

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

Maria Fernanda Tavares Santos
João Vitor de Andrade Borges
Henrique Paes Rogério Brito Fernandes
Ana Luiza Pontes Costa Wolney
Maria Eduarda Queiroz Sena Leão
Júlia Monteiro da Silva Ferreira

**Associação entre espiritualidade e religiosidade e saúde mental dos docentes do curso de
medicina de uma universidade particular do estado de Goiás**

Anápolis – Goiás
2025

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

Associação entre espiritualidade e religiosidade e saúde mental dos docentes do curso de medicina de uma universidade particular do estado de Goiás

Trabalho de Curso apresentado à Iniciação Científica do Curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Liliane Braga Monteiro dos Reis.

Anápolis – Goiás
2025

VERSÃO FINAL DE TRABALHO DE CURSO

PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR

À Coordenação de Iniciação Científica do Curso de Medicina – UniEVANGÉLICA.

Eu, Professora Orientadora Liliane Braga Monteiro dos Reis venho, respeitosamente informar a essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as): Ana Luiza Pontes Costa Wolney, Henrique Paes Rogério Brito Fernandes, João Vitor de Andrade Borges, Júlia Monteiro da Silva Ferreira, Maria Eduarda Queiroz Sena Leão e Maria Fernanda Tavares Santos, estão com a versão final do trabalho intitulado: Associação entre espiritualidade e religiosidade e saúde mental dos docentes do curso de medicina de uma universidade particular do estado de Goiás pronta para ser entregue a esta coordenação.

Declara-se ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da UniEVANGÉLICA.

Anápolis, 28 de abril de 2025.

 Documento assinado digitalmente
LILIANE BRAGA MONTEIRO DOS REIS
Data: 28/04/2025 09:14:39-0300
Verifique em <https://validar.tb.gov.br>

Professora Orientadora: Dra. Liliane Braga Monteiro dos Reis

Dedicatória

Às nossas famílias, pelo amor incondicional, pelas orações silenciosas, pelo apoio constante e pela certeza de que nunca estivemos sozinhos. Vocês foram nosso alicerce.

Aos queridos colegas, com quem tivemos o privilégio de compartilhar essa jornada: obrigada pela parceria, pelo empenho, pelas trocas de saberes e, acima de tudo, pela amizade construída. Cada discussão, cada desafio e cada conquista se entrelaçam na memória como testemunho de nossa dedicação e do propósito que nos guiou.

Este trabalho é dedicado à fé que nos sustenta, à ciência que nos move e às relações humanas que dão sentido a toda caminhada. É a prova de que, com união, respeito e dedicação, sonhos se tornam realidade.

Agradecimentos

Agradecemos, em primeiro lugar, à nossa professora orientadora, Liliane, cuja orientação, dedicação e olhar atento foram fundamentais para que este trabalho se concretizasse. Sua sabedoria e incentivo iluminaram nossos caminhos, guiando-nos com paciência e firmeza ao longo de toda a jornada.

Estendemos nossa gratidão às professoras de Iniciação Científica — Constanza, Marcela e Viviane — que, com generosidade, entusiasmo e apoio incondicional, acreditaram em nosso potencial. Foram parceiras incansáveis, impulsionando-nos a transformar ideias em conhecimento e sonhos em realizações.

A cada uma delas, nosso mais sincero reconhecimento, pois a construção deste trabalho é também fruto da confiança, incentivo e inspiração que recebemos.

RESUMO

A religiosidade/espiritualidade moldam a maneira como o ser humano enxerga sua realidade, influenciando sua motivação frente a dificuldades e sua percepção sobre o significado e sentido da vida. Nesse contexto, o objetivo central deste trabalho foi analisar a associação entre a religiosidade e espiritualidade e a saúde mental dos docentes do curso de medicina de uma instituição privada do estado de Goiás. Foi um estudo transversal, quantitativo, observacional, analítico com 82 docentes do Curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário autoaplicável utilizando o aplicativo *Google Forms*. Foram coletados dados sociodemográficos, sobre religiosidade, avaliada por meio do Índice de Religiosidade da Universidade Duke (P-DUREL), espiritualidade, por meio da Escala de Autoavaliação de Espiritualidade (*Spirituality Self Rating Scale* – SSRS) e saúde mental, por meio da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (*Depression, Anxiety and Stress Scale* – DASS 21). Para a análise dos dados, as variáveis foram dicotomizadas, utilizando-se o teste Qui-quadrado de Pearson e Regressão de Poisson, considerando-se o valor de $p < 0,05$, com intervalos de confiança de 95% por meio do programa estatístico IBM-SPSS 22.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Evangélica de Goiás por meio do parecer nº 6.925.519. A amostra foi composta por 82 docentes com idade média de 46,52 anos (DP=10,1). A maioria do sexo feminino (n=53, 64,6%) cor/raça branca (n=59, 72,0%), com presença de cônjuge/companheiro(a) (n=70, 85,4%). A maior parte apresentaram espiritualidade alta (n=79, 96,3%) e religiosidade alta, considerando religiosidade organizacional (n=49, 59,8%), não organizacional (n=68, 82,9%) e intrínseca (n=75, 91,5%). Além disso, os participantes apresentaram níveis normais de depressão (n=68, 82,9%), ansiedade (n=62, 75,6%) e estresse (n=61, 74,4%). No modelo final da Regressão de Poisson, as variáveis associadas à Depressão (DASS 21) foram a Religiosidade Intrínseca Baixa (P-DUREL) ($p=0,049$) e o sexo feminino ($p=0,002$). Os resultados mostram a existência de associação entre Depressão e Religiosidade Intrínseca independente de variáveis sociodemográficas.

Palavras-chave: Saúde mental. Religiosidade. Espiritualidade. Docente de Medicina.

ABSTRACT

Religiosity and spirituality shape the way individuals perceive their reality, influencing their motivation in the face of difficulties and their perception of the meaning and purpose of life. In this context, the main objective of this study was to analyze the association between religiosity, spirituality, and the mental health of medical school faculty members at a private institution in the state of Goiás, Brazil. This was a cross-sectional, quantitative, observational, and analytical study conducted with faculty members from the medical course at the Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA. Data collection was carried out through a self-administered questionnaire using the Google Forms application. Sociodemographic data were collected on religiosity, assessed using the Duke University Religiosity Index (P-DUREL), spirituality, using the Spirituality Self Rating Scale (SSRS) and mental health, using the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS 21). For data analysis, variables were dichotomized, and Pearson's Chi-square test and Poisson Regression was applied, considering a significance level of $p < 0.05$ and 95% confidence intervals, using the IBM-SPSS 22.0 statistical software. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Evangélica de Goiás through opinion no. 6,925,519. The sample consisted of 82 faculty members with a mean age of 46.52 years ($SD=10.1$). Most participants were female ($n=53$, 64.6%), identified as white ($n=59$, 72.0%), and had a spouse or partner ($n=70$, 85.4%). The majority showed high levels of spirituality ($n=79$, 96.3%) and high levels of religiosity, considering organizational ($n=49$, 59.8%), non-organizational ($n=68$, 82.9%), and intrinsic religiosity ($n=75$, 91.5%). Additionally, most participants presented normal levels of depression ($n=68$, 82.9%), anxiety ($n=62$, 75.6%), and stress ($n=61$, 74.4%). In the final Poisson Regression model, the variables associated with Depression (DASS 21) were Low Intrinsic Religiosity ($p=0.049$) and female gender ($p=0.002$). The results show the existence of an association between Depression and Intrinsic Religiosity independent of sociodemographic variables.

Key words: Mental health. Religiosity. Spirituality. Faculty, Medical

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Religiosidade e espiritualidade	12
2.2 Religiosidade/espiritualidade em busca de sentido.....	13
2.3 Profissionais de saúde e população geral.....	15
2.4 Bem-estar espiritual em homens e mulheres.....	17
2.5 Bem-estar existencial e bem-estar religioso/espiritual	18
2.6 Saúde mental, religião e espiritualidade.....	19
2.7 Importância da espiritualidade no tratamento e na formação dos docentes	20
2.8 Saúde mental entre docentes	21
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo geral.....	23
3.2 Objetivos específicos.....	23
4 METODOLOGIA.....	24
4.1 Tipo de estudo	24
4.2 População de estudo	24
4.3 Coleta de dados	24
4.4 Critérios de inclusão.....	25
4.5 Critérios de exclusão	26
4.6 Aspectos éticos.....	26
4.7 Análise de dados.....	26
5 RESULTADOS	28
6 DISCUSSÃO	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXO 1 - Escala de Religiosidade da Universidade de Duke	43
ANEXO 2 - Escala de Autoavaliação de Espiritualidade	44
ANEXO 3 - Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse	45
ANEXO 4 - Parecer Consubstanciado do CEP.....	46
APÊNDICE 1 - Registro Consentido de Livre Esclarecimento (RCLE).....	51
APÊNDICE 2 - Dados sociodemográficos	53

1 INTRODUÇÃO

Apesar da espiritualidade e religiosidade estarem fortemente relacionadas e se complementarem, é preciso inferir que elas possuem conceitos diferentes. Entende-se por espiritualidade, uma “relação com o sagrado ou o transcendente (Deus, poder superior, realidade última)” e como religiosidade, um “sistema organizado de crenças, práticas e símbolos desenvolvidos para facilitar a proximidade com o sagrado ou o transcendente” (KOENIG, 2001).

No ano de 1988, a Organização Mundial da Saúde (OMS) introduziu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, aludindo a questões como significado e sentido da vida, não limitando-se a nenhum tipo específico de crença ou prática religiosa (VOLCAN, *et al.*, 2003). Desse modo, a espiritualidade é tida como um conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido. Nesse contexto, o bem-estar espiritual é uma das formas de avaliar a espiritualidade, tendo sido conceituado como a percepção subjetiva de bem-estar do sujeito em relação à sua crença (ERMEL *et al.*, 2015).

No ensino acadêmico atual, há um crescente interesse em pesquisar como a religião e espiritualidade implicam no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas, sendo este um campo de pesquisa que é controverso e ímprobo ao mesmo tempo. Baseando-se nisso, faz-se necessário explorar como essa vertente também acomete o corpo docente de uma universidade (MOREIRA-ALMEIDA, 2007).

Ademais, uma mente saudável seria o movimento constante do indivíduo frente à busca de um bem-estar, de modos de vida que seja seu alicerce frente às intempéries do dia a dia e que o auxilie no processo de mudança e produção da subjetividade e não apenas uma ausência de doenças (JUNGES; OLIVEIRA, 2012).

No tocante à prevalência de complicações na saúde mental dos docentes, percebe-se a existência de diferentes cenários e estressores que podem culminar no desenvolvimento de diversos transtornos e na realização adequada das tarefas profissionais. As doenças mentais, sobretudo quadros de ansiedade e de depressão, têm sido um dos maiores responsáveis pelo afastamento de professores por causa dos problemas de saúde (FERREIRA-COSTA; PEDRO-SILVA, 2019).

Além disso, o adoecimento do docente não afeta apenas sua vida pessoal, como coloca em pauta a relação deste com o sistema educacional no qual se encontra inserido, com ambos sendo afetados. Quando o educador está doente, ou a escola como um todo tem

contribuído para isso, ou a própria instituição também adocece e o seu papel na formação de cidadãos acaba não se efetivando (FERREIRA-COSTA; PEDRO-SILVA, 2019).

Nesse mesmo cenário, vale ressaltar o peso e influência das relações interpessoais envolvidas na profissão. Ao refletir sobre as fontes do esgotamento mental, nada exige mais do que lidar com outrem, em razão, entre outros fatores, dos sentimentos gerados nessas relações. Posto isto, o magistério pode ser visto como uma das carreiras psicologicamente mais desgastantes, com o agravante de que o docente já não possui, nos dias atuais, o ânimo de que outrora os mestres dispunham para a execução de seu trabalho (FERREIRA-COSTA; PEDRO-SILVA, 2018).

Seguindo esse raciocínio, observa-se como a religiosidade/espiritualidade colaboram no enfrentamento das diversas situações estressantes que acontecem na jornada da vida, situações estas que muitas vezes não há como se safar. Essas ferramentas são suportes essenciais para manter a saúde mental em dia, mesmo ao lidar com os desafios que surgem diariamente. Um dos motivos que pode estar ligado a tamanho sucesso contra os fatores estressantes que surgem são a integração de emoções, crenças, relacionamentos e valores individuais (JUNGES; OLIVEIRA, 2012).

Paralelamente, a dimensão espiritual tem ganhado destaque na prática médica contemporânea, conforme enfatizado pelo Conselho Federal de Medicina, que defende a compatibilidade entre fé e razão dentro dos preceitos éticos da boa prática clínica. Inspirados na máxima de Sêneca — “é parte da cura o desejo de ser curado” — e evidenciados pelo efeito placebo, pesquisadores têm se dedicado à neuroteologia para desvendar como as experiências espirituais modulam a resposta psicofisiológica do paciente. Essa perspectiva integrativa não apenas enriquece as abordagens terapêuticas, mas também reforça a importância de uma visão holística que reconheça o potencial da fé e das crenças como complementos ao tratamento tradicional (CFM, 2011).

Logo, será examinado como a religiosidade e a espiritualidade podem fornecer recursos para o enfrentamento do estresse e do desgaste profissional, auxiliando na manutenção da saúde mental. Essas são questões cruciais em uma profissão que, muitas vezes, exige tomadas de decisão difíceis e enfrenta situações emocionalmente desafiadoras.

A presente pesquisa propõe explorar a interseção entre a religiosidade e a espiritualidade e a saúde mental dos docentes de Medicina, destacando não apenas os desafios e oportunidades que esses aspectos representam, mas também a influência profunda que exercem sobre sua saúde mental, e como esses aspectos interferem na ética, no relacionamento profissional e na sua vivência diária. Assim, o objetivo central deste estudo é analisar a

associação entre a religiosidade e espiritualidade e a saúde mental dos docentes do Curso de Medicina de uma instituição privada do estado de Goiás.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Religiosidade e espiritualidade

A religião pode ser definida como um sistema de crenças e práticas de determinada comunidade, acompanhado por rituais que comunicam-se com ou aproximam-se do Sagrado, do Divino, de Deus em culturas ocidentais ou da Verdade Absoluta, da Realidade ou do nirvana em culturas orientais. Habitualmente, a religião baseia-se em escrituras, ou ensinamentos sobre significado e o propósito do mundo, lugar do indivíduo, assim como suas responsabilidades com os outros. Envolve também a natureza da vida após a morte e costuma oferecer um código moral de conduta aceito por seus membros (KOENIG *et al.*, 2012).

Seguindo esse raciocínio, pode-se definir religião como um conjunto estruturado de mitos, rituais, crenças e símbolos que estabelecem um modelo de ligação entre o ser humano e o transcendente. Já a religiosidade abrange crenças, práticas organizacionais (como atividades institucionais da igreja) e adesão ao sistema teológico/teórico da religião à qual se pertence (MARGAÇA; RODRIGUES, 2019).

Por outro lado, a espiritualidade engloba uma gama de conceitos psicológicos positivos, incluindo significado, propósito, conexão, paz de espírito, bem-estar pessoal e felicidade. A espiritualidade é fundamentada na busca intrínseca de cada indivíduo pelo significado e propósito definitivos na vida. Esse significado pode ser encontrado na religião, mas frequentemente transcende essas fronteiras, abrangendo a relação com uma figura divina, transcendência, conexões interpessoais, além de manifestações espirituais encontradas na natureza, na arte e no pensamento racional (KOENIG, 2001).

Em contraste, a espiritualidade é mais associada a uma busca pessoal por significado e propósito, com um foco no desenvolvimento do potencial humano. Apesar da similaridade conceitual entre religiosidade e espiritualidade, esta última, é moldada pelos contextos socioculturais e históricos, dando forma e significado a valores, comportamentos e vivências humanas. Em alguns casos, isso se manifesta na adesão a uma crença religiosa particular (MARGAÇA; RODRIGUES, 2019).

Nesse viés, os estudos que comparam esses dois conceitos afirmam que espiritualidade é aquilo que dá sentido à vida, é um conceito mais amplo que religião, pois esta é uma expressão da espiritualidade. Espiritualidade é um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade (BATTISTELLA *et al.*, 2001).

Religiosidade e espiritualidade estão relacionadas, mas não são sinônimos. Religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e de valores específicos. Espiritualidade está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e propósito da vida, e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido (BATTISTELLA *et al.*, 2001).

Nesse sentido, a religião e a espiritualidade têm uma influência comparável à de outros elementos reconhecidos como promotores de resiliência. Variações no estilo cognitivo, na personalidade ou na motivação podem influenciar a maneira como a religião é praticada. Por outro lado, a espiritualidade, etimologicamente, está relacionada ao âmbito do espírito, à dimensão imaterial geralmente concebida como algo invisível e intangível para o indivíduo (MARGAÇA; RODRIGUES, 2019).

No que diz respeito à análise de similitude da religiosidade, destacam-se os papéis de organização de toda a estrutura do elemento fé e, na sequência, o de crença, amor e Deus. Já para espiritualidade, a estrutura é mantida e ligada também pelo elemento fé, ao passo que também apresenta, importante função os léxicos amor e Orixá (GOMES, 2023).

2.2 Religiosidade/espiritualidade em busca de sentido

A religiosidade/espiritualidade moldam a maneira como o ser humano enxerga sua realidade, influenciando sua motivação frente a dificuldades e sua percepção sobre o significado e sentido da vida. Nesse contexto, o autor cita o Lama Budista Michel Rinpoche, discorrendo-se sobre a espiritualidade ser uma necessidade, algo do qual o ser humano precisa para dar sentido à existência, compreendendo cada ser como único e subjetivo, constituído não apenas de um corpo, mas de uma realidade interna tão importante quanto à externa, ambas interligadas e em sincronia. Além disso, a espiritualidade é o processo interior de transformação e a religião é o método que alguém cria para chegar nesse processo de transformação (MARTINS *et al.*, 2022).

Ademais, a influência da religiosidade/espiritualidade e a busca pelo sentido da vida se projetam no cuidado médico e na relação do profissional de saúde com o paciente, o que torna importante a percepção dessa realidade na transmissão do conhecimento. A busca por questões sobre existência, sentido e propósito da vida poderia dar um significado transcendental para a vida e para o trabalho, como uma estratégia para lidar com o sofrimento humano, refletindo em um maior comportamento empático (LACOMBE *et al.*, 2021).

Além disso, de acordo com as reflexões de outra autoria, a logoterapia (busca pelo sentido da vida) se aproxima da dimensão religiosa ao abordar o conceito de "supra sentido". Esse termo representa uma esfera que transcende a compreensão intelectual, indo além da capacidade de entender o sofrimento e reconhecendo a possibilidade de a vida ter um sentido incondicional. Nesse contexto, a religiosidade pode desempenhar um papel relevante no auxílio do ser humano na busca por sentido na existência. Dessa maneira, a religião pode provocar a cura psíquica ao proporcionar bem-estar psicológico pelo alívio das aflições (AQUINO *et al.*, 2009).

Complementando esse pensamento, os autores relataram que espiritualidade é realizar uma experiência fundadora de uma nova percepção da realidade e passar a cultivá-la. E a espiritualidade/ religiosidade tanto pode expressar um processo maduro e bem integrado na busca de compreensão ou de significado para a vida. Ainda de acordo com esses autores, a experiência religiosa faz parte da caminhada de uma vida plena de sentido. Nela o ser humano explora a força de sua dimensão espiritual, permitindo ser conduzido por uma realidade que o supera, e captando essa dinâmica na própria consciência (JUNGES; OLIVEIRA, 2012).

O cumprimento do sentido de vida, pelo ser humano, está relacionado à autotranscendência, à autodeterminação, à liberdade e à responsabilidade, componentes da dimensão noética (dimensão do ser humano responsável por instrumentar o psicofísico para a materialização da principal motivação humana: a busca do sentido da vida), que possibilitam a satisfação vital e a autorrealização. Construções teóricas mais contemporâneas postulam que o sentido de vida é composto por três facetas: coerência (senso de que a vida faz sentido), propósito (ter objetivos e metas na vida), significado (grau em que a pessoa acredita que sua vida tem valor e importância) (SANTOS; SILVA, 2022).

Ao selecionar e classificar o que é importante na vida, o ser humano aprimora a coerência ou compreensão do mundo, alinhando os comportamentos com os objetivos e metas que preenchem o sentido de vida. Este destaque ou notabilidade do sentido da vida para a pessoa é denominado *saliência de sentido*, que influencia nas escolhas diárias, comportamentos, respostas às circunstâncias externas e, principalmente, na autorregulação, um aspecto crítico de saúde. Ter maiores habilidades autorregulatórias reduz os efeitos estressores devido ao emprego de estratégias de enfrentamento adaptativas e de comportamentos de saúde. Diferentes estudos indicam que encontrar sentido de vida está relacionado ao melhor estado e funcionamento geral da saúde física e mental (SANTOS; SILVA, 2022).

O estudo também destaca a expressão ou a crença em algo superior que auxilia encontrar sentido no existir como um processo chamado de *atitude religiosa*. Acredita-se que

esta definição é diretamente proporcional à realização existencial, e que também possa estar diretamente relacionada à cosmovisão mais otimista e à percepção de uma vida com propósito. Nesse sentido, mostrou-se que a religião é sim um fator protetor contra o vazio e o desespero existencial. Além disso, é notável que a religiosidade pode sim oferecer bem estar psíquico, auxiliar nas perguntas sobre o existir e diminuir as chances de comportamentos de risco (AQUINO *et al.*, 2009).

Considera-se que, independentemente do grupo estudado e de suas particularidades, no contexto brasileiro, a espiritualidade e a religiosidade são representadas como um único objeto ou fenômeno representacional. Isso também evidencia a importância da espiritualidade no Brasil, traduzindo-se por questões práticas vinculadas e expressas pela religiosidade dos diversos grupos sociais. (GOMES, 2023).

2.3 Profissionais de saúde e população geral

Tratando-se dessa temática, alguns pesquisadores apresentaram em seu estudo achados intrigantes sobre a relação entre profissionais de saúde e a população em geral no que se refere às crenças em curas miraculosas. Essa discrepância revela um ponto de interesse fundamental no contexto da espiritualidade e religiosidade nos docentes de medicina (DIAS; VALENTE; CAVALCANTI, 2020).

Profissionais de saúde em virtude de sua formação técnica, tendem a adotar uma abordagem mais cética no que diz respeito a tratamentos considerados milagrosos. Por outro lado, a população em geral pode demonstrar maior abertura a essas alternativas, muitas vezes impulsionada por suas crenças religiosas e espirituais (DIAS; VALENTE; CAVALCANTI, 2020).

Nas últimas duas décadas, a comunidade científica internacional tem testemunhado um crescente número de pesquisas sobre as relações entre religiosidade/espiritualidade (R/E) e saúde, que apontam um impacto predominantemente positivo em desfechos clínicos em saúde física e mental. Nesse contexto, a atenção do profissional de saúde para as preocupações religiosas e espirituais dos pacientes tem sido considerada parte de um amplo movimento em direção a uma prática clínica centrada no paciente, culturalmente competente, narrativa e integrativa (AGUIAR; CAZELLA; COSTA, 2017).

Nesse sentido, os médicos avaliados parecem reconhecer a importância da espiritualidade para os pacientes e para a saúde, mas são menos fortemente propensos a considerar o seu papel como cuidadores dessa dimensão, pois quase a metade respondeu de forma neutra ou concorda com a afirmação de que “os cuidados espirituais devem ser delegados

a outros profissionais”. Essa aparente dicotomia entre a importância atribuída ao tema R/E e o fraco reconhecimento do seu papel como agentes provedores desse cuidado pode ser, ao menos em parte, explicada pela autopercepção de inabilidade na abordagem do tema, resultado da falta de experiências de ensino e de desenvolvimento de habilidades para lidar com um tema tão sensível como a R/E dos pacientes (AGUIAR; CAZELLA; COSTA, 2017).

Além disso, ainda existem lacunas quanto ao conceito de morte, principalmente quando os profissionais de saúde estão em contato contínuo com esta esfera. Nesse sentido, o avanço das pesquisas tem indicado a necessidade de reconstruir as interrelações entre ciência e R/E diante das diversas situações de vulnerabilidade física e psicológica do ser humano, incluindo a finitude e suas consequências (PLAUTO *et al.*, 2022).

Crenças e práticas espirituais e religiosas são comumente usadas por pacientes e médicos para lidar com doenças e outras mudanças estressantes. Na literatura fica evidente que pessoas mais espiritualizadas apresentam melhor saúde mental e se adaptam mais rapidamente aos problemas em comparação com aquelas menos espiritualizadas. Esses possíveis benefícios para a saúde mental e o bem-estar trazem consequências fisiológicas que afetam a saúde física, o risco de desenvolver doenças e as respostas ao tratamento (PLAUTO, *et al.*, 2022).

É inviável pensar no cuidado integral da saúde sem considerar a espiritualidade nessa relação. A própria concepção de ser humano na perspectiva multidimensional requer isso, tanto nas reflexões teóricas quanto nas intervenções práticas. Entender a espiritualidade como dimensão norteadora do agir humano aponta igualmente para a necessária relação entre imanência e transcendência no apelo incondicional de conferir sentido à existência. Tarefa essa imprescindível na formação do profissional de saúde, na qual as práticas pedagógicas e a didáticas eleitas pelo educador já demonstram sua adesão ou não à espiritualidade enquanto premissa a ser considerada no processo educativo (ROSAL, 2015).

Diante do que fora abordado e demonstrado nessa pesquisa, é razoável admitir a seguinte ilação: a integralidade no cuidado da saúde se coloca como princípio norteador das formações e práticas terapêuticas. Acolher o paradigma da integralidade implica aceitar o traço distintivo da multidimensionalidade do fenômeno humano, em que a dimensão espiritual necessariamente se faz presente enquanto locus privilegiado de construção de sentido (ROSAL, 2015).

Vê-se também que as unidades e os profissionais de saúde precisam abranger as necessidades e demandas das mulheres de terreiro como forma de prestar um cuidado integral e abrangente a essas pessoas e a essas comunidades religiosas. Isso inclui o respeito a seus objetos sagrados e seus recursos terapêuticos como fontes legítimas de cuidado e de cura.

Assim, seria permitida a proposição de importantes medidas de proteção à vida, promoção da saúde, prevenção de doenças e incentivo a uma melhor qualidade de vida (GOMES, 2023).

Esse contraste nos pontos de vista reforça a importância de abordar a espiritualidade e religiosidade no contexto da formação e atuação dos docentes de medicina.

2.4 Bem-estar espiritual em homens e mulheres

Segundo pesquisadores, com exceção dos níveis de depressão, para os quais não houve diferenças nas médias em função da variável gênero, todas as demais variáveis estudadas apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os participantes que se descreveram como homens e mulheres. Tais dados indicaram que mulheres apresentam maiores níveis de bem-estar espiritual, tanto em sua dimensão religiosa quanto existencial, bem como, maiores níveis de ansiedade e estresse (CAETANO *et al.*, 2022).

Ao se analisar o período da pesquisa, durante a pandemia, pode-se inferir que isso aconteceu, pois, as adaptações tiveram um impacto mais significativo nas mulheres, visto que, além das mudanças no ambiente de trabalho, muitas delas continuam a assumir as atividades domésticas e a responsabilidade pelos cuidados com os outros membros da família.

Em relação ao gênero, pôde-se afirmar que as mulheres apresentaram valores de bem-estar espiritual mais elevados do que os homens. O mesmo sucedeu em relação à fé pessoal e à paz espiritual. Relativamente às práticas religiosas não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos.

Por outro lado, estudos trazem as escalas de SRQ-20: um instrumento para levantamento de transtornos psiquiátricos menores recomendado pela OMS, validado para a população brasileira por Mari & Williams e de SWBS, um questionário autoaplicável constituído de 20 itens, dos quais 10 avaliam o bem-estar religioso (RWB), e os demais, o bem-estar existencial (EWB). Ainda nesses estudos, nos alunos de Psicologia, não houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis SRQ-20 e SWB quanto ao gênero (GASTAUD *et al.*, 2006).

Além disso, estudos trazem que o domínio psicológico da qualidade de vida tem correlação positiva com o bem-estar, com o bem-estar existencial e com o bem-estar total. Ademais, existe correlação entre bem-estar ambiental, social, psicológico, físico e saúde geral. Nessa óptica, teste usado na avaliação da pesquisa, o teste de *Mann-Whitney* aponta dados significativos entre o sexo masculino e o bem-estar religioso e o mesmo sexo com bem-estar total (COSTA *et al.*, 2008).

Nesse contexto, uma questão importante diz respeito à abordagem de gênero do presente estudo de Gomes (2023), que pode ter contribuído para a estruturação da representação ao redor da ideia de relação do humano com o divino, do humano com os seus pares e do humano consigo mesmo. A mulher apresenta um papel acentuado e importante no seio da comunidade, em sua organização, em seu desenvolvimento, na transmissão de poder e na construção do que está ligado à religiosidade e à espiritualidade (GOMES, 2023).

2.5 Bem-estar existencial e bem-estar religioso/espiritual

Certos autores definem bem-estar espiritual como a percepção subjetiva de bem-estar do sujeito em relação à sua crença. Além disso, também afirmam que a espiritualidade envolve um componente vertical, religioso (um sentido de bem-estar em relação a Deus), e um componente horizontal, existencial (um sentido de propósito e satisfação de vida), e este último não implica qualquer referência a conteúdo especificamente religioso (PLAUTO *et al.*, 2022).

Também tem-se a definição de que o bem-estar existencial se refere à expectativa positiva em relação ao futuro, otimismo e sentimento de propósito na vida. Diferente do bem-estar religioso, ele não está, necessariamente, vinculado a uma devoção a um Deus ou Entidade superior. Escores altos de bem-estar existencial são uma condição que pode prevenir quadros depressivos, ansiosos e de estresse, mas, por outro lado, os escores de bem-estar religioso podem desencadear níveis maiores dessas condições, indicando que a saúde mental pode estar mais ligada com a espiritualidade do que com a religiosidade em si (CAETANO *et al.*, 2022).

Sob outra perspectiva, estas duas esferas do bem-estar podem se associar e se complementar de uma maneira expressivamente positiva. Os indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado, foram fatores associados identificados em relatos que apresentaram maiores níveis de envolvimento religioso e espiritual (MARTINS *et al.*, 2022).

Ademais, os autores também ressaltam o envolvimento religioso como um fator positivo para a saúde, enfatizando que há uma relação entre crenças, práticas religiosas e saúde física, no qual indivíduos com maior religiosidade apresentam menor prevalência de doenças coronarianas, hipertensão, menos níveis de pressão arterial, menor prevalência de doenças infecciosas, menores complicações no período pós-operatório e menor índice de mortalidade. Além disso, os sentimentos de pertencimento, conexão e identidade, quando vivenciados e experimentados pelos praticantes religiosos, proporcionam enfrentamento positivo em situações estressantes (MARTINS *et al.*, 2022).

2.6 Saúde mental, religião e espiritualidade

A espiritualidade permanece importante para a vida da maioria absoluta da população mundial e tem-se mostrado que o envolvimento religioso está geralmente relacionado com melhores indicadores de saúde mental e bem-estar (MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

Correlacionando saúde mental e espiritualidade/religiosidade, evidenciou-se que a experiência do sujeito e a forma como ele a sente e a interpreta é extremamente importante para manter ou desenvolver comportamentos saudáveis ou caóticos, tanto no que se refere à espiritualidade/religiosidade quanto em outras dimensões da vida. Ainda nesse sentido, é notório como a religiosidade/espiritualidade é importante para enfrentar as inevitáveis situações estressantes que acontecem ao longo da vida. Elas oferecem recursos para enfrentar estes estressores para que mantenha-se um bom nível de saúde mental. A eficácia desse enfrentamento contra os fatores estressores pode estar conectada à integração de emoções, crenças, relacionamentos e valores individuais (JUNGES; OLIVEIRA, 2012).

Ainda nesse sentido, os autores apontaram que, para que essa conexão seja bem-sucedida, amplifique a saúde mental e engrandeça a vivência espiritual, ela dependerá de como cada pessoa tem o “sentido” e a forma como recebe e contextualiza essa experiência com sua vida. Racionalizar o “sentir” e a forma de recebimento e contextualização pode acabar afetando o fluxo da experiência afetiva espiritual, levando o indivíduo a começar a justificar e explicar a sua experiência individual, transformando, dessa forma, em um mecanismo de defesa (JUNGES; OLIVEIRA, 2012).

Outros autores também referiram que a religião tem se mostrado especialmente significativa como uma estratégia individual de enfrentamento para lidar com os acontecimentos da vida. A fé religiosa é frequentemente destacada como uma fonte crucial de resiliência, desempenhando um papel essencial no apoio às pessoas que enfrentam uma crise. Os autores também referem a espiritualidade e a religiosidade como dois processos fundamentais de resiliência, sendo reconhecidos como oportunidades cruciais para o crescimento e autoconhecimento ao longo de todo o processo de desenvolvimento (MARGAÇA; RODRIGUES, 2019). Em outro artigo, em uma população de mulheres encarceradas, foi feito um estudo entre saúde mental e religiosidade, e o resultado foi uma maior religiosidade pessoal associando-se a menor frequência de possível transtorno mental (MORAES, 2006).

Seguindo esse viés, indivíduos que têm uma forte conexão com a espiritualidade e religiosidade tendem a lidar de forma mais eficaz com situações de perda e luto em comparação

com aqueles que têm uma conexão menos profunda. Isso se revela como um recurso valioso para promover o bem-estar psicológico (MARGAÇA; RODRIGUES, 2019). Nessa conjuntura, um estudo relatou que 92% da comunidade religiosa teve apoio para o enfrentamento do isolamento social e do período de pandemia (GOMES, 2023).

As crenças religiosas exercem uma influência significativa sobre a maneira como os indivíduos abordam e enfrentam situações de estresse, sofrimento e desafios existenciais. A prática da religião pode resultar em uma maior capacidade de aceitação, resiliência e adaptação diante de circunstâncias adversas, promovendo um estado de paz interior, autoconfiança e capacidade de perdão, além de uma percepção positiva do próprio eu. No entanto, é importante observar que, dependendo da natureza e aplicação das crenças religiosas, estas podem também induzir sentimento de culpa, incerteza, ansiedade e depressão, decorrentes de um aumento na autocrítica e autoexigência (MOREIRA-ALMEIDA; STROPPIA, 2008).

A influência da mente sobre o corpo tem sido objeto de crescente interesse na Medicina moderna. Emoções, pensamentos e crenças são capazes de interferir no estado físico e psíquico do indivíduo, contribuindo tanto para o agravamento quanto para a melhora de enfermidades. Esse poder é ilustrado pelo efeito placebo, onde o simples ato de acreditar no tratamento promove a cura, sintetizando a ideia de Sêneca de que “é parte da cura o desejo de ser curado”. A fé, a espiritualidade e a religiosidade, embora distintas entre si, revelam-se importantes recursos subjetivos de enfrentamento, proporcionando conforto, resiliência emocional e bem-estar. Evidências indicam que práticas como a oração e a meditação podem auxiliar na redução do estresse, na melhora do equilíbrio psicofisiológico e na aceleração do processo de recuperação.

Nesse contexto, a ciência tem ampliado seus horizontes para compreender melhor os impactos da espiritualidade na saúde, surgindo áreas como a neuroteologia. Instituições como o IPq-HCFMUSP e o Hospital Israelita Albert Einstein realizam estudos sobre os efeitos da religiosidade em pacientes, reconhecendo seu potencial como ferramenta complementar no cuidado integral. Não há conflito entre ciência e fé, desde que a prática médica respeite os princípios éticos e científicos (CFM, 2011). Assim, considerar a dimensão espiritual no atendimento médico é reconhecer o ser humano em sua totalidade, promovendo uma abordagem mais humanizada e eficaz da saúde.

2.7 Importância da espiritualidade no tratamento e na formação dos docentes

As reflexões de dois autores constataam que na formação de professores, atualmente, existem propósitos calcados na sua formatação no sistema cartesiano de racionalidade

fragmentada, que não permite conectar os conhecimentos com o contexto mais amplo da vida. Destarte, a espiritualidade é, ainda, um campo velado e entendê-la é remeter ao sentido da vida, entrecruzando a teoria com o contexto do dia a dia. Os autores afirmam também que a relação espiritual favorece o estabelecimento, entre as pessoas, vínculos mais profundos nas relações interpessoais, tendo em vista que não somente a dimensão biológica ou afetiva nos aproxima como entes humanos e diante de traumas e catástrofes de diversas ordens, é importante lançar alguns desafios que podem aproximar os seres humanos da esfera do sentido (TREVISAN; BORIN, 2018).

A importância da religiosidade e espiritualidade nos docentes de medicina reside na influência direta que exercem sobre a formação de futuros profissionais de saúde. Ao integrar esses aspectos no ambiente educacional, os docentes preparam os estudantes para compreender e respeitar as dimensões espirituais dos pacientes, promovendo um cuidado mais humano e completo. Além disso, reconhecem que a espiritualidade é uma parte essencial do tratamento global que contribui para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Isso não só humaniza o atendimento médico, como também ajuda os próprios docentes a lidar com questões éticas e morais que frequentemente surgem na prática clínica (SOUZA, *et al.*, 2019).

Os currículos médicos devem ser capazes de orientar os alunos quanto ao papel da espiritualidade no cuidado dos pacientes em diferentes situações e a influência de sua própria espiritualidade na capacidade de prestar cuidado singular que envolve os aspectos espirituais da vida dos pacientes (*Association of American Medical Colleges - AAMC*, 1998).

Ademais, constatou-se que os docentes possuem espiritualidade elevada e que, em sua maioria, esforçam-se para viver de acordo com as suas crenças religiosas. É importante ressaltar que, por mais espiritualizado que seja o profissional, há dificuldade na abordagem da espiritualidade dos pacientes, dentre os motivos, por falta de conhecimento teórico e o medo de impor a sua crença religiosa, ou seja, percebe-se uma carência de informações sobre a espiritualidade que poderia ter sido contemplada no campo acadêmico (FERREIRA *et al.*, 2020).

2.8 Saúde mental entre docentes

Foi evidenciado que professoras do ensino superior apresentam uma prevalência significativamente maior de transtornos mentais comuns (TMC) em comparação aos professores, 56,8% entre mulheres e 34,0% entre homens. (ARAÚJO *et al.*, 2006). Além disso, observam-se maiores níveis de sofrimento psíquico e sintomas de adoecimento emocional entre

as docentes, o que reforça a necessidade de atenção específica à saúde mental feminina no ambiente educacional (NEVES, *et al.*, 2019).

Além disso, mulheres docentes estão mais vulneráveis a problemas de saúde relacionados ao exercício da profissão, tanto no âmbito físico quanto psicológico. Foi identificado que ser mulher aumenta significativamente as chances de afastamento do trabalho por sintomas psicológicos (COTO *et al.*, 2023). Esses resultados são interpretados à luz de fatores como a sobrecarga de trabalho, a acumulação de funções dentro e fora do ambiente profissional e a maior exposição a condições adversas no contexto educacional, que impactam negativamente a saúde mental e física das professoras.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a associação entre a religiosidade e espiritualidade e a saúde mental dos docentes do curso de medicina de uma instituição privada do estado de Goiás.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas dos docentes.
- Conhecer aspectos relacionados à religiosidade dos docentes.
- Conhecer aspectos relacionados à espiritualidade dos docentes.
- Identificar questões relacionadas à saúde mental dos docentes quanto à depressão, ansiedade e estresse.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo de cunho transversal, quantitativo observacional, analítico, com docentes do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA.

4.2 População de estudo

A população do estudo foi composta por docentes do 1º ao 12º período do curso, com idade superior a 24 anos, considerando o tempo de graduação, mestrado e doutorado, de ambos os sexos. A amostragem é não probabilística, por conveniência. No primeiro semestre de 2024, eram de 174 professores, conforme informações fornecidas pela secretaria do curso.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário autoaplicável utilizando o aplicativo *Google Forms* (<https://forms.gle/qNhBCX8XBx7TfjCy5>), onde o docente foi convidado a participar, e quando concordou com o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) (APÊNDICE 1), teve acesso ao questionário (APÊNDICE 2).

Foi enviado um convite para a participação na pesquisa aos representantes de turma dos períodos, repassado aos professores nos grupos que existem de alunos representantes em colaboração com os professores. Também abordamos os mesmos nos corredores e salas de aula da faculdade, oferecendo o *QRcode* através dos dispositivos eletrônicos dos pesquisadores, visível, para que eles realizassem a leitura através do próprio celular e, dessa forma, obterem acesso ao questionário do *Google Forms*.

Também alguns professores foram abordados através das redes sociais e aplicativos de mensagens, como *WhatsApp* e *Instagram*, apresentando a pesquisa e oferecendo o link para participação. Além disso, foi deixada uma folha com o *QRcode* impresso e visível, na secretaria do curso, onde todos os docentes podiam ter acesso. A secretaria do curso ofereceu acesso à lista de professores e seus e-mails para contato, e por meio desta, foi enviado um e-mail contendo as informações sobre o trabalho, com o link do questionário anexado, solicitando a participação.

O participante teve acesso aos formulários de coleta de dados somente após consentir e assinar eletronicamente o RCLE (APÊNDICE 1). Caso aceitassem participar da pesquisa, foi disponibilizado o questionário autoaplicável. Para responder ao questionário, o participante pode utilizar o seu próprio celular ou notebook ou computador disponível na

Biblioteca da Instituição, no local e momento que desejavam e se sentissem com privacidade e conforto para responder ao questionário.

Foi utilizado um instrumento para coleta de dados contendo um total de 39 questões, com os seguintes dados:

- **Sociodemográficos:** idade, sexo, autorreferência à cor da pele/etnia, presença de cônjuge/companheiro(a), pós-graduação e religião (APÊNDICE 2).
- **Escala de Religiosidade da Universidade de Duke, versão em português (Duke University Religion Index – P-Durel):** avaliação das múltiplas dimensões de religiosidade, por meio da filiação religiosa e P-Durel, validada para o Brasil (LUCCHETTI, *et al.* 2012). Apresenta cinco itens que avaliam três dimensões, a religiosidade organizacional (RO), religiosidade não-organizacional (RNO) e a religiosidade intrínseca (RI). As opções de resposta são em uma escala de Likert de 5 ou 6 pontos, quanto maior a pontuação maior a religiosidade em cada uma das subescalas (LUCCHETTI, *et al.* 2012) (ANEXO 1).
- **Escala de Autoavaliação de Espiritualidade (*Spirituality Self Rating Scale – SSRS*):** uma escala traduzida e adaptada para o Brasil (GONÇALVES; PILLON, 2009), que contém seis itens que avaliam aspectos da espiritualidade, esses itens refletem o quão importante o praticante considera as questões sobre sua dimensão espiritual e se elas são aplicadas em seu dia a dia em uma Escala de Likert. O SSRS possui pontuação de 6 a 30 pontos, no qual quanto maior a pontuação, maior a espiritualidade (ANEXO 2).
- **Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (*Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS 21*):** é um instrumento para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Os domínios encontram-se divididos em três fatores (Itens Depressão: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; Ansiedade: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; Estresse: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). A escala de resposta aos itens é do tipo Likert de quatro pontos variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito ou na maioria do tempo). A versão em português da DASS-21 foi proposta por Vignola e Tucci (2014) e validada por Martins *et al.* (2019) (ANEXO 3).

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa os docentes regularmente registrados no Curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás UniEVANGÉLICA, com idade superior a 24 anos, que aceitassem participar voluntariamente da pesquisa por meio da assinatura virtual do RCLE e preenchimento dos instrumentos de coleta de dados propostos.

4.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos os indivíduos que não responderam adequadamente aos instrumentos de pesquisa.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Segue as Orientações para Procedimentos em Pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa de 24 de fevereiro de 2021.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Evangélica de Goiás, com o parecer nº 6.925.519 (ANEXO 4).

4.7 Análise de dados

Os dados coletados foram tabulados e sumarizados em planilhas utilizando o programa Microsoft Office Excel. Foram conduzidas análises descritivas das variáveis investigadas com valores absolutos (n) e porcentagens (%). Para variáveis quantitativas, foram considerados a média e o desvio-padrão (DP). Para a análise da estatística inferencial na comparação entre os grupos, foi utilizado o teste Qui-quadrado para variáveis categóricas e o teste de Mann-Whitney para as variáveis ordinais, por meio do software IBM-SPSS 22,0. Os resultados foram apresentados em tabelas e adotando um $p < 0,05$ e o intervalo de confiança foi de 95%.

Os dados foram inicialmente analisados por meio da estatística descritiva, utilizando a distribuição das frequências e da estatística inferencial, com testes de comparação entre as variáveis dependentes relacionadas aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse em professores universitários e as independentes explicativas religiosidade e espiritualidade.

Na análise bivariada, utilizou-se o teste do Qui-quadrado de Pearson, para verificar a existência de associação entre cada uma das variáveis dependentes e as variáveis independentes. Considerando-se o valor de $p < 0,05$, com intervalos de confiança de 95% por meio do programa estatístico IBM-SPSS 22.0.

Para a análise da associação entre os níveis de religiosidade e espiritualidade com os desfechos de ansiedade, estresse e depressão, foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta. Esse método é indicado para estudos transversais com desfechos binários, pois permite estimar a razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Inicialmente, foi realizada uma análise bivariada entre as variáveis explicativas (religiosidade organizacional, não organizacional, intrínseca e espiritualidade) e os desfechos ligados à saúde mental (ansiedade, estresse e depressão), por meio do teste Qui-quadrado de Pearson. As variáveis com valor de $p \leq 0,20$ foram selecionadas para compor o modelo ajustado. Posteriormente, foi conduzida a regressão de Poisson ajustada para as variáveis sociodemográficas (sexo), consideradas possíveis fatores de confusão, o nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

5 RESULTADOS

O presente estudo buscou analisar a associação entre a religiosidade e espiritualidade e a saúde mental dos docentes do curso de medicina, bem como conhecer os aspectos relacionados à religiosidade e espiritualidade dos mesmos e identificar questões relacionadas à saúde mental dos docentes quanto à depressão, ansiedade e estresse. A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2024, totalizando 82 participantes, com idade média de 46,52 anos (DP = 10,1). A maioria (64,6%) do sexo feminino e cor/raça branca (72%) (Tabela 01).

Também acerca dos dados sociodemográficos, constatou-se que 85,4% dos participantes apresentavam cônjuge. No critério de pós-graduação, nota-se que os docentes possuem mestrado ou doutorado. Tratando-se sobre a religião, pode-se notar que a maioria dos docentes declarou-se Católico Apostólico Romano (46,3%) e Evangélico/ (35,4%) (Tabela 01).

Tabela 01 - Distribuição dos Dados Sociodemográficos dos professores do curso de Medicina da UniEVANGÉLICA. Anápolis-GO, 2025 (n = 82).

Variáveis	Frequência n(%)
Idade média (29-72)	46,52 (DP=10,1)
Sexo	
Feminino	53 (64,6)
Masculino	29 (35,4)
Cor/Raça	
Branca	59 (72,0)
Parda	22 (26,8)
Preta	1 (01,2)
Presença de cônjuge/companheiro(a)	
Sim	70 (85,4)
Não	11 (13,4)
Prefiro não responder	1 (01,2)
Pós-Graduação	
Mestrado	34 (41,5)
Doutorado	25 (30,5)
Pós-Doutorado	4 (04,9)
Outra	19 (23,2)
Religião	
Católica Apostólica Romana	38 (46,3)
Evangélica/Protestante	29 (35,4)
Espírita/Espiritualista	10 (12,2)
Sem Religião	04 (04,9)
Prefere não responder	01 (01,2)

Fonte: Os autores (2025)

A Tabela 02 apresenta os resultados da Escala de Religiosidade de Duke (P-DUREL) aplicada a uma amostra de 82 participantes docentes de uma universidade em

Anápolis - GO. A variável Religiosidade, é composta pela religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca. Os resultados foram dicotomizados em ‘alta’ ou ‘baixa’ religiosidade. A religiosidade organizacional mede a frequência de ida a igrejas, templos ou encontros religiosos, mostrou que 59,8% (n=49) dos participantes, apresentaram alta Religiosidade Organizacional. Quanto à religiosidade não organizacional, que avalia o tempo dedicado a atividades religiosas individuais, 82,9% (n=68) dos participantes relataram alta Religiosidade não organizacional. Já em relação à religiosidade intrínseca, que reflete a internalização e vivência pessoal da religiosidade, 91,5% (n=75) dos participantes indicaram alta religiosidade intrínseca (Tabela 02).

Com relação à Escala de Autoavaliação de Espiritualidade (Spirituality Self Rating Scale – SSRS), observou-se que a grande maioria das participantes apresentou níveis elevados de espiritualidade. Dos 82 respondentes, 96,3% (n=79) classificaram sua espiritualidade como alta, enquanto apenas 3,7% (n=3) relataram baixa espiritualidade. Esses dados indicam uma forte presença da espiritualidade entre os docentes participantes da pesquisa (Tabela 02)

Tabela 02 – Escala de Religiosidade de Duke (P-DUREL) e Escala de Autoavaliação de Espiritualidade (Spirituality Self Rating Scale – SSRS). Anápolis, GO, 2025. (n=82).

Variáveis	Frequência n(%)
Religiosidade Organizacional (RO) - Frequência de ida a igreja, templo ou encontro religioso	
RO Alta	49 (59,8)
RO Baixa	31 (37,8)
Ausente do sistema	2 (2,4)
Religiosidade Não Organizacional (RNO) - Frequência dedica tempo a atividades religiosas individuais	
RNO Alta	68 (82,9)
RNO Baixa	12 (14,6)
Ausente do sistema	2 (2,4)
Religiosidade Intrínseca (RI) - Internalização e vivência pessoal da religiosidade	
Alta	75 (91,5)
Baixa	5 (6,1)
Ausente do sistema	2 (2,4)
Espiritualidade	
Alta	79 (96,3)
Baixa	3 (3,7)

Fonte: Os autores (2025)

A Tabela 03 expressa os dados obtidos a partir da Escala DASS 21 (*Depression, Anxiety and Stress Scale*), uma avaliação clínica que define os níveis das variáveis Depressão, Ansiedade e Estresse. Na amostra de 82 docentes, 82,9% (n=68) demonstraram não conviver com sintomas de depressão.

No tocante à variável ansiedade 75,6% (n=62) da população total avaliada expressaram sintomas normais (Tabela 03).

Referindo-se à variável estresse, ainda na Tabela 03, 74,4% (n=61) da amostra total expressaram sintomas considerados normais. Nenhum docente foi classificado com sintomas severos ou extremamente severos de estresse.

Tabela 03 - Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (*Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS 21*). Anápolis - GO, 2025 (n=82).

Variáveis	Frequência n(%)
Depressão	
Normal	68 (82,9)
Leve	6 (7,3)
Moderado	5 (6,1)
Severo	1 (1,2)
Ausente do sistema	1 (1,2)
Ansiedade	
Normal	62 (75,6)
Leve	3 (3,7)
Moderado	11 (13,4)
Severo	2 (2,4)
Ausente do Sistema	4 (4,9)
Estresse	
Normal	61 (74,4)
Leve	11 (13,4)
Moderado	8 (09,8)
Ausente do Sistema	1 (1,2)

Fonte: Os autores (2025)

A Tabela 04 apresenta os dados da análise bivariada realizada entre os níveis de depressão e as variáveis de religiosidade, espiritualidade e características sociodemográficas, em uma amostra composta por 82 participantes. Dentre as variáveis analisadas, observou-se associação estatisticamente significativa entre religiosidade intrínseca (RI) e sintomas depressivos ($p=0,011$), onde a maior porcentagem de pessoas com religiosidade intrínseca alta estão no grupo sem depressão ou possuem depressão leve.

As dimensões de religiosidade organizacional (RO) e não organizacional (RNO), analisadas na Tabela 04, não demonstraram associação estatisticamente significativa com os níveis de depressão ($p = 0,574$ e $p = 0,301$, respectivamente).

Em relação à espiritualidade, medida pelo instrumento SSRS, de acordo com os dados obtidos da tabela 04, também não foi observada associação estatisticamente significativa com a presença de sintomas depressivos ($p = 0,121$).

No que tange às variáveis sociodemográficas, a Tabela 04 apresentou associação significativa entre o sexo e a presença de sintomas depressivos ($p = 0,039$). Foi a única variável sociodemográfica estatisticamente significativa em relação a variável depressão, na qual mais mulheres possuem depressão moderada ou severa, quando comparada aos homens.

Tabela 04 – Resultado da associação bivariada entre Depressão, e as variáveis explicativas e possíveis confundidoras (sociodemográficas). Anápolis (GO), 2025 (n=82).

Variáveis explicativas	Frequência n(%)	Depressão Normal/ Leve (%)	Depressão Moderada/ Severa (%)	p*
Religiosidade Organizacional (RO)				
RO Alta	49 (61,3)	45 (93,8)	3 (6,3)	0,574
RO Baixa	31 (38,7)	28 (90,3)	3 (9,7)	
Religiosidade Não Organizacional (RNO)				
RNO Alta	68 (85,0)	62 (92,5)	5 (7,5)	0,301
RNO Baixa	12 (15,0)	10 (83,3)	2 (16,7)	
Religiosidade Intrínseca (RI)				
RI Alta	75 (93,8)	69 (93,2)	5 (6,8)	0,011
RI Baixa	5(6,2)	3 (60,0)	2 (40,0)	
Espiritualidade (SSRS)				
Alta	79 (96,3)	72 (92,3)	6 (7,7)	0,121
Baixa	3(3,7)	2 (66,7)	1 (33,3)	
Varáveis sociodemográficas**				
Sexo				
Feminino	52 (64,2)	45 (86,5)	7 (13,5)	0,039
Masculino	29 (35,8)	29 (100,0)	0 (0,0)	

* Teste Qui-quadrado de Pearson.

** Possíveis confundidoras

Fonte: Os autores (2025)

A Tabela 05 apresenta os resultados da análise bivariada entre os níveis de ansiedade e as variáveis explicativas de religiosidade, espiritualidade e características sociodemográficas. A maioria dos participantes apresentou religiosidade organizacional (RO) alta (61,3%), religiosidade não organizacional (RNO) alta (85,0%) e religiosidade intrínseca (RI) alta (93,8%). Além disso, 96,3% dos participantes relataram níveis elevados de espiritualidade.

A análise bivariada entre Ansiedade e as demais variáveis de interesse não formam identificadas associações significativas. Entre indivíduos com RO alta nota-se que 84,8% apresentaram ansiedade normal ou leve, enquanto 15,2% tiveram ansiedade moderada ou severa. Já entre aqueles com RO baixa, 80,0% apresentaram ansiedade normal/leve e 20,0%, moderada/severa. Não houve associação estatisticamente significativa entre a RO e os níveis de ansiedade ($p = 0,588$) (Tabela 05).

Em relação à RNO 84,4% dos indivíduos com nível alto apresentaram ansiedade normal/leve e 15,6%, moderada/severa. Entre os que relataram RNO baixa, 75% apresentaram ansiedade normal/leve e 25,0%, moderada/severa, também sem associação estatística significativa ($p = 0,429$) (Tabela 05).

Quanto à RI 83,3% dos participantes com nível alto apresentaram ansiedade normal/leve e 16,7% moderada/severa. Entre aqueles com RI baixa, 75,0% tinham ansiedade normal/leve e 25,0% moderada/severa, sem significância estatística ($p = 0,667$) (Tabela 05).

No que diz respeito à espiritualidade, na Tabela 05 constatou-se que 82,7% dos indivíduos com níveis elevados apresentaram ansiedade normal/leve, enquanto 17,3% apresentaram ansiedade moderada/severa. Todos os três participantes com baixa espiritualidade apresentaram ansiedade normal/leve (100%). Ainda assim, não foi observada associação estatisticamente significativa entre espiritualidade e ansiedade ($p = 0,430$).

A variável sociodemográfica sexo foi a única que apresentou associação estatisticamente significativa com os níveis de ansiedade ($p = 0,025$). A ansiedade moderada/severa teve maior prevalência no sexo feminino em comparação o sexo masculino (Tabela 05).

Tabela 05 – Resultado da associação bivariada entre Ansiedade e as variáveis explicativas e possíveis confundidoras (sociodemográficas). Anápolis (GO), 2025 (n=82).

Variáveis explicativas	Frequência n(%)	Ansiedade Normal/ Leve (%)	Ansiedade Moderada/ Severa (%)	p*
Religiosidade Organizacional (RO)				
RO Alta	49 (61,3)	39 (84,8)	7 (15,2)	0,588
RO Baixa	31 (38,7)	24 (80,0)	6 (20,0)	
Religiosidade Não Organizacional (RNO)				
RNO Alta	68 (85,0)	54 (84,4)	10 (15,6)	0,429
RNO Baixa	12 (15,0)	9 (75,0)	3 (25,0)	
Religiosidade Intrínseca (RI)				
RI Alta	75 (93,8)	60 (83,3)	12 (16,7)	0,667
RI Baixa	5(6,2)	3 (75,0)	1 (25,0)	
Espiritualidade				
Alta	79 (96,3)	62 (82,7)	13 (17,3)	0,430
Baixa	3(3,7)	3 (100,0)	0 (0)	
Varáveis sociodemográficas**				
Sexo				
Feminino	51 (65,4)	39 (76,5)	12 (23,5)	0,025
Masculino	27 (34,6)	26 (96,3)	1 (3,7)	

* Teste Qui-quadrado de Pearson.

** Possíveis confundidoras

Fonte: Os autores (2025)

Os resultados da Tabela 06, que analisa a associação bivariada entre os níveis de estresse e as variáveis explicativas relacionadas à religiosidade, espiritualidade e fatores sociodemográficos, mostra que 61,3% dos participantes apresentaram religiosidade organizacional (RO) alta, 85,0% religiosidade não organizacional (RNO) alta e 93,8% religiosidade intrínseca (RI) alta. A maioria (96,3%) também declarou possuir alta espiritualidade.

Entre os indivíduos com RO alta, na Tabela 06 nota-se que 93,8% apresentaram níveis de estresse normal/leve e 6,3% estresse moderado/severo. Já entre aqueles com RO baixa, 83,9% estavam com estresse normal/leve e 16,1% com estresse moderado/severo. A associação entre RO e estresse não foi estatisticamente significativa ($p = 0,155$).

Quanto à RNO, 91,0% dos participantes com nível alto apresentaram estresse normal/leve e 9,0% moderado/severo. Entre os de RNO baixa, 75,5% apresentaram estresse normal/leve e 25,0% moderado/severo, sem significância estatística ($p = 0,107$) (Tabela 06).

Na análise da RI, 90,5% dos participantes com nível alto apresentaram estresse normal/leve, e 9,5% moderado/severo. Já entre aqueles com RI baixa, 60,0% apresentaram estresse normal/leve e 40,0% moderado/severo. Essa foi a única variável com associação estatisticamente significativa com o estresse ($p = 0,038$) (Tabela 06).

Em relação à espiritualidade, a Tabela 06 apresenta 89,7% dos participantes com nível alto apresentaram estresse normal/leve e 10,3% moderado/severo. Entre aqueles com espiritualidade baixa, 66,7% apresentaram estresse normal/leve e 33,3% moderado/severo, mas sem significância estatística ($p = 0,212$).

A variável sexo (Tabela 06), mostrou que 84,6% das mulheres apresentaram estresse normal/leve e 15,4% moderado/severo, enquanto entre os homens 96,6% apresentaram estresse normal/leve e apenas 3,4% moderado/severo. Apesar das diferenças observadas, a associação não foi estatisticamente significativa ($p = 0,101$).

Tabela 06 – Resultado da associação bivariada entre Estresse e as variáveis explicativas. Anápolis (GO), 2025 (n=82).

Variáveis explicativas	Frequência n(%)	Estresse Normal/ Leve (%)	Estresse Moderada/ Severa (%)	p*
Religiosidade Organizacional (RO)				
RO Alta	49 (61,3)	45 (93,8)	3 (6,3)	0,155
RO Baixa	31 (38,7)	26 (83,9)	5 (16,1)	
Religiosidade Não Organizacional (RNO)				
RNO Alta	68 (85,0)	61 (91,0)	6 (9,0)	0,107
RNO Baixa	12 (15,0)	9 (75,5)	3 (25,0)	
Religiosidade Intrínseca (RI)				
RI Alta	75 (93,8)	67 (90,5)	7 (9,5)	0,038
RI Baixa	5(6,2)	3 (60,0)	2 (40,0)	
Espiritualidade				
Alta	79 (96,3)	70 (89,7)	8 (10,3)	0,212
Baixa	3(3,7)	2 (66,7)	1 (33,3)	
Varáveis sociodemográficas**				
Sexo				
Feminino	52 (64,2)	44 (84,6)	8 (15,4)	0,101
Masculino	29 (35,8)	28 (96,6)	1 (3,4)	

* Teste Qui-quadrado de Pearson.

** Possíveis confundidoras

Fonte: Os autores (2025)

A Tabela 07 apresenta os resultados da regressão de Poisson, ajustada e não ajustada, da associação entre depressão e as variáveis explicativas, incluindo a religiosidade intrínseca (RI) e o sexo como possível variável sociodemográfica confundidora.

No modelo não ajustado, constatado na Tabela 07, indivíduos com baixa religiosidade intrínseca apresentaram razão de prevalência (RP) de 0,76 (IC95%: 0,56–1,04) para depressão, com valor de $p = 0,088$. No modelo ajustado, ao controlar pelas variáveis sociodemográficas, a associação entre baixa RI e menor depressão observou-se estatisticamente significativa, com $RP = 0,76$ (IC95%: 0,57–1,0) e $p = 0,049$. Isso sugere que indivíduos com maior religiosidade intrínseca têm menor chance de apresentar sintomas de depressão em comparação àqueles com baixa RI (Tabela 07).

Quanto ao sexo, observou-se que o sexo feminino apresentou uma associação significativa com maior prevalência de depressão tanto no modelo não ajustado ($RP = 1,14$; IC95%: 1,05–1,12; $p = 0,002$) quanto no ajustado ($RP = 1,14$; IC95%: 1,05–1,24; $p = 0,002$). Esses dados indicam que mulheres têm mais chances de apresentarem sintomas de depressão em comparação aos homens (Tabela 07).

Tabela 07 – Resultados da Regressão de Poisson ajustado e não ajustado da associação entre Depressão, e as variáveis explicativas e possíveis confundidoras (sociodemográficas). Anápolis (GO), 2025 (n=82).

Variáveis explicativas	Não ajustado		Ajustado	
	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
Religiosidade Intrínseca (RI)				
RI Baixa	0,76 (0,56-1,04)	0,088	0,76 (0,57-1,0)	0,049
RI Alta	1			
Varável sociodemográfica (possível confundidora)				
Sexo				
Feminino	1,14 (1,05-1,12)	0,002	1,14 (1,05-1,24)	0,002
Masculino	1			

Fonte: Os autores (2025)

A Tabela 08 apresenta os resultados da análise de regressão de Poisson, ajustada e não ajustada, que analisou a associação entre religiosidade intrínseca e sintomas de estresse em professores universitários. Verificou-se que indivíduos com baixa religiosidade intrínseca apresentaram uma razão de prevalência (RP) inferior para estresse em comparação àqueles com alta religiosidade intrínseca.

No modelo não ajustado, a RP foi de 0,78 (IC95%: 0,57–1,11), com valor de $p=0,123$. Após o ajuste pelas variáveis sociodemográficas, a associação manteve-se não significativa, com RP de 0,78 (IC95%: 0,58–1,03) e valor de $p=0,082$ (Tabela 08).

Em relação ao sexo, observou-se que o sexo feminino apresentou maior estresse em comparação ao masculino. No modelo ajustado, a RP foi de 1,12 (IC95%: 1,00–1,25), com $p=0,049$, evidenciando associação estatisticamente significativa (Tabela 08).

Tabela 08 – Resultados da Regressão de Poisson ajustado e não ajustado da associação entre Estresse, e as variáveis explicativas e possíveis confundidoras (sociodemográficas). Anápolis (GO), 2025 (n=82).

Variáveis explicativas	Não ajustado		Ajustado	
	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
Religiosidade Intrínseca (RI)				
RI Baixa	0,78 (0,57-1,11)	0,123	0,78 (0,58-1,03)	0,082
RI Alta	1		1	
Varáveis sociodemográficas (possíveis confundidoras)				
Sexo				
Feminino	1,11 (1,0-1,2),	0,056	1,12 (1,00-1,25)	0,049
Masculino	1			

Fonte: Os autores (2025)

6 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, sobre a associação bivariada entre sintomas de depressão e diferentes formas de religiosidade e espiritualidade entre os docentes em Anápolis, a religiosidade organizacional (RO) e não organizacional (RNO) não apresentaram associações significativas com saúde mental ($p > 0,05$). Isso sugere que a frequência a cultos ou práticas individuais (ex.: oração) tem menos impacto do que a internalização de valores espirituais (RI). Estudos Murakami e Campos (2012), analisam a importância de considerar a religiosidade no cuidado com pacientes, destacando que a religiosidade intrínseca está associada a melhores desfechos em saúde mental. A internalização da fé proporciona significado ao sofrimento e pode auxiliar na adaptação ao estresse, enquanto práticas externas, como a frequência a cultos ou orações individuais, têm um menor impacto na saúde mental.

Embora a espiritualidade não apresente uma significância estatística, ela apresenta uma diferença notável, já que 33,3% dos docentes com baixa espiritualidade apresentam sintomas moderados/severos de depressão. Já a religiosidade intrínseca, foi o único fator que teve associação estatisticamente significativa com os níveis de depressão. Além disso, pode-se enfatizar que os resultados da regressão de Poisson ajustada, revelaram que a Religiosidade Intrínseca (RI) alta associou-se significativamente a menor prevalência de depressão. Esse fator é enfatizado no estudo de Mosqueiro *et al.* (2021) que, utilizando o Índice de Religiosidade de Duke (P-DUREL), mostrou em seus resultados que a religiosidade intrínseca foi inversamente correlacionada com os escores de risco de suicídio.

Entretanto, faz-se importante destacar que a maior vulnerabilidade de mulheres à depressão, ansiedade e estresse, reflete padrões globais. Essa análise é vista nos estudos de Farhane-Medina *et al.* (2018), os quais confirmam em seus resultados que a feminilidade pode ser um fator de risco para o desenvolvimento da ansiedade, enquanto a masculinidade, pode atuar como fator protetor. Além disso, flutuações hormonais e diferenças estruturais cerebrais foram apontadas como possíveis causas para a maior prevalência de ansiedade em mulheres.

Embora 64,6% dos docentes sejam mulheres, a análise de regressão confirmou que, o sexo feminino permaneceu associado a maior risco de depressão e estresse, destacando a necessidade de políticas institucionais específicas para equidade de gênero, considerando as necessidades específicas das professoras.

Além disso, comparando as dimensões religiosidade e estresse, há associação estatisticamente significativa entre Religiosidade Intrínseca (RI) baixa e maiores níveis de estresse moderado/grave. A elevada religiosidade intrínseca e espiritualidade entre os entrevistados, sugere que essas características podem atuar como mecanismos de enfrentamento

para o estresse e demandas emocionais da carreira. Esses achados corroboram com os estudos de autores como Martins *et al.* (2022), os quais identificaram a espiritualidade como um fator de resiliência, que ajuda os profissionais da saúde a lidarem melhor com o desgaste emocional.

O perfil de religiosidade e espiritualidade observado entre os docentes da pesquisa, está em consonância com estudos que mostram uma tendência crescente entre profissionais da saúde, o apoio mútuo em práticas espirituais e religiosas como fontes de bem-estar. Em particular, a alta religiosidade intrínseca, que é uma internalização pessoal e sentido de conexão espiritual independente de práticas organizacionais, reflete uma preferência contemporânea por experiências menos institucionalizadas, assim como está relatado nos estudos de Koenig (2012). Essa tendência também está alinhada com os estudos de Dias, Valente e Cavalcanti (2020), que observaram que profissionais de saúde tendem a buscar práticas espirituais mais individualizadas, possivelmente como uma forma de adaptar-se ao ritmo e à exaustiva carga de trabalho.

Outros autores, ressaltam a importância da espiritualidade e religiosidade na formação de professores, sugerindo que ela pode promover conexões interpessoais e favorecer equilíbrio emocional. Professores com uma forte conexão espiritual tendem a demonstrar maior empatia, paciência e resiliência, sendo benéfico para os estudantes, principalmente em cursos de alta demanda, como medicina. A espiritualidade e a religiosidade podem ser recursos psicológicos positivos para os docentes, fornecendo um suporte emocional a mais nos desafios do ambiente acadêmico, além de poder proporcionar um sentido de propósito e significado, que os docentes transmitem, direta ou indiretamente para os seus alunos, conforme evidenciado nos estudos de Trevisan e Borin (2018).

De forma intrigante, notou-se que a religiosidade organizacional, que é a frequência de participação em igrejas, templos ou encontros religiosos, era relativamente menor entre os entrevistados. Este achado sugere que, para muitos docentes, o suporte espiritual pode ser encontrado principalmente em práticas individuais, como meditação e oração, o que reflete um movimento moderno em direção a uma espiritualidade que vai além daquela proporcionada pelas instituições formais de fé, assim como relatado pelo estudo dos autores Lacombe *et al.* (2021).

A conexão espiritual também pode ser fundamental para o enfrentamento de dilemas éticos e emocionais na prática médica. Os docentes tendo sua espiritualidade e religiosidade valorizada, colaboram com a promoção de um ambiente de ensino mais humanizado e alinhado com o conceito de cuidado integral ao paciente, algo fundamental na medicina. A Associação Americana de Faculdades de Medicina (1998) destaca que, um ensino

médico que inclua aspectos de espiritualidade, pode preparar os estudantes para um atendimento mais completo e respeitoso, promovendo empatia e uma compreensão mais holística do paciente.

A espiritualidade vem sendo cada vez mais reconhecida como uma dimensão relevante no cuidado integral à saúde, promovendo um olhar mais humanizado sobre o paciente. Segundo Rosal (2015), a abordagem integral deve incluir a espiritualidade como um componente essencial na prática terapêutica, pois, considerando o paciente na sua totalidade, a intervenção profissional se torna mais eficaz e significativa, promovendo conforto emocional e sentido de vida, aspectos cruciais para o cuidado holístico. Esses princípios também se aplicam ao contexto docente, no qual integrar a espiritualidade à prática pedagógica, pode enriquecer a formação dos alunos, preparando-os para abordar o paciente de maneira mais sensível e efetiva.

O presente estudo possui limitações a serem consideradas, como o desenho transversal e a amostragem por conveniência, composta exclusivamente por docentes de uma única universidade e curso, limitando a generalização dos achados. A utilização de questionários auto aplicáveis, como o DASS-21 e Escala de Religiosidade de Duke, também pode introduzir viés de resposta, visto que os participantes podem ter respondido de forma socialmente desejável ou subestimando seus sintomas.

Estudos futuros, como sugerem os autores Caetano *et al.* (2022), poderiam ampliar a amostra e usar um design longitudinal para explorar como religiosidade/espiritualidade ao longo do tempo. Ademais, outras abordagens qualitativas, como a carga horária de trabalho, o suporte social, a satisfação profissional e o nível de estresse associado ao ambiente institucional, poderiam enriquecer a compreensão, explorando a percepção individual dos docentes sobre o papel da espiritualidade/religiosidade em seu bem estar psicológico. A utilização de entrevistas qualitativas ou grupos focais, por exemplo, poderiam enriquecer a análise oferecendo uma visão mais profunda sobre a percepção dos docentes em relação à espiritualidade e sua aplicação no cotidiano acadêmico.

À luz dos desafios contemporâneos enfrentados no âmbito da saúde mental docente, esta pesquisa teve como propósito analisar a associação entre religiosidade, espiritualidade e saúde mental entre professores do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás, investigando a influência desses fatores sobre sintomas de ansiedade, depressão e estresse. A relevância da temática é destacada pelo contexto de alta demanda emocional e cognitiva imposto aos docentes do ensino superior, particularmente em cursos de elevada complexidade, como o de Medicina, cenário que favorece o aumento da prevalência de sofrimento psíquico nessa população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação analisou a associação entre religiosidade, espiritualidade e saúde mental entre docentes do curso de Medicina de uma instituição privada do estado de Goiás. Os resultados obtidos evidenciaram que a religiosidade intrínseca está associada a depressão, independente do sexo dos participantes.

Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a religiosidade intrínseca e a saúde mental, especificamente com menores níveis de sintomas depressivos e de estresse. Indivíduos com maior internalização e vivência pessoal da fé, apresentaram menores índices de sintomas depressivos, sugerindo que a religiosidade intrínseca pode atuar como fator protetor à saúde mental docente. Ademais, o sexo feminino mostrou-se associado a maiores índices de sintomas de depressão e ansiedade, evidenciando a vulnerabilidade particular das mulheres nesse contexto.

Tais achados reforçam a importância de se considerar dimensões subjetivas, como a religiosidade e a espiritualidade, no cuidado e promoção da saúde mental dos docentes, especialmente em ambientes acadêmicos exigentes como o curso de Medicina. Ressalta-se, ainda, a necessidade de estratégias institucionais que promovam o bem-estar psicológico e que valorizem a religiosidade e espiritualidade como recurso potencial de enfrentamento das adversidades profissionais.

Nesse sentido, recomenda-se a implementação de programas de apoio psicossocial voltados aos docentes, que contemplem a dimensão espiritual de forma respeitosa, bem como a inclusão de atividades de promoção da saúde mental, como grupos de acolhimento, oficinas de manejo do estresse e capacitação para a construção de resiliência emocional. Além disso, políticas institucionais que estimulem o equilíbrio entre vida pessoal e profissional, e que abordem de maneira específica as demandas da saúde mental feminina, mostram-se fundamentais.

Por fim, é fundamental reconhecer que a saúde mental dos docentes exerce um impacto direto na qualidade da formação acadêmica dos alunos. Professores emocionalmente saudáveis, têm maior capacidade de promover um ambiente de aprendizado positivo, empático e produtivo. A negligência dessa dimensão pode afetar não só o bem-estar dos educadores, mas também o desenvolvimento integral dos estudantes. Assim, investir no cuidado da saúde mental dos docentes não é apenas uma questão de responsabilidade social, mas uma estratégia essencial para garantir a excelência educacional e o futuro dos alunos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, P. R.; CAZELLA, S. C.; COSTA, M. R. A Religiosidade/Espiritualidade dos Médicos de Família: Avaliação de alunos da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 2, 2017.

AQUINO, T. A. A. *et al.* Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, p. 228-243, 2009.

ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. **Learning objectives for medical student education: guidelines for medical schools**. Association, 1998.

BATTISTELLA, L. R. *et al.* Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

CAETANO, L. M. *et al.* A saúde mental dos professores: a espiritualidade como estratégia protetiva em tempos de pandemia. **Saúde e Pesquisa**, v. 15, n. 2, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Parecer nº 2/11 – Processo-Consulta CFM nº 4.043/10: Relação entre a ciência (Medicina) e a espiritualidade no Brasil**. Relatores: Júlio Rufino Torres, Gerson Zafalon Martins, 2011.

COSTA, C. C. *et al.* Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de psicologia. **Psicologia em Estudo**, v. 13, p. 249-255, 2008.

COTO, J. *et al.* Sickness absence among teachers: Analysis of the 2019 Brazilian national health survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 4, p. 2972, 2023.

DIAS, D. J., VALENTE, T. C. O; CAVALCANTI, A. P. R. Crenças sobre “cura espiritual” entre estudantes e professores de medicina: um estudo qualitativo. **REVER**, v. 20, n. 3, 2020.

ERMEL, R. C. *et al.* O bem-estar espiritual dos professores de medicina e de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 9, n. 1, p. 158-163, 2015.

FERREIRA, M. C. *et al.* Educação em saúde e espiritualidade na percepção de docentes em saúde de uma instituição de ensino superior do Recife-Brasil. **Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 6, n. 2, 2021.

FERREIRA-COSTA, R. Q.; PEDRO-SILVA, N. Níveis de ansiedade e depressão entre professores do Ensino Infantil e Fundamental. **Pró-Posições**, v.30, 2019.

FERREIRA-COSTA, R. Q.; PEDRO-SILVA, N. Ansiedade e depressão: o mundo da prática docente e o adoecimento psíquico. **Estudos de Psicologia**, v. 23, n. 4, 2018.

GASTAUD, M. B. *et al.* Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, p. 12-18, 2006.

- GOMES, A. M. T. *et al.* Espiritualidade e Religiosidade para mulheres umbandistas e candomblecistas: representação social e implicações na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28(9), p. 2721-2731, 2023.
- GONÇALVES, A. M. S; PILLON, S. C. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). **Rev. Psiq. Clín.**, v. 36, n. 1, p. 10-15, 2009.
- KOENIG, H. G. Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade. Tradução de Iuri Abreu. São Paulo: **Editora IPM**, 2001.
- KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. **International Scholarly Research Notices**, v. 2012, 2012.
- LACOMBE, J. B. *et al.* Spirituality of medical students: associations with empathy and attitudes in the doctor-patient relationship. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 2, 2021.
- LUCCHETTI, G. *et al.* Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). **Journal of religion and health**, v. 51, n. 2, p. 579–86, 2012.
- MARGAÇA, C; RODRIGUES, D. Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. **Revista de Psicologia**, V. 31, n. 2, p. 150-157, 2019.
- MARTINS, B. G. *et al.* Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 68, n. 1, p. 32-41, 2019.
- MARTINS, D. A. *et al.* Religiosidade e saúde mental como aspecto da integralidade no cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 1, 2022.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade & saúde mental: o desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. **ZEN review**, v. 1, 2009.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, supl.1, 2007.
- MOSQUEIRO, B. P. *et al.* Religiosity, spirituality, suicide risk and remission of depressive symptoms: a 6-month prospective study of tertiary care Brazilian patients. **Journal of affective disorders**, v. 279, p. 434-442, 2021.
- MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 361-367, 2012.
- NEVES, M. Y. A; BRITO, J. S; MUNIZ, J. R. Sofrimento psíquico e fatores associados em docentes da educação básica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 44, 2019.
- OLIVEIRA, M. R; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 469-476, 2012.

PLAUTO M. S. B. C. *et al.* Spirituality and quality of life of physicians who work with the finitude of life. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 1, 2021.

ROSAL, V. M. V. L. Espiritualidade e saúde: uma análise na abordagem didática e terapêutica dos docentes de fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba. **Dissertação (mestrado) - UFPB/CE**, 2015.

SANTOS, K. D. A; DA SILVA, J. P. Sentido de vida e saúde mental em professores: uma revisão integrativa. **Revista da SPAGESP**, v. 23, n. 1, p. 131-145, 2022.

SOUZA, J. B.; CAMPAGNONI, J. P; BARBOSA, S. S. P. Música no hospital: promoção da saúde na oncologia. **Rev. Bras. Promoção de Saúde**, v. 32, 2019.

STROPPA, A; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**, cap. 20, p. 427-443, 2008.

TREVISAN, A. L; BORIN, L. C. A espiritualidade na formação de professores em tempo de catástrofes: considerações a partir de Viktor Frankl. **Conjectura: filos e educação**, v. 23, n. 2, p. 78-95, 2018.

VIGNOLA, R. C. B; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, v. 155, p. 104-109, 2014.

VOLCAN, S. M. A.; SOUSA, P. L. R.; MARI, J. DE J.; HORTA, B. L. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista De Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 440–445, 2003.

**ANEXO 1 - Escala de Religiosidade da Universidade de Duke
(Duke University Religion Index – Durel, versão em Português):**

Índice de Religiosidade da Universidade Duke (P-DUREL)

- (1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
1. Mais do que uma vez por semana
 2. Uma vez por semana
 3. Duas a três vezes por mês
 4. Algumas vezes por ano
 5. Uma vez por ano ou menos
 6. Nunca
- (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

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

- (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 2 - Escala de Autoavaliação de Espiritualidade
(Spirituality Self Rating Scale – SSRS)**

Indique o número que melhor demonstra o quanto você concorda com cada afirmação, escolhendo:

- 1 - “concordo muito”**
- 2 - “concordo”**
- 3 - “concordo parcialmente”**
- 4 - “discordo”**
- 5 - “discordo totalmente”**

	Concordo muito	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente
1. É importante, para mim, passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações.	1	2	3	4	5
2. Esforço-me muito para viver minha vida de acordo com minhas crenças religiosas.	1	2	3	4	5
3. As orações ou os pensamentos espirituais que tenho quando estou sozinho são tão importantes para mim quanto os que teria durante cerimônias religiosas ou reuniões espirituais.	1	2	3	4	5
4. Eu gosto de ler sobre minha espiritualidade e/ou minha religião.	1	2	3	4	5
5. A espiritualidade ajuda a manter minha vida estável e equilibrada, da mesma forma que a minha cidadania, amizades e sociedade o fazem.	1	2	3	4	5
6. Minha vida toda é baseada em minha espiritualidade.	1	2	3	4	5

**ANEXO 3 - Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse
(Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS 21)**

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0, 1, 2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você **durante a última semana**, conforme a indicação a seguir:

0 - Não se aplicou de maneira alguma

1 - Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

2 - Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

3 - Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

	0 Não se aplicou de maneira alguma	1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
1. Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2. Senti minha boca seca	0	1	2	3
3. Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4. Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex.: respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum exercício físico)	0	1	2	3
5. Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6. Tive a tendência de reagir de forma exageradas às situações	0	1	2	3
7. Senti tremores (ex.: nas mãos)	0	1	2	3
8. Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
9. Preocupe-me com situações que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11. Senti-me agitado	0	1	2	3
12. Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13. Senti-me depressivo(a) e sem ânimo	0	1	2	3
14. Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15. Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16. Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17. Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18. Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19. Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex.: aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20. Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

ANEXO 4 - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA
DE GOIÁS - UNIEVANGÉLICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associação entre espiritualidade e religiosidade e saúde mental dos docentes do curso de medicina de uma universidade particular do estado de Goiás

Pesquisador: Liliane Braga Monteiro dos Reis

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79868124.7.0000.5076

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCATIVA EVANGELICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.925.519

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2324944.pdf e do Projeto_TC_2024_05_17_Plataforma_Brasil.docx

Resumo

Religiosidade e/ou espiritualidade são temas que têm sido objeto de pesquisa em diferentes estudos relacionados à saúde para melhor compreender os pacientes assim como os profissionais de saúde. Estes estudos são fundamentais no planejamento das ações de saúde, bem como no gerenciamento e formação dos recursos humanos das instituições de saúde. Dessa forma, o objetivo central deste trabalho é analisar a associação entre a religiosidade e espiritualidade e a saúde mental dos docentes do curso de medicina de uma instituição privada do estado de Goiás. Para realizar tal análise, optou-se por um estudo de cunho transversal, quantitativo observacional, com docentes do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA. A coleta de dados ocorrerá por meio de questionário autoaplicável utilizando o aplicativo Google Forms, onde o docente será convidado a participar, respondendo questionários que avaliam sua espiritualidade, religiosidade e saúde mental (estresse, ansiedade e depressão). Acredita-se que a religiosidade (independente de qual seja) e/ou a espiritualidade favoreçam a saúde mental dos docentes e consequentemente influencie em sua

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

ANEXO 4 – Parecer Consubstanciado do CEP (cont.)

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA
DE GOIÁS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 6.925.519

Sociodemográficos: idade, sexo, autorreferência à cor da pele/etnia, presença de cônjuge/ companheiro(a), pós-graduação e religião (APÊNDICE 2).

Escala de Religiosidade da Universidade de Duke (Duke University Religion Index - Durel): avaliação das múltiplas dimensões de religiosidade, por meio da filiação religiosa e Durel, validada para o Brasil (LUCCHETTI, et al. 2012). Apresenta cinco itens que avaliam três dimensões, a religiosidade organizacional (RO), religiosidade não-organizacional (RNO) e a religiosidade intrínseca (RI). As opções de resposta são em uma escala de Likert de 5 ou 6 pontos, quanto maior a pontuação maior a religiosidade em cada uma das subescalas (LUCCHETTI, et al. 2012) (ANEXO 1).

Escala de Autoavaliação de Espiritualidade (Spirituality Self Rating Scale λ SSRS): uma escala traduzida e adaptada para o Brasil (GONÇALVES; PILLON, 2009), que contém seis itens que avaliam aspectos da espiritualidade, esses itens refletem o quão importante o praticante considera as questões sobre sua dimensão espiritual e se elas são aplicadas em seu dia a dia em uma Escala de Likert. O SSRS possui pontuação de 6 a 30 pontos, no qual quanto maior a pontuação, maior a espiritualidade (ANEXO 2).

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (Depression, Anxiety and Stress Scale λ DASS 21): é um instrumento para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Os domínios encontram-se divididos em três fatores (Itens Depressão: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; Ansiedade: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; Estresse: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). A escala de resposta aos itens é do tipo Likert de quatro pontos variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito ou na maioria do tempo). A versão em português da DASS -21 foi proposta por Vignola e Tucci (2014) e validada por Martins et al. (2019) (ANEXO 3).

Critérios de inclusão

Serão incluídos na pesquisa os docentes regularmente registrados no Curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás UniEVANGÉLICA, com idade superior a 24 anos, que aceitarem participar voluntariamente da pesquisa por meio da assinatura virtual do RCLE e preenchimento dos instrumentos de coleta de dados propostos.

Critérios de exclusão

Serão excluídos os indivíduos que não responderem adequadamente aos instrumentos de pesquisa.

Aspectos éticos

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
UF: GO Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-8738 Fax: (62)3310-8638 E-mail: cep@unievangelica.edu.br

ANEXO 4 – Parecer Consubstanciado do CEP (cont.)

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA
DE GOIÁS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 6.925.519

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução nº 510 de 2016, do Conselho Nacional de Saúde e será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) para análise e aprovação. Segue as Orientações para Procedimentos em Pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa de 24 de fevereiro de 2021.

Os participantes da pesquisa terão a identidade preservada e em momento algum terão sua identidade mencionada. No link do questionário o participante deverá colocar os últimos cinco dígitos do CPF, com o objetivo de ter um código para rastreabilidade do participante da pesquisa no formulário, caso haja necessidade para tal, evitando a identificação do participante com a solicitação do e-mail.

Fazem parte deste projeto o Termo de Instituição Coparticipante assinado pela coordenação do Curso de Medicina (APÊNDICE 3), assim com a Declaração de Compromisso do Pesquisador assinada pela pesquisadora responsável pelo projeto (APÊNDICE 4) conforme solicitação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Evangélica de Goiás.

Análise de dados

Os dados coletados serão tabulados e sumarizados em planilhas utilizando o programa Microsoft Office Excel. Serão conduzidas análises descritivas das variáveis investigadas com valores absolutos (n) e porcentagens (%). Para variáveis quantitativas, serão considerados a média e o desvio-padrão (DP). Para a análise da estatística inferencial na comparação entre os grupos, será utilizado o teste Qui-quadrado para variáveis categóricas e o teste de Mann-Whitney para as variáveis ordinais, por meio do software IBM-SPSS 22,0. Os resultados serão apresentados em tabelas e será adotado um $p < 0,05$ e o intervalo de confiança será de 95%.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Analisar a associação entre a religiosidade e espiritualidade e a saúde mental dos docentes do curso de medicina de uma instituição privada do estado de Goiás.

Objetivos específicos

Descrever as características sociodemográficas dos docentes.

Conhecer aspectos relacionados à religiosidade dos docentes.

Conhecer aspectos relacionados à espiritualidade dos docentes.

Identificar questões relacionadas à saúde mental dos docentes quanto à depressão, ansiedade e estresse.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
UF: GO Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br

ANEXO 4 – Parecer Consubstanciado do CEP (cont.)

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA
DE GOIÁS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 6.925.519

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e como minimizá-los: Quanto aos riscos, o participante poderá se sentir constrangido ao responder o questionário, mas será garantido o sigilo das informações prestadas e dado o direito aos mesmos, desistirem de responder perguntas que considerarem constrangedoras e até de reconsiderar a participação na pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. Estima-se que o tempo de duração para responder o questionário seja entre cinco a 10 minutos, porém não será definido tempo mínimo ou máximo, ficando a critério do participante o tempo necessário para responder. Para responder ao questionário, o participante poderá utilizar o seu próprio celular ou notebook ou computador disponível na Biblioteca da Instituição, no local e momento que desejarem e se sentirem com privacidade e conforto para responder ao questionário.

Benefícios: Serão disponibilizadas, aos participantes da pesquisa, duas cartilhas informativas: uma sobre a importância da religiosidade/ espiritualidade para a saúde mental dos indivíduos (APÊNDICE 5) e outra sobre Saúde Mental do Trabalhador e da Trabalhadora (ANEXO 4). Como benefícios indiretos, a comunidade poderá ser beneficiada na medida em que independentemente dos resultados encontrados após a análise dos dados, serão compartilhados por meio da mostra de Saúde que ocorre ao fim de cada semestre no curso de Medicina da UniEVANGÉLICA, incluindo a publicação do resumo em revista.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa proposto pelo curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Liliâne Braga Monteiro dos Reis. Acadêmicos: Maria Fernanda Tavares Santos; Júlia Monteiro da Silva Ferreira; João Vitor de Andrade Borges; Henrique Paes Rogério Brito Fernandes; Maria Eduarda Queiroz Sena Leão e Ana Luiza Pontes Costa Wolney.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS No. 466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador responsável atende todas as orientações para construção de um projeto de

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
UF: GO Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br

ANEXO 4 – Parecer Consubstanciado do CEP (cont.)

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA
DE GOIÁS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 6.925.519

pesquisa conforme a Resolução CNS 466/12 e complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2324944.pdf	17/05/2024 12:21:20		Aceito
Outros	Cartilha_Religiosidade_Espiritualidade.pdf	17/05/2024 11:12:55	Liliane Braga Monteiro dos Reis	Aceito
Outros	Cartilha_Saude_Mental_CEVISTCERES T.pdf	17/05/2024 11:10:05	Liliane Braga Monteiro dos Reis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TC_2024_05_17_Plataforma_Brasil.docx	17/05/2024 11:07:25	Liliane Braga Monteiro dos Reis	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_da_Instituicao_Coparticipante.pdf	17/05/2024 10:41:25	Liliane Braga Monteiro dos Reis	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_do_Pesquisador.pdf	17/05/2024 10:39:30	Liliane Braga Monteiro dos Reis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE.docx	17/05/2024 10:38:48	Liliane Braga Monteiro dos Reis	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Assinada.pdf	17/05/2024 10:37:16	Liliane Braga Monteiro dos Reis	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 02 de Julho de 2024

Assinado por:
Constanza Thaise Xavier Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
UF: GO Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br

APÊNDICE 1 - Registro Consentido de Livre Esclarecimento (RCLE)

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Associação entre espiritualidade e religiosidade e saúde mental dos docentes do curso de medicina de uma universidade particular do estado de Goiás

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **Associação entre espiritualidade e religiosidade e saúde mental dos docentes do curso de medicina de uma universidade particular do estado de Goiás.**

Desenvolvida por Maria Fernanda Tavares Santos, Júlia Monteiro da Silva Ferreira, João Vitor de Andrade Borges, Henrique Paes Rogério Brito Fernandes, Maria Eduarda Queiroz Sena Leão e Ana Luiza Pontes Costa Wolney, discentes de Graduação em medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA, sob orientação da Professora Dra. Liliane Braga Monteiro dos Reis.

O objetivo central do estudo é: Analisar a associação entre a religiosidade e espiritualidade e a saúde mental dos docentes do curso de medicina de uma instituição privada do estado de Goiás.

O convite para sua participação se deve ao fato de ser docente no Curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Para responder ao questionário, você poderá utilizar o seu próprio celular, notebook ou computador disponível na Biblioteca da Instituição, no local e momento que desejar e que se sentir com privacidade e conforto para responder ao questionário. Sua identidade será preservada e em momento algum ela será mencionada. No link do questionário você deverá colocar os últimos cinco dígitos do CPF, com o objetivo de ter um código para rastreabilidade, caso haja necessidade para tal, como por exemplo, a desistência da sua participação em qualquer momento da pesquisa.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. Uma vez concluída a coleta de dados, será feito um download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Todos os questionários serão enumerados e guardados em pastas, onde os dados brutos ficarão armazenados por cinco anos, e posteriormente excluídos. Somente terão acesso aos dados brutos os pesquisadores e sua orientadora.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário autoaplicável utilizando o aplicativo *Google Forms*. Estima-se que o tempo de duração para responder o questionário seja entre cinco a 10 minutos, porém não será definido tempo mínimo ou máximo, ficando a critério do participante o tempo necessário para responder.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

Quanto aos riscos, o participante poderá se sentir constrangido ao responder o questionário, mas será garantido o sigilo das informações prestadas e dado o direito aos mesmos, desistirem de responder perguntas que considerarem constrangedoras e até de reconsiderar a participação na pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Será disponibilizado, aos participantes da pesquisa, uma cartilha informativa sobre a SAÚDE MENTAL DA TRABALHADORA E DO TRABALHADOR e sobre a importância da religiosidade/ espiritualidade para a saúde mental dos indivíduos. Como benefícios indiretos, a comunidade poderá ser beneficiada na medida em que independentemente dos resultados encontrados após a análise dos dados, serão compartilhados por meio da mostra de Saúde que ocorre ao fim de cada semestre no curso de Medicina da UniEVANGÉLICA, incluindo a publicação do resumo em revista.

Contato com a pesquisadora responsável: Liliane Braga M. Reis – (62) 98445-3174
Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75083-580

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA

- () Aceito participar
() Não aceito participar

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Tel e Fax - (0XX) 62- 33106736

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

APÊNDICE 2 - Dados sociodemográficos

1. IDADE EM ANOS: _____

2. SEXO:

(1) Masculino

(2) Feminino

(3) Outro

3. COR/RAÇA:

(1) Branca

(2) Preta

(3) Amarela

(4) Parda

(5) Indígena

(6) Não sabe/Não respondeu.

4. PRESENÇA DE CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A): (1) Sim (2) Não

5. PÓS-GRADUAÇÃO:

(1) Mestrado

(2) Doutorado

(3) Pós-Doutorado

(4) Outro _____

6. RELIGIÃO:

(1) Católica Apostólica Romana

(2) Evangélica / Protestante

(3) Espírita / Espiritualista

(4) Outra _____

(5) Sem religião

(9) Prefere não responder