correspondente à religiosidade organizacional computou a mediana de 4

pontos, considerada baixa religiosidade; a subescala de religiosidade não organizacional, computou 3,5 pontos, definida como alta; e a religiosidade intrínseca, 6 pontos, considerada alta (Tabela 3).

Tabela 3

Escores da escala DUREL (*Duke University Religious Index*) – Índice de Religiosidade de profissionais de saúde atuando diretamente na linha de frente da Covid-19 (N=100).

Questões	Mediana e II
Religiosidade Organizacional (RO)	4,0 (3,0-5,0)
Religiosidade não organizacional (RNO)	3,5 (2,0-5,0)
Religiosidade intrínseca (RI)	6,0 (4,0-8,0)

II: Intervalo interquartil.

Médicos apresentaram RO baixa comparada a de técnicos de enfermagem, enfermeiros e fisioterapeutas (P=0,001). Além disso, médicos apresentaram índice de RNO baixa comparativamente aos de técnicos de enfermagem e fisioterapeutas (P=0,001), bem como RI menor que o de técnicos de enfermagem e enfermeiros (P<0,001) (Tabela 4).

Tabela 4

Comparação de medidas de escores de religiosidade de acordo com a formação de profissionais de saúde atuando diretamente na linha de frente da Covid-19 (N=100).

Escores	Formação				P
	Técnico enfermagem N=41 Média±DP	Enfermeiro N=39 Média±DP	Fisioterapeuta N=5 Média±DP	Médico N=15 Média±DP	
DUREL					
RO	3,6 ^a ±1,3	4,0 ^a ±1,1	3,6 ^a ±2,3	5,2 ^b ±0,8	0,001
RNO	3,1 ^a ±1,5	3,8 ^{b,c} ±1,5	3,6 ^{a,c} ±2,3	5,1 ^b ±1,3	0,001
RI	5,0 ^a (3,0-6,0)	6,0 ^a (4,0-8,0)	5,0 ^{a,b} (3,0-12,5)	11,0 ^b (8,0-13,0)	<0,001 [*]

P: Teste ANOVA com Post Hoc DMS – Diferença mínima significativa (letras minúsculas sobrescritas diferentes indicam diferença estatística significativa, letras iguais, sem diferença); e para os marcados com asterisco sobrescrito, Teste de Kruskal-Wallis, com Post Hoc de Dunn e as medidas estão apresentadas na forma de mediana e intervalo interquartil.

DP: Desvio padrão; II: Intervalo interquartil; RO: Religiosidade organizacional; RNO: Religiosidade não organizacional; RI: Religiosidade intrínseca;

A idade dos profissionais apresentou correlação inversa fraca com o escore da escala DUREL em relação aos domínios religiosidade organizacional (r: -0,280; P=0,006) e religiosidade intrínseca (r:-0,255; P=0,013) mostrando que quanto maior a idade, mais alta é a religiosidade (P: coeficiente de correlação de Pearson).

Na escala DUREL, as dimensões religiosidade organizacional ($p=0,007$; Teste t de student) e religiosidade intrínseca ($p=0,026$; Teste de Mann-Whitney) foram mais baixa entre os homens em relação às mulheres.

DISCUSSÃO

Esse estudo avaliou 100 profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos) que atuavam na linha de frente da Covid-19 e verificou-se que apresentavam religiosidade organizacional (práticas religiosas públicas) baixa, religiosidade não organizacional (atividades religiosas privadas como a oração) alta e religiosidade intrínseca (compromisso religioso ou motivação religiosa) alta.

Nossa pesquisa demonstrou que os profissionais de saúde têm uma religiosidade organizacional baixa, sugerindo que a religião na sociedade moderna vem apresentando um desencontro entre as taxas de crença individual e os índices de prática religiosa institucional⁸. Parece existir uma nova forma de religiosidade não institucionalizada, em que a igreja passa a ser entendida como uma instituição de adesão voluntária, onde prevalecem as escolhas individuais e as tendências do crer sem necessariamente ter que participar das práticas religiosas públicas. Assim, as organizações religiosas e os seus serviços de mediação com o sagrado passam a serem usadas especialmente para os desejos pragmáticos e utilitários como, por exemplo, os casamentos, batizados, funerais e não necessariamente religiosas dos indivíduos^{8, 9, 10, 11}.

Em contrapartida, verificou-se uma alta prática de atividades religiosas individuais, sugerindo a importância da religião na vida dos profissionais de saúde, apesar da baixa atividade religiosa social. Esses profissionais apresentaram resultados altos em relação à RNO pelo fato de a maioria praticarem atividades religiosas individuais (como orações, meditação, preces, leituras de escrituras religiosas, programas de televisão ou rádio religiosos ou qualquer que seja a manifestação privada para enfrentar as situações adversas da vida). Isso indica que o termo ser religioso para os profissionais está mais ligado a algo pessoal do que institucional. Desta forma, verifica-se que a religião não pode ser mensurada apenas pelo quanto se frequenta uma igreja e sim, pelo significado atribuído aos mesmos e pelas práticas religiosas individuais.

Desenvolver um tipo de religiosidade exige do indivíduo uma maior reflexão sobre a própria vida, sobre as suas experiências. A espiritualidade reflexiva conduz à expansão do

ego, na qual o indivíduo assume deliberadamente uma postura de exploração da sua vida interior, procurando respostas, sentidos e significados morais para a elaboração do seu ego⁸.

O simples ato de orar gera alívio das tensões, desviando o pensamento dos problemas e aflições, ligando o indivíduo com a espiritualidade maior, com Deus, com o Universo, e desta forma contribuindo para fortalecer as pessoas e trazendo benefícios para a melhoria da saúde, maiores possibilidades de sucesso em empreendimentos ou mesmo auxiliando a cura de doenças¹². Isso possa justificar o aumento de procuras pelo termo “oração” Google em março de 2020 (período inicial da pandemia da Covid-19), para o nível mais alto já registrado. O aumento da busca online mostrou-se não apenas como uma alternativa das igrejas físicas que restringiram suas atividades presenciais para tentar diminuir a disseminação do vírus, mas em especial os resultados documentam que a principal razão para o crescente interesse pela oração se deva a uma demanda intensificada por religião: as pessoas usam a oração para lidar com as adversidades¹³.

Constatou-se também, que a avaliação da RI apresentou-se alta, demonstrando que os profissionais de saúde percebem a religião como algo de extrema importância no contexto de suas vidas e a sua influência nos comportamentos e decisões.

Os resultados obtidos em nosso estudo estão em consonância com um estudo realizado com 305 estudantes de medicina, o qual evidenciou, através do uso da escala de religiosidade de DUREL, baixa RO, bem como alta RNO e RI¹⁴.

A religiosidade é uma estratégia de enfrentamento que pode ser utilizada em períodos estressantes da vida, por meio de crenças, atitudes ou práticas religiosas. Tem como objetivo reduzir o estresse emocional causado por acontecimentos que fogem ao controle pessoal, tornando-o mais suportável. Desta forma, o enfrentamento religioso positivo relaciona-se com um aumento do bem-estar psicológico e a religiosidade intrínseca alta com mais remissões de depressão¹⁵.

Um estudo realizado com 569 americanos, três a cinco dias após o atentado de 11 de setembro, mostrou que 90% dos participantes relataram ter se voltado à religião para lidar com as consequências dos ataques terroristas¹⁶. Em outra pesquisa realizada com iranianos cronicamente afetados pelo gás mostarda no desastre da guerra entre Irã e Iraque (1980-1988) também se observou que a religião foi um fator importante para enfrentar os traumas deixados por esse evento¹⁷. Verifica-se que a religiosidade e as crenças particulares aumentam em resposta a desastres naturais imprevisíveis¹⁸. Nossos resultados demonstram que os profissionais de saúde que trabalham na linha de frente do Covid-19 também utilizaram a religiosidade como estratégia para suportar a pandemia.

De fato, a religiosidade vem sendo usada como enfrentamento em situações de estresse. Outro estudo que buscou avaliar a religiosidade e espiritualidade, bem como as consequências para a saúde mental do isolamento realizado durante a pandemia de Covid-19 no Brasil, atestou que houve um alto uso de crenças religiosas e espirituais e que estas foram associadas a melhores resultados de saúde, níveis mais altos de esperança e níveis mais baixos de medo, preocupação e tristeza nos grupos mais religiosos¹⁹. O envolvimento religioso colabora para diminuir a vulnerabilidade a eventos estressantes, dando sentido à vida, e tendo papel relevante para a promoção da esperança, trazendo sentido e propósito para a vida das pessoas, fator que contribui para a qualidade de vida e saúde física e mental²⁰.

Em eventos críticos o estresse afeta muitos indivíduos, mas as respostas individuais variam de acordo com diferentes estratégias de enfrentamento. Estas referem-se aos esforços comportamentais e cognitivos que auxiliam para reduzir a pressão de uma situação difícil e a níveis mais baixos de estresse²¹. Em nosso estudo os profissionais de saúde relataram como estratégias de enfrentamento na pandemia da Covid-19 utilizar as redes sociais, além de rezar e orar, ouvir música, praticar atividade física e comer.

Em outro estudo realizado também com 657 profissionais de saúde durante a Covid-19 verificou-se que a atividade física foi o comportamento mais usado (59%), seguido por ioga (25%), envolvimento com religião e/ou espiritualidade baseada na fé (23%), meditação (23%) e psicoterapia (26%)²².

Enfrentar uma emergência de saúde pública como a Covid-19 e todas as dúvidas associadas a esse novo vírus possivelmente favoreceram ainda mais para a ansiedade. Porém, o desafio encontrado também pode resultar em transformações positivas à medida que os indivíduos aproveitam suas habilidades de enfrentamento²¹.

Em nosso estudo os médicos apresentaram religiosidade menor quando comparado a algumas das categorias de profissionais da saúde avaliadas. Em outro estudo com 1.125 médicos norte-americanos que buscou descrever suas características religiosas e comparou com as da população geral dos Estados Unidos, os médicos eram menos propensos a levar suas crenças religiosas para todas as outras atividades da vida (58% vs 73%), mas apresentavam maior probabilidade de se considerar espirituais, embora não religiosos (20% vs 9%), e de enfrentar os principais problemas da vida sem confiar em Deus (61% vs 29%)²³. A religiosidade deixada de lado pelos médicos pode estar associada ainda ao modelo biomédico, que não considera tanto a dimensão sociocultural e predomina a formação médica²⁴.

Em contrapartida, um estudo realizado com 2.097 médicos mostrou que a maioria acreditava em Deus (65,2%) e 51,2 % se autodeterminaram religiosos, 24,8% espirituais,

12,4% agnósticos e 11,6% ateus, tendo a oração relatada por 44,7% dos médicos²⁵. Esses achados corroboram com outra pesquisa realizada com 3.630 estudantes de medicina no Brasil sobre religiosidade e espiritualidade, identificando que 81,8% frequentavam cultos religiosos menos de uma vez por semana, 55,8% passava mais de uma vez por semana em atividades religiosas particulares²⁶. Nessa perspectiva, nos últimos anos tem se verificado um interesse entre as relações de religiosidade, espiritualidade e saúde, refletindo um aumento crescente sobre a ligação entre elas na área médica. A ciência confirma uma associação positiva entre envolvimento religioso e saúde, demonstrando que o envolvimento religioso está associado a menores prevalências de tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo, obesidade, além de melhor adesão nutricional e farmacológica no controle de colesterol alto, hipertensão arterial, DM e por consequência menor índice de doenças cardiovasculares²⁷.

Em nosso estudo a idade dos profissionais apresentou correlação inversa fraca com o escore da escala DUREL em relação aos domínios religiosidade organizacional e religiosidade intrínseca mostrando que, quanto maior a idade do indivíduo, mais alta é a sua religiosidade. Estas dimensões também foram mais baixa entre os homens, em relação às mulheres. Estes achados se alinham com os dados disponíveis na literatura indicando que as mulheres e pessoas com mais idade possuem maior envolvimento religioso^{12, 28, 29, 30,31}. A religiosidade é um elemento fundamental de força, esperança e disposição na vida do ser que envelhece e diversas vezes usada como refúgio para as adversidades encontradas ao longo da vida²⁰.

Referente à filiação religiosa, os resultados do nosso estudo mostraram que a grande maioria dos profissionais referiram ser católicos e consideravam importante ter uma religião, além de acreditarem que a religiosidade auxiliava no momento de pandemia. O Brasil, devido a sua história de colonização e da cultura latino-americana, é considerado um país religioso e de acordo com os últimos dados do Censo Demográfico Nacional de 2010, traz que dos mais de 190 milhões de brasileiros, 64,73% se autodeclararam como católicos³². Apesar de predominar o catolicismo no censo de 2010, os dados mostram que a proporção de católicos no Brasil diminuiu consideravelmente entre 1980 e 2010, caindo de 88,3% para 65,4%. Essas transformações ocorreram principalmente devido ao número relativo de pentecostais, que aumentou acentuadamente no período, de aproximadamente 3% para 20%, observada também a religião espírita e pessoas sem filiação religiosa³³.

Nossa pesquisa também mostrou um número expressivo de profissionais de saúde que relataram sentir-se tristes ou nervosos em algum momento durante a pandemia da Covid-19, e um pequeno número relatou transtorno depressivo. Encontrou-se também um importante

percentual de profissionais que fazia uso de tranquilizantes, sedativos, ansiolíticos, remédios para dormir e também uso de antipirético, analgésico ou relaxante muscular. Possivelmente os desafios e o estresse enfrentados pelos profissionais de saúde que atuam na linha de frente da pandemia Covid-19 podem ter sido um gatilho para o aparecimento ou a intensificação dos sintomas de ansiedade e depressão e também para a utilização de medicamentos para reduzir estes sintomas³⁴.

Um estudo transversal realizado na cidade de Wuhan, na China, com 1.257 profissionais de saúde, revelou o impacto que o coronavírus causou na saúde mental destes, relatando percentuais consideráveis de sintomas depressivos (50,4%), ansiedade (44,6%), insônia (34,0%) e angústia (71,5%)³⁵. Esses achados corroboram com outro estudo realizado nesse cenário, onde aponta que 564 de 1.563 profissionais de saúde chineses entrevistados durante o surto de Covid-19 apresentavam sintomas de insônia³⁶.

O agravamento da Covid-19 tem sido relacionado com algumas comorbidades como diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas³⁷. Em nosso estudo as comorbidades dos profissionais de saúde mais frequentemente citadas no estudo foram bronquite/asma, transtorno depressivo e hipertensão. Nesse sentido, entendemos que sentimentos de ansiedade e preocupação podem se intensificar nos profissionais da saúde por não terem sido afastados do trabalho e por conhecerem os riscos à saúde da Covid-19. Os profissionais atuantes na linha de frente e que são portadores de outras doenças, podem ser marcados por sentimentos de medo diante de uma doença ainda considerada nova e que, por vezes, leva ao óbito³⁸.

O contexto da pandemia requer maior atenção ao trabalhador de saúde também no que se refere aos aspectos que concernem à sua saúde mental, sendo recorrente o relato de aumento de transtornos depressivos, aumento do uso de medicamentos, sintomas psicossomáticos e medo de se infectarem ou transmitirem a infecção aos membros da família³⁹. Em nosso estudo, quando questionamos sobre o sentimento de preocupação relacionado à pandemia da Covid-19, os profissionais de saúde se consideravam razoavelmente preocupados em adquirir a doença e muito preocupados em transmitir a doença para alguém de sua família ou próxima. O medo, sobretudo em relação ao risco de expor-se ao vírus e, por conseguinte, contaminar suas famílias, foi a emoção mais evidente e enfaticamente relatada por enfermeiros em um estudo que buscou identificar os desafios enfrentados na pandemia⁴⁰. Corroborando com estes achados, outros estudos mostraram que o medo de ficar infectado e contaminar outras pessoas, especialmente familiares, foi um dos maiores desafios que os profissionais de saúde tiveram de enfrentar^{35,41,42}. Dentro deste contexto, os profissionais de

saúde durante a pandemia passaram por mudanças não apenas na sua rotina de trabalho, mas observou-se que o medo relacionado ao risco de contaminação hospitalar, levou a adotarem medidas severas de cuidados pessoais no ambiente familiar por medo de transmitir a covid-19 para pessoas da família, levando-os a se adaptarem a nova realidade de forma abrupta, inicialmente até evitando contato com a família e ficando o estado psicológico desses profissionais afetado significativamente⁴³.

Cabe salientar que, embora este estudo não teve limite de idade máxima nos critérios de inclusão, nós não tivemos nenhum paciente idoso possivelmente pelo fato deste estudo incluir profissionais de saúde que atuam na linha de frente da COVID-19 e muitos profissionais de saúde idosos, por serem considerados grupos de risco, ou foram afastados do trabalho, ou foram deslocados para outro setor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou avaliar a religiosidade dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente da pandemia da COVID-19 e verificou-se que apresentavam religiosidade organizacional baixa, religiosidade não organizacional alta e religiosidade intrínseca alta. Além disso, os resultados do estudo mostram que independentemente de crenças e práticas religiosas, a religião tem sido uma estratégia de enfrentamento, sendo possível perceber a influência da religiosidade durante a pandemia.

REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE . Coronavírus (covid-19): O que é covid-19.
2. WANG, C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n.5, 2020.
3. OPAS. Surto da doença coronavírus (COVID-19): direitos, papéis e responsabilidades dos trabalhadores da saúde, incluindo as principais considerações sobre segurança e saúde ocupacional. Organização Pan-Americana da Saúde, 2020
4. CRISPIM, D. et al. Comunicação Difícil e COVID-19: Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia. **Associação Médica de Minas Gerais**, v. 1, n.1, p. 17-28, 2020.

5. LUCCHETTI G. et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **J Relig Health**. v. 51, n. 2, p.79-86, 2012.
6. MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Rev psiquiatr clín.**, v.35, n. 1, p. 31-32, 2008.
7. CALDAS, R.E. L. et al. Avaliação do impacto da religiosidade na vida de estudantes universitários com ansiedade e depressão. Difusão do conhecimento através das diferentes áreas da medicina 3. Organizadora Lais Daiene Cosmoski. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.
8. MONIZ, J. B. Os desafios da religiosidade contemporânea: análise das teorias da individualização religiosa e espiritual. **Revista Lusófona de Ciência das Religiões**, v. 20, p. 393–405, 2017.
9. DUQUE, E.; VÁZQUEZ, J. D. Quanto interessa a religião católica aos jovens? um estudo a partir do caso português. **Cult. Relig**, v. 1.14, n.2. 2020.
10. SOFIATI, F. M.; MOREIRA, A. S. Catolicismo brasileiro: um painel da literatura contemporânea. **Religião e sociedade**. V. 38, n. 2, p. 277-301, 2018.
11. OLIVEIRA, A.; BOIN, F. A pluralidade de experiências do sagrado nas sociedades contemporâneas. **Religare**, v.14, n.2, p. 343-362, dez. 2017.
12. ZENEVICZ, L.; MORIGUCHI. Y. ; MADUREIRA, V. S. F. The religiosity in the process of living getting old. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 2, p. 433-9, 2013.
13. BENTZEN, J.S. Em crise, rezamos: Religiosidade e a pandemia do COVID-19. **J Econ Behav Organ.** , p. 541-583, dez. 2021.
14. FERREIRA, A.G.C.; OLIVEIRA, J.A.C; JORDÁN, A.P.W. Spirituality and health education: a proposal for transversality in the student's perspective. **Interdiscip J Heal Educ**. 2016.
15. PRAZERES, F. et al. COVID-19-Related Fear and Anxiety: Spiritual-Religious Coping in Healthcare Workers in Portugal. **Int J Environ Res Public Health**, v. 18, n. 1, jan. 2020.
16. SCHUSTER M. A. et al. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. **New England Journal of Medicine**, n. 345, v. 20, p.1507–1512, 2001.
17. EBADI, A. et al. Spirituality: A key factor in coping among Iranians chronically affected by mustard gas in the disaster of war. **Nursing & Health Sciences**, v. 11, n.4, p. 344–350, 2009.
18. BENTZEN, J.S. Atos de Deus? Religiosidade e desastres naturais em distritos subnacionais do mundo. **Eco. J.**, v. 129, p. 2295-2321, 2019.

19. LUCCHETTI, G. E. et al. Espiritualidade, religiosidade e as consequências para a saúde mental do isolamento social durante a pandemia de Covid-19. **Int. J. Soc. Psiquiatria**, v.10, 2020.
20. OLIVEIRA, A. L. B.; MENEZES, T. M. O. Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa. **Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 71, p. 774, 2018.
21. BABORÉ, A. et al. Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. **Psychiatry Res.** , 2020.
22. SHECHTER, A. et al. Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. **Gen. Hosp. Psychiatr.** 2020.
23. CURLIN, F. A. et al. Religious characteristics of U.S. physicians: a national survey. **J Gen Intern Med.**, v. 20, n.7, p.629-34, jul. 2005.
24. PINTO, A. N.; FALCÃO, E. B. M. Religiosidade no Contexto Médico: entre a Receptividade e o Silêncio. **Revista brasileira de educação médica**. v. 38, n.2, p.38 – 46, 2014.
25. ROBINSON, K.A. et al. Religious and spiritual beliefs of physicians. **J Relig Health**, p 205-225, 2017.
26. LUCCHETTI, G. et al. Estudantes de medicina, espiritualidade e religiosidade - resultados do estudo multicêntrico SBRAME. **BMC Med Educ.** , dez. 2013.
27. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arq Bras Cardiol**. 2019.
28. GUERRERO-CASTAÑEDA, R. F. et al. Espiritualidade e religiosidade para a transcendência do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, n.2, 2019.
29. OFSTEDAL, B.M. et al. Religion, Life Expectancy, and Disability-Free Life Expectancy Among Older Women and Men in the United States. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.** , v. 74, n. 8, oct. 2019.
30. SAAD, M.; MEDEIROS. R.. Implications for public health of the religiosity-longevity relation. **Rev. Assoc. Med. Bras.** , v. 63, n. 10, Oct 2017.
31. LI, S. et al. Atendimento ao serviço religioso e menor depressão entre as mulheres - um estudo de coorte prospectivo. **Anais de Medicina Comportamental.**, v.50, p. :876-884, 2016.
32. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência (2012). Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

33. COUTINHO, R. Z.; GOLGHER, A.B. O cenário em mudança da filiação religiosa no Brasil entre 1980 e 2010: idade, período e perspectivas de coorte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.31, n.1, p.73–98, 2014.
34. BAO, Y. et al. 2019-n CoV epidemic: Address mental health care to empower society. **The Lancet**, 2020.
35. LAI J. et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Netw. Open**. 2020.
36. ZHANG, W.R. et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. **Psychother. Psychosom**. 2020.
37. YANG J. Et al. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. **Int J Infect Dis.**, 2020.
38. VEDOVATO, T. G. et al. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? **Rev. bras. saúde ocup.**, 2021.
39. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Ministério da Saúde (MS). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid. Recomendações para gestores 2020. Rio de Janeiro, Brasília: Fiocruz, MS, 2020.
40. GÓES, F. G. B. et al. Challenges faced by pediatric nursing workers in the face of the COVID-19 pandemic. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, 2020.
41. CABARKAPA, S. et al. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. **Brain Behav. Immun. Health**, 2020.
42. UROOJ, U et al. Expectations, Fears and Perceptions of doctors during Covid-19 Pandemic. **Pak J Med Sci.**, 2020.
43. PORTUGAL, J.K.A. et al. Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** v.46, 2020.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou avaliar a religiosidade dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente da pandemia da COVID-19 e verificou-se que apresentavam religiosidade organizacional baixa, religiosidade não organizacional alta e religiosidade intrínseca alta. Além disso, os resultados do estudo mostram que independentemente de crenças e práticas religiosas, a religião tem sido uma estratégia de enfrentamento, sendo possível perceber a influência da religiosidade durante a pandemia.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BR). Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020: orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF; 2020.

ALMEIDA, J. D. ; TYRRELL, D. A. J. The Morphology of Three Previously Uncharacterized Human Respiratory Viruses that Grow in Organ Culture. **J. gen. Virol.**, v. 1, p. 175-178, 1967.

AMATUZZI, M. M. Esboço da teoria do desenvolvimento religioso. IN: PAIVA, G.J.(Org).**Entre necessidade e desejo: diálogos da psicologia com a religião**. São Paulo: Editora Loyola, p. 25-51, 2001.

AMORIM C. S. V. et al. Hand hygiene and influenza prevention: knowledge of health students. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018.

BABORÉ, A. et al. Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. **Psychiatry Res.** , 2020.

BAO, Y. et al. 2019-n CoV epidemic: Address mental health care to empower society. **The Lancet**, 2020.

BENTZEN, J.S. Atos de Deus? Religiosidade e desastres naturais em distritos subnacionais do mundo. **Eco. J.**, v. 129, p. 2295-2321, 2019.

BENTZEN, J.S. Em crise, rezamos: Religiosidade e a pandemia do COVID-19. **J Econ Behav Organ.** , p. 541-583, dez. 2021.

BOHOMO, E. et al. Profissional de saúde: segunda vítima da pandemia covid-19. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 1, p. 84-91, 2020.

BRASIL. Agenda 21. **Conferência das Nações Unidas sobre o meio ambiente e desenvolvimento**. Bblioteca digital das Câmara dos deputados centro de documentação e informação. 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde/MS. **Resolução 466/12. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: 2012.

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, p. 912-920, marc. 2020.

CABARKAPA, S. et al. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. **Brain Behav. Immun.** Health, 2020.

CALDAS, R.E. L. et al. Avaliação do impacto da religiosidade na vida de estudantes universitários com ansiedade e depressão. Difusão do conhecimento através das diferentes

áreas da medicina 3. Organizadora Lais Daiene Cosmoski. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.

CALLEGARI-JACQUES, S.M. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre - RS: Artmed; 2003.

CHANG, L; YAN, Y; WANG, L. Coronavirus disease 2019: Coronaviruses and blood safety. **Transfus Med. Rev.**, v. 34, n. 2, p. 75-80, 2020.

COUTINHO, R. Z.; GOLGHER, A.B. O cenário em mudança da filiação religiosa no Brasil entre 1980 e 2010: idade, período e perspectivas de coorte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.31, n.1, p.73–98, 2014.

CRISPIM, D. et al. Comunicação Difícil e COVID-19: Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia. **Associação Médica de Minas Gerais**, v. 1, n.1, p. 17-28, 2020.

CURLIN, F. A. et al. Religious characteristics of U.S. physicians: a national survey. **J Gen Intern Med.**, v. 20, n.7, p.629-34, jul. 2005.

DUQUE, E.; VÁZQUEZ, J. D. Quanto interessa a religião católica aos jovens? um estudo a partir do caso português. **Cult. Relig.**, v. 1.14, n.2. 2020.

EBADI, A. et al. Spirituality: A key factor in coping among Iranians chronically affected by mustard gas in the disaster of war. **Nursing & Health Sciences**, v. 11, n.4, p. 344–350, 2009.

FAROOQ, H.Z. et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) — Surveillance and testing in North England from 2012 to 2019. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 93, p. 237-244, 2020.

FECURY, A. A. et al. A prática da religiosidade como fator determinante para uma vida saudável: O caráter religioso como mantenedor da saúde física e mental. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 7, p. 69-79. marc.2020.

FERREIRA, A.G.C.; OLIVEIRA, J.A.C; JORDÁN, A.P.W. Spirituality and health education: a proposal for transversality in the student's perspective. **Interdiscip J Heal Educ.** 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Ministério da Saúde (MS). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid. Recomendações para gestores 2020. Rio de Janeiro, Brasília: Fiocruz, MS, 2020.

GÓES, F. G. B. et al. Challenges faced by pediatric nursing workers in the face of the COVID-19 pandemic. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, 2020.

GOMES, M.V. À espera de um milagre : espiritualidade/religiosidade no enfrentamento da doença falciforme, **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.72, n. 6, 2019.

GUERRERO-CASTAÑEDA, R. F. et al. Espiritualidade e religiosidade para a transcendência do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, n.2, 2019.

GUIMARAES, H.P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista Psiquiatria**.v.37. São Paulo, 2007.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; BONATELLI, L.S.; CARVALHO, A. A. Caminho da esperança nas relações envolvendo os idosos: olhar da complexidade sobre pandemia da covid-19. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 29, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência (2012). Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

KAMPF, G. et al. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. **J Hosp. Infect.**, v. 104, n. 3, p. 246-51, 2020.

KOENIG, H.G. et al. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. **Int J Psychiatry Med**. V. 28, n.2, p.189-213, 1998.

KOENIG, H.G; KING,D. E; CARSON, V.B. **Handbook of religion and health**.2. ed. New york: oxford University Press, 2012.

LAI J. et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Netw. Open**. 2020.

LI, S. et al. Atendimento ao serviço religioso e menor depressão entre as mulheres - um estudo de coorte prospectivo. **Anais de Medicina Comportamental**., v.50, p. :876-884, 2016.

LUCCHETTI, G. et al. (2010). Espiritualidade na prática clínica: O que o clínico deve saber? **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**, v. 8, n. 2, 2010

LUCCHETTI G. et al. Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares. **Rev Bras Cardiol**. v.24, n.1, p.55-57, 2011.

LUCCHETTI G. et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **J Relig Health**. v. 51, n. 2, p.79-86, 2012.

LUCCHETTI, G. et al Estudantes de medicina, espiritualidade e religiosidade - resultados do estudo multicêntrico SBRAEM. **BMC Med Educ**. , dez. 2013.

LUCCHETTI, G. E. et al. Espiritualidade, religiosidade e as consequências para a saúde mental do isolamento social durante a pandemia de Covid-19. **Int. J. Soc. Psiquiatria**, v.10, 2020.

MARQUES, L. F.; AGUIAR, A. P. A. Instrumentos de mensuração da religiosidade/espiritualidade (R/E) e seus construtos. **Rev. Pistis Prax.**, v. 6, n. 1, p. 107-126, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE . Coronavírus (covid-19): O que é covid-19. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial nº 92. Doença pela coronavirus COVID-19. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial nº 98. Doença pela coronavirus COVID-19. 2022.

MONIZ, J. B. Os desafios da religiosidade contemporânea: análise das teorias da individualização religiosa e espiritual. **Revista Lusófona de Ciência das Religiões**, v. 20, p. 393–405, 2017.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Rev psiquiatr clín.**, v.35, n. 1, p. 31-32, 2008.

PORTUGAL, J.K.A. et al. Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** v.46, 2020.

OFSTEDAL, B.M. et al. Religion, Life Expectancy, and Disability-Free Life Expectancy Among Older Women and Men in the United States. **J Gerontol B Psychol Sci Soc.** , v. 74, n. 8, oct. 2019.

OLIVEIRA, A.; BOIN, F. A pluralidade de experiências do sagrado nas sociedades contemporâneas. **Religare**, v.14, n.2, p. 343-362, dez. 2017.

OLIVEIRA, A. L. B.; MENEZES, T. M. O. Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa. **Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 71, p. 774, 2018.

OPAS. Surto da doença coronavírus (COVID-19): direitos, papéis e responsabilidades dos trabalhadores da saúde, incluindo as principais considerações sobre segurança e saúde ocupacional. Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.

OPPONG, S. H. Religion and identity. **American International Journal of Contemporary Research**, v. 3, n. 6, p.10-16, jun. 2013.

ORNEL, F. et al. “PandemiC fear” and CoVid-19: mental health burden and strategies. **Revista debates in psychiatry**, v.42, p. 232-235, 2020.

PINTO, A. N.; FALCÃO, E. B. M. Religiosidade no Contexto Médico: entre a Receptividade e o Silêncio. **Revista brasileira de educação médica**. v. 38, n.2, p.38 – 46, 2014.

PRAZERES, F. et al. COVID-19-Related Fear and Anxiety: Spiritual-Religious Coping in Healthcare Workers in Portugal. **Int J Environ Res Public Health**, v. 18, n. 1, jan. 2020.

REIS, L.A. **Sentidos da religiosidade e espiritualidade no vivido da pessoa idosa longeva**. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) -- Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2017.

ROBINSON, K.A. et al. Religious and spiritual beliefs of physicians. **J Relig Health**, p 205-225, 2017.

RODELA, T. T. et al. Economic impacts of coronavirus disease (COVID-19) in developing countries. **Economic Impacts of COVID-19: Working Paper Series**, 2020.

- SAAD, M.; MEDEIROS. R.. Implications for public health of the religiosity-longevity relation. **Rev. Assoc. Med. Bras.** , v. 63, n. 10, Oct 2017.
- SCHUSTER M. A. et al. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. **New England Journal of Medicine**, n. 345, v. 20, p.1507–1512, 2001.
- SOFIATI, F. M.; MOREIRA, A. S. Catolicismo brasileiro: um painel da literatura contemporânea. **Religião e sociedade**. V. 38, n. 2, p. 277-301, 2018.
- SHECHTER, A. et al. Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. **Gen. Hosp. Psychiatr.** 2020.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arq Bras Cardiol**. 2019.
- STROPPA, André. et al. Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina. **Religiosidade e Saúde** Belo Horizonte, p. 427-443, 2008.
- TEIXEIRA, C .F.S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, v.25, n.9, set. 2020.
- UROOJ, U et al. Expectations, Fears and Perceptions of doctors during Covid-19 Pandemic. **Pak J Med Sci.**, 2020.
- VEDOVATO, T. G. et al. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? **Rev. bras. saúde ocup.**, 2021.
- XIANG,Y.T. et al. Tribute to health workers in China: A group of respectable population during the outbreak of the COVID-19. **Int. J. Biol. Sci.**, v. 16, n. 10, 2020.
- YANG J. Et al. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. **Int J Infect Dis.**, 2020.
- ZENEVICZ, L.; MORIGUCHI. Y. ; MADUREIRA, V. S. F. The religiosity in the process of living getting old. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 2, p. 433-9, 2013.
- ZHANG, C. et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staffs involved with the 2019 novel coronavirus disease outbreak. **Frontiers in Psychiatry**, 2020.
- ZHANG, W.R. et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. **Psychother. Psychosom**. 2020.
- WANG, C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n.5, 2020.

WHO (World Health Organization)- adopted at the 101st session of the Executive Board, eighth meeting, 22 January 1998. Amendments to the constitution. 52^a. World Health Assembly, 1999.

WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life assessment): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.** V.41, n. 10, p.1403-9, 1995.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Qual sua idade? _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Separado(a)
() Divorciado(a)

Qual sua formação?

() Curso técnico () Superior completo () Especialização
() Mestrado () Doutorado

Formação:

() Técnico(a) em enfermagem () Enfermeiro(a) () Fisioterapeuta
() Médico(a)

Como você avaliaria a sua saúde?

() Muito ruim () Ruim () Nem ruim, nem boa () Boa () Muito boa

Você realiza algum tratamento de saúde?

() Não () Sim

Se sim, marque quais patologias você faz tratamento de saúde:

() Hipertensão () Diabetes () Cardiopatia () Bronquite/Asma () Transtorno depressivo () Outra

Desde o início da pandemia, você fez ou está fazendo uso de algum destes medicamentos?

Medicamentos para aliviar febre, dor ou relaxante muscular: () Sim () Não () Não sabe/não deseja informar
--

Tranquilizantes, sedativos, medicamentos para ansiedade ou para dormir: () Sim () Não () Não sabe/não deseja informar
--

Desde o início da pandemia o seu local de trabalho é:

() Emergência Covid-19 () UTI Covid-19 () Unidade Clínica Covid-19

O quanto você fica preocupado com o fato de você adquirir Covid-19?

- Muito preocupado
- Razoavelmente preocupado
- Pouco preocupado
- Não fica preocupado

O quanto você fica preocupado com o fato de transmitir Covid-19 para alguém de sua família ou próxima?

- Muito preocupado
- Razoavelmente preocupado
- Pouco preocupado
- Não fica preocupado

Desde o início da pandemia com que frequência você se sente nervoso(a) ?

- o tempo todo
- a maior parte do tempo
- um pouco de tempo
- em nenhum momento

Desde o início da pandemia com que frequência você se sente entristecido?

- o tempo todo
- a maior parte do tempo
- um pouco de tempo
- em nenhum momento

Desde o início da pandemia marque as estratégias de enfrentamento que você tem utilizado: (marque quantas alternativas desejar)

- Rezando ou orando
- Meditando
- Praticando atividade física
- Comendo
- Ouvindo música
- Lendo
- Utilizando redes sociais
- Terapia
- Medicamentos
- Outras

Você se considera otimista?

- Sim
- Não

Se sim, com que frequência do dia:

- o tempo todo
- a maior parte do tempo
- um pouco de tempo
- em nenhum momento

Qual sua religião?

- Católica
- Evangélica
- Espírita
- Batista
- Umbanda
- Outra
- Não tenho, mas acredito em um ser superior
- Ateu (não acredita em Deus ou em deuses)

Você considera importante ter uma religião?

Sim Não

Você acredita que a religiosidade esta lhe auxiliando nesse momento da pandemia?

Sim Não

As novas variâncias da Covid-19 lhe causam preocupação?

Não. Sim

Você já fez a vacina do Covid-19?

Não. Sim

Se sim, após a vacina, você se sentiu mais tranquilo em relação à doença?

Não. Sim

Se sim, após a vacina, quais estratégias você considera importante manter para auxiliar no combate à propagação do vírus?

Lavagem frequente das mãos distanciamento social uso de máscaras

ANEXO A- ESCALA DE RELIGIOSIDADE DA DUKE – DUREL

(1) Com que frequência você frequenta uma igreja, templo ou outro encontro religioso? (Observação: visto que desde o início da pandemia não podem ocorrer encontros, responda esta pergunta com seu hábito antes da pandemia).

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

(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

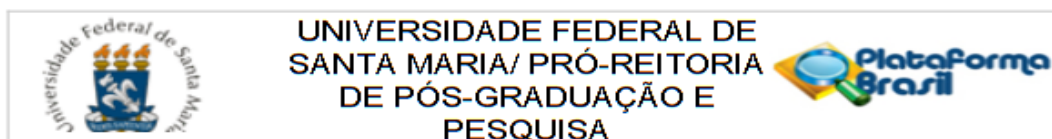
(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

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

ANEXO B - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA DE COVID-19

Pesquisador: Patricia Chagas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48652621.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

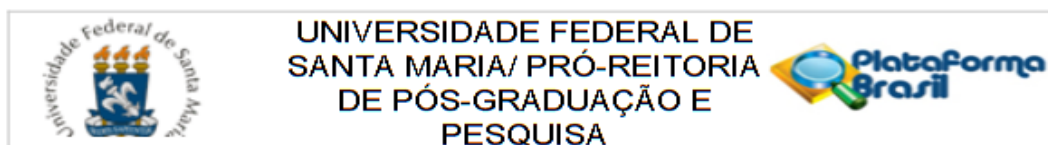
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.911.080

Apresentação do Projeto:

Nos últimos anos tem se intensificado o interesse da comunidade científica em relação ao impacto que a religiosidade e a espiritualidade exercem na saúde das pessoas. Sabe-se que tanto a religiosidade quanto a espiritualidade podem exercer influência na forma com que estes se relacionam com os outros, seu modo de pensar e na maneira de lidar com questões do cotidiano, como por exemplo, a maneira de lidar com a pandemia de COVID-19, o qual expõe os profissionais da saúde ao maior risco de infecção por esse patógeno e ao adoecimento. Frente ao exposto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a importância da religiosidade e da espiritualidade dos profissionais de saúde no período da pandemia do novo coronavírus. O estudo terá uma abordagem quantitativa, de caráter descritivo e transversal, e será realizado através da ferramenta Google Forms. A população do estudo será composta por profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos), com idade superior a 18 anos e que atuam diretamente na linha de frente dos pacientes com covid-19. A amostra será por conveniência. A coleta de dados será realizada por meio online e utilizará um questionário estruturado contendo dados sociodemográficos, doenças crônicas, medicamentos e informações sobre o trabalho frente à linha da covid-19. Para avaliar a religiosidade e espiritualidade será utilizada a Escala de Religiosidade da Duke – DUREL e a Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade. A propensão ao perdão será avaliada utilizando-se a Escala de

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.911.080

Disposição para Perdoar. A realização da pesquisa observará as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos levando em consideração a Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde.

Hipótese: nossa hipótese é de que os profissionais da saúde tenham a religiosidade/espiritualidade uma das estratégias de enfrentamento neste período de pandemia

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a religiosidade e espiritualidade nos profissionais de saúde que atuam na linha de frente da pandemia do coronavírus.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos satisfatoriamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <https://www.ufsm.br/pro-reitorias/prpgp/cep/> - modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

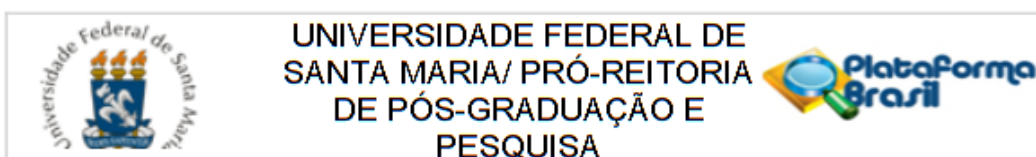
.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1736929.pdf	14/08/2021 12:19:08		Aceito
TCLE / Termos de	TCLE2ajustado.pdf	14/08/2021	Patricia Chagas	Aceito

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.911.080

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2ajustado.pdf	12:18:49	Patricia Chagas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	plataforma2projetoajustado.pdf	14/08/2021 12:18:35	Patricia Chagas	Aceito
Outros	GAPManuela.pdf	28/06/2021 18:04:32	Patricia Chagas	Aceito
Outros	termoconfidencialidade.pdf	28/06/2021 18:04:10	Patricia Chagas	Aceito
Folha de Rosto	okfolhaDeRosto.pdf	09/06/2021 21:14:17	Patricia Chagas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 17 de Agosto de 2021

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com