

Centro Universitário de Anápolis –UniEVANGÉLICA

Curso de Medicina

RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL NOS ESTUDANTES DE MEDICINA

Alessandra Sthefanie Alves Silva

Debora Vieira Jacinto

Renata Garcia de Napoli

Thalita Oliveira Silvano Amaral

Anápolis – GO

2020

Centro Universitário de Anápolis –UniEVANGÉLICA

Curso de Medicina

RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL NOS ESTUDANTES DE MEDICINA

Trabalho de curso apresentado à disciplina de
Iniciação Científica do Curso de Medicina do
Centro Universitário de Anápolis -
UniEVANGÉLICA, sob a orientação do Prof.
Dr. Humberto Graner Moreira.

Anápolis – GO

2020



**ENTREGA DA VERSÃO FINAL
DO TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À

Coordenação de Iniciação Científica

Faculdade de Medicina – UniEVANGÉLICA

Eu, Prof^o Orientador HUMBERTO GRANER MOREIRA venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as) Alessandra Sthefanie Alves Silva, Debora Vieira Jacinto, Renata Garcia de Napoli, Thalita Oliveira Silvano Amaral, estão com a versão final do trabalho intitulado RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL NOS ESTUDANTES DE MEDICINA pronta para ser entregue a esta coordenação.

Observações:

Anápolis, 07 de abril de 2020.

Professor(a) Orientador(a)

RESUMO

A espiritualidade/religiosidade como algo que transcende o caráter físico, ligado ao sagrado e à busca de respostas sobre o significado da vida, tem sido reportada como importante fator de enfrentamento a situações de vulnerabilidade humana e como fator desenvolvedor de resiliência. O presente trabalho tem como objetivos avaliar a correlação entre religiosidade e saúde mental e religiosidade e autoestima em acadêmicos do curso de medicina. Trata-se de um estudo transversal quantitativo analítico, no qual foram aplicados os seguintes questionários: perfil sociodemográfico, conceito de espiritualidade; relação espiritualidade/saúde; Escala de Religiosidade de DUKE; Escala de Autoestima de Rosenberg; Escala de Ansiedade de BECK e Escala de depressão CES-D. Foram realizados testes de correlação entre religiosidade, autoestima, depressão e ansiedade. Foram avaliados 332 alunos, predomínio de mulheres (65,7%), a idade média de 21,7 anos, e 97% solteiros. O conceito de espiritualidade foi definido como “*busca de sentido e significado para a vida humana*” (55,2%); “*crença e relação com Deus/religiosidade*” (53,3%); e “*crença em algo transcendente à matéria*” (47,6%). Aproximadamente 41% frequentam uma igreja, templo ou encontro religioso pelo menos uma vez por semana, e 44,5% afirmam que se dedicam a atividades religiosas individuais diariamente ou mais. A pontuação na escala de Rosenberg foi de 26,16 (\pm 3,4). Ansiedade mínima ou leve foi identificada em 71,1%, e 9,6% apresentaram ansiedade importante. Sintomas depressivos foram observados em 60,9% dos alunos. Houve correlação entre significativa entre religiosidade organizacional e maior ansiedade ($r=0,120$), e entre religiosidade intrínseca e depressão ($r=0,163$). A autoestima não se correlacionou positivamente com nenhum dos itens avaliados. Nesta amostra representativa de acadêmicos de medicina de uma grande instituição privada de ensino, a religiosidade organizacional foi diretamente associada a maior ansiedade, e a religiosidade intrínseca à depressão, em magnitudes semelhantes.

Palavras-chave: Religião e Medicina. Saúde Mental. Autoestima.

ABSTRACT

Spirituality / religiosity as something that transcends the physical character, linked to the sacred and the search for answers about the meaning of life, has been reported as an important factor in facing situations of human vulnerability and as a factor that develops resilience. The present study aims to evaluate the correlation between religiosity and mental health and religiosity and self-esteem in medical students. This is a cross-sectional quantitative analytical study, in which the following questionnaires were applied: sociodemographic profile, concept of spirituality; spirituality / health relationship; DUREL Religiosity Scale; Rosenberg's Self-Esteem Scale; BECK Anxiety Scale and CES-D Depression Scale. Correlation tests were carried out between religiosity, self-esteem, depression and anxiety. 332 students were evaluated, predominantly women (65.7%), the average age was 21.7 years, and 97% were single. The concept of spirituality was defined as “search for meaning and meaning for human life” (55.2%); “belief and relationship with God / religiosity” (53.3%); and “belief in something transcending matter” (47.6%). Approximately 41% attend a church, temple or religious meeting at least once a week, and 44.5% say they engage in individual religious activities daily or more. The score on the Rosenberg scale was 26.16 (\pm 3.4). Minimal or mild anxiety was identified in 71.1%, and 9.6% had significant anxiety. Depressive symptoms were observed in 60.9% of the students. There was a significant correlation between organizational religiosity and greater anxiety ($r = 0.120$), and between intrinsic religiosity and depression ($r = 0.163$). Self-esteem was not positively correlated with any of the items evaluated. In this representative sample of medical students from a large private educational institution, organizational religiosity was directly associated with greater anxiety, and religiosity intrinsic to depression, in similar magnitudes.

Key-words: Religion and medicine. Mental health. Self esteem.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 Histórico da relação entre espiritualidade e medicina	9
2.2 Conceito de espiritualidade/religiosidade	9
2.3 Abordagem do tema no Brasil	10
2.4 A importância da temática espiritualidade nos currículos médicos.....	11
2.5 A relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde.....	12
2.6 A saúde mental e a religiosidade/espiritualidade nos estudantes de medicina---	14
3. OBJETIVOS	16
4. METODOLOGIA	17
4.1 Tipo de estudo e local da pesquisa	17
4.2 População	17
4.3 Amostragem e tamanho da amostra	17
4.4 Critérios de inclusão	17
4.5 Critérios de exclusão	18
4.6 Procedimentos	18
4.6.1. Questionário sobre espiritualidade de Lucchetti et al. (2013)	18
4.6.2. Questionário sobre espiritualidade e saúde de Borges et al. (2013)	19
4.6.3. Escala de Religiosidade DUKE-DUREL	19
4.6.4. Escala de Autoestima de Rosenberg	20
4.6.5. Escala de Ansiedade de BECK/Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)-----	20
4.6.6. Escala de depressão CES-D = escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (<i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i>)	21
4.7 Análise Estatística	22
4.8 Aspectos Éticos	22
5. RESULTADOS	24
6. DISCUSSÃO	31
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

ANEXOS	45
Anexo A – Questionário sobre o perfil sociodemográfico	45
Anexo B – Questionário sobre o conceito de espiritualidade	46
Anexo C – Questionário sobre espiritualidade e saúde	47
Anexo D – Escala de religiosidade da Duke-DUREL- versão em português ----	48
Anexo E – Escala de autoestima de Rosenberg	49
Anexo F – Escala de ansiedade de BECK ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	50
Anexo G – Escala de Depressão CES-D = escala da depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (<i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i>)	52
Anexo H – Parecer de aprovação do CEP	54
APÊNDICES	55
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	55

1. INTRODUÇÃO

A relação entre espiritualidade, religiosidade e medicina data de longo tempo, com a visão holística de que o homem era um ser dotado de corpo e espírito. No entanto, a partir do século XIX, com o rápido desenvolvimento do chamado “método científico”, tem-se o predomínio do modelo biomédico, essencialmente centrado na doença, enquanto a humanização esvaneceu-se na área médica (GALLIAN, 2000). Porém, atualmente, as pesquisas científicas trazem à tona a necessidade de reconstruir o elo entre os dois campos, visto que a espiritualidade e a religiosidade têm sido reportadas nos estudos como fatores importantes no enfrentamento de situações de vulnerabilidade física ou psíquicas do ser humano. A medicina atual vem em busca de novos caminhos para o tratamento mais integral dos pacientes, com o modelo biomédico sendo complementado pelos modelos psicológico, social, ecológico e espiritual (GUSSI; DYTZ, 2008).

A definição de espiritualidade é difícil de ser formulada por se tratar de algo relacionado à subjetividade e ser um “conceito emergente” (GLADIS et al., 1999). Alguns autores utilizam os termos espiritualidade e religiosidade como sinônimos; já outros fazem uma distinção entre eles, sendo espiritualidade um conceito mais amplo. Um dos mais considerados é o de Koenig, McCullough e Larson (2001), no qual a espiritualidade é baseada na busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado e/ou transcendente, e não estaria necessariamente relacionada com determinada religião. Já religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Há evidências de que os pacientes apresentam recuperação mais rápida quando eles possuem um sistema de crenças e valores otimistas que forneçam um significado para a vida (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

A espiritualidade e o envolvimento em religiões organizadas podem proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida, que são associados a uma maior resiliência e resistência ao estresse relacionado às doenças (PUCHALSKI; LARSON, 1998). Nesse sentido, o construto espiritualidade teria um valor intrínseco para avaliação em saúde, ao oferecer um referencial de significados para o enfrentamento da condição de doença (KOENIG, 2008).

Com o crescente número de publicações que ressaltam a influência da espiritualidade na saúde humana, criou-se a expressão “espiritualidade baseada em evidências”. Através desses estudos, observou-se a considerável influência da espiritualidade na promoção da qualidade de vida, por atribuir aos indivíduos senso de propósito e significado de vida, e ainda uma melhor resposta na recuperação em casos de enfermidade (LACOMBE et al., 2017).

Algumas faculdades brasileiras já implantaram matérias optativas de “espiritualidade e medicina”, com o intuito de abordar o tema de forma mais ampla e levar a uma reflexão sobre a importância do aspecto espiritual na saúde e na relação médico-paciente. Os resultados de estudos sobre essa inserção são muito positivos resultando em melhoria da qualidade de vida, aumento da empatia e uma maior humanização dos alunos de medicina, inclusive aqueles que se intitulam destituídos de qualquer crença (REGINATO; DE BENEDETTO; GALLIAN, 2016; ZANETTI et al., 2018).

Por outro lado, independente da formalidade curricular, sabe-se que a espiritualidade possibilita o autoconhecimento e o cuidado de si, que é essencial para o equilíbrio emocional do aluno. O contato frequente com a dor, sofrimento e morte dos pacientes geram sentimentos angustiantes nos estudantes, e aspectos relacionados à espiritualidade podem contribuir para embasar possíveis benefícios da abordagem da espiritualidade na formação médica, e como isso influencia na saúde mental dos estudantes de medicina.

O objetivo do estudo será o de avaliar a correlação entre religiosidade e saúde mental e entre religiosidade e autoestima de estudantes de medicina do Centro-Universitário UniEVANGÉLICA.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico da relação entre espiritualidade e medicina

A conexão entre saúde e religiosidade e espiritualidade (R/E) está presente desde a antiguidade, quando o cuidado em saúde era uma prática comumente associada às comunidades religiosas, as quais foram importantes para construção de muitos hospitais e fundação de casas de apoio. Durante quase 500 anos houve uma separação entre ciência e R/E para o desenvolvimento da ciência livre de uma fé autoritária (LYONS; PETRUCELLI, 1997). Porém atualmente as pesquisas científicas trazem à tona a necessidade de reconstruir o elo entre os dois campos, visto que a espiritualidade e a religiosidade têm sido reportadas nos estudos como fatores importantes no enfrentamento de situações de vulnerabilidade física ou psíquicas do ser humano (GUSSI; DYTZ, 2008).

Em sua origem histórica, a medicina tinha uma base humanística, o homem era visto como um ser dotado de corpo e espírito os médicos eram curandeiros, xamãs e sacerdotes e os males que assolavam os homens eram associados à espiritualidade. No século XIX, o modelo biomédico flexneriano foi estabelecido, a medicina se distanciou da visão holística e humanizada e o método científico com o olhar focado na doença prevaleceu. O desenvolvimento tecnológico trouxe o aprimoramento dos diagnósticos e das terapêuticas, porém, o lado humanístico da medicina esvaneceu (GALLIAN, 2000).

A humanização voltou a ser um tema recorrente e junto a ela, houve destaque do tema espiritualidade. A obra *The faith that heals* (“A fé que cura”, tradução livre) de William Osler, foi importante para reaproximação entre ciência e religião a partir do século XX. Desde então, os estudos a respeito da influência da espiritualidade na medicina aumentaram, porém ainda existe necessidade de reconstrução desse laço (LUCCHETTI et al., 2010).

2.2 Conceito de espiritualidade/religiosidade

A definição de “espiritualidade” é uma ideia difícil de ser formulada por se tratar de algo relacionada à subjetividade e por ser um conceito emergente (GLADIS et al., 1999). Porém, uma definição bem aceita nos estudos sobre o tema é o do pesquisador Koenig, que separa os conceitos religiosidade e espiritualidade. O autor define

espiritualidade como uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim e ao sentido da vida, sobre as relações com o sagrado ou transcendente, as quais podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formação de comunidades religiosas (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

Já a religiosidade, geralmente é dividida em três tipos, a religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca. A religiosidade organizacional (RO) refere-se aos comportamentos religiosos praticados no contexto da instituição religiosa, como a frequência de realização de práticas religiosas formais. Já a religiosidade não organizacional (RNO) compreende os comportamentos religiosos que ocorrem fora do contexto da instituição religiosa. Finalmente, a religiosidade intrínseca (RI) trata-se de uma dimensão subjetiva, que avalia a importância da religião no comportamento e decisão do indivíduo (KOENIG; GEORGE; TITUS, 2004).

O uso do termo espiritualidade destacado de religião é recente – século XX – no senso comum, porém confundem-se e são muitas vezes usados como sinônimos. O que pode influenciar nos tratamentos e cuidados com a saúde, pois as crenças religiosas afetam decisões médicas e podem criar obstáculos quanto à adesão ao tratamento. Mas também pode funcionar como suporte para saúde mental. O cuidado com a saúde exige uma abordagem multidimensional das pessoas, considerando sua cultura e crença (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015). Alguns estudos têm enfatizado que o cuidado em saúde deve abordar os indivíduos de forma integral, abrangendo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, mas acrescentando a questão espiritual à experiência humana (ZANETTI et al., 2018).

Algumas das crenças mais encontradas são a existência de um Deus, ou uma entidade superior, ou somente uma força superior; a existência de algo *post-mortem*; sentido para o sofrimento; importância de preocupação com os outros ou o “fazer o bem”; oferecendo assim esperança e conforto nas dificuldades (BRAGHETTA, 2017).

2.3 Abordagem do tema no Brasil

O Brasil configura-se como um terreno fértil para pesquisar a espiritualidade, levando em consideração que 83% dos brasileiros consideram religião muito importante

em suas vidas e 37% frequentam instituições religiosas pelo menos uma vez na semana (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010). Publicações demonstram que a espiritualidade e a religiosidade possuem expressivos benefícios para a saúde integral do indivíduo (SAWATZKY; RATNER; CHIU, 2005; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; BAI; LAZENBY, 2015).

Lucchetti et al. (2012) em seu estudo investigaram a extensão na qual espiritualidade/saúde é abordada nas escolas médicas brasileiras e verificou que, das 86 escolas avaliadas, quatro (4,6%) ofereciam espiritualidade/saúde como disciplina obrigatória e cinco (5,8%) escolas médicas abordavam o tema em um curso eletivo. Em resumo, apenas nove (10,4%) escolas médicas brasileiras tinham um curso específico dedicado a esse assunto. Concluiu-se, com esse estudo, que, apesar de emergente, o tema espiritualidade ainda é incipiente nas escolas médicas brasileiras.

Em estudo multicêntrico conduzido no Brasil, denominado *Spirituality and Brazilian Medical Education* (SBRAME), a maioria dos estudantes de Medicina acredita que a espiritualidade tem um impacto sobre a saúde dos pacientes e que esse impacto é positivo. A maioria dos estudantes considerou relevante (75,3%) abordar espiritualidade em sua prática clínica e manifestou o desejo de realizá-lo (58%), embora quase metade (48,7%) sentiu-se despreparada para fazê-lo. No que diz respeito à sua formação, os estudantes relataram que nunca haviam participado de uma atividade envolvendo o tema espiritualidade e saúde (81,0%) e que seus docentes nunca ou raramente tinham abordado essa questão (78,3%). A maioria também acredita que deva estar preparada para lidar com questões espirituais relacionados com a saúde de seus pacientes (61,6%) e que esse conteúdo deveria ser incluído no currículo médico (62,6%) (LUCCHETTI et al., 2013).

2.4 A importância da temática espiritualidade nos currículos médicos

A espiritualidade vem sendo cada vez mais abordada na formação médica acadêmica. A *Association of American Medical Colleges* (AAMC), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) recomendam abordar questões espirituais no atendimento clínico e na educação dos profissionais de saúde (MELO; SOUZA; BARBOSA, 2016). Além

disso, foi criado um programa financiado pela Fundação John Templeton, dirigido pelo Instituto George Washington para Espiritualidade e Saúde, o qual premia escolas médicas que propõem um currículo em espiritualidade e saúde com maior pontuação, fornecendo fundos em dinheiro para que essas desenvolvam suas propostas curriculares. (LUCCHETTI et al., 2012).

Segundo a AAMC, uma formação adequada na área da espiritualidade é de fundamental importância aos acadêmicos de Medicina, considerando o fato de que crenças culturais e suas práticas e a espiritualidade são elementos essenciais para a saúde e bem-estar (AAMC, 1999). Além disso, crenças e práticas possuem potencial para afetar os métodos de relacionamento e cuidado com os pacientes (BAKER, 2001; NUTTER; WHITCOMB, 2002). A Associação ressalta, ainda, que currículos médicos devem proporcionar aos alunos uma compreensão do papel que a espiritualidade desempenha no cuidado de pacientes em diferentes situações clínicas, além do efeito da espiritualidade dos acadêmicos na capacidade de fornecer cuidados compassivos aos pacientes (AAMC, 1999; NUTTER; WHITCOMB, 2002).

Para Reginato, Benedetto e Gallian (2016), atividades dentro da formação médica que estimulem o estudo da espiritualidade possibilitam o entendimento para o cuidado de si e o autoconhecimento, condições essenciais para a formação de um profissional, e podem representar um impacto no cuidado com o paciente, considerando a empatia e a atitude centrada no paciente. Estudos mostram associação entre saúde física e mental e crenças espirituais e religiosas, adesão ao tratamento, tomada de decisões médicas, questões éticas e morais, e até mesmo de sobrevivência (LUCCHETTI et al., 2012). Além disso, essas atividades contribuem como um mecanismo para enfrentamento do estresse e aumento da resiliência e da qualidade de vida para os acadêmicos e residentes (KRÄGELOH et al., 2015). Por esses motivos, escolas de medicina no Brasil e no mundo têm unido esforços para incluir o conteúdo espiritualidade no currículo médico (FORTIN; BARNETT, 2004; LUCCHETTI; GRANERO, 2010; BORGES et al., 2013).

2.5 A relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde

Os estudos atuais demonstram que a espiritualidade ainda ocupa um papel muito importante no processo saúde-doença. Apesar do modelo biomédico e cientificista terem alcançado as escolas e centros médicos, a espiritualidade ainda possui lugar de relevância tanto na melhoria dos pacientes quanto na saúde dos estudantes de medicina e profissionais de saúde (LACOMBE et al., 2017).

As publicações sobre o assunto ressaltam a importância da espiritualidade na promoção da saúde humana, o que resultou na criação da expressão “espiritualidade baseada em evidências” (HILL et al., 2000). A recuperação dos pacientes pode ocorrer de maneira mais rápida quando eles possuem um sistema de crenças e valores otimistas que forneçam um significado para a vida (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001). A espiritualidade e o envolvimento em religiões organizadas podem proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida, que são associados a uma maior resiliência e resistência ao estresse relacionado às doenças (PUCHALSKI; LARSON, 1998).

A associação entre religiosidade e morbidade psíquica sempre despertou interesse, e os resultados algumas vezes são conflitantes (KENDLER et al., 2003; KING et al., 2005). Alguns estudos descobriram uma associação positiva entre religiosidade e saúde mental, incluindo menos depressão e recuperação mais rápida da depressão, menos ansiedade, menor taxa de suicídio e diminuição do abuso de álcool e drogas (KOENIG, 2004; KOENIG, 2008). Além disso, verificou-se a associação da espiritualidade com um maior bem-estar geral e melhor qualidade de vida. (SMITH; MCCULLOUGH; POLL, 2003; BOSCAGLIA et al., 2005; RASIC et al., 2009).

Por outro lado, outras pesquisas também demonstraram uma associação negativa entre religião e saúde mental (FLANNELLY et al., 2004). A chamada "tensão religiosa" muitas vezes afeta sentimentos como culpa, conflitos e alienação, respostas por maior incidência de depressão independente do uso encontrado na religião (EXLINE; YALI; SANDERSON, 2000). Além disso, há evidências de que a meditação/oração frequente esteve associada com pior saúde física. Isso pode ocorrer devido à causalidade reversa. Uma hipótese levantada para elucidar isso é a de que essas pessoas podem se ater à espiritualidade como meio único para curar suas enfermidades, algumas vezes não buscando intervenção médica (CHEN; VANDERWEELE, 2018). A associação entre

religião e ansiedade ainda é menos clara, com estudos demonstrando efeitos positivos e outros efeitos negativos (SHREVE-NEIGER; EDELSTEIN, 2004).

Nos EUA e Reino Unido, conteúdos de Saúde e Espiritualidade já foram inseridos na maioria das escolas de Medicina (NEELY; MINFORD, 2008; KOENIG, 2012). No Brasil, poucas escolas o fizeram. Foi feito um levantamento em escolas de medicina no Brasil, numa amostra de 86 escolas de um universo de 180 existentes em 2012. Apenas 10,4% das escolas pesquisadas tinham cursos específicos de Saúde e Espiritualidade, embora a maioria dos coordenadores dos cursos (54%) tenha respondido que considerava importante inserir a disciplina na grade curricular (LUCCHETTI et al., 2012).

2.6 A saúde mental e a religiosidade/espiritualidade nos estudantes de medicina

O tempo como estudante de medicina, apesar de agradável e gratificante, está associado a pressões significativas, como as impostas por longas horas de estudo, uma alta carga de trabalho (ADAMS, 2004) e pressões financeiras consideráveis (BMA, 2011; CORREA et al., 2016). Recentes revisões sistemáticas da literatura descrevem altos níveis de ansiedade, depressão e sofrimento psicológico entre estudantes de medicina na América do Norte (DYRBYE et al., 2006) e europeus (HOPE; HENDERSON, 2014). Essa angústia é significativamente maior do que universitários de outros cursos de graduação, ou mesmo a população geral na mesma faixa etária. Talvez ainda mais preocupante seja a constatação de uma associação entre sofrimento psicológico e um declínio no desempenho acadêmico, comprometimento profissional futuro, e empatia com os pacientes (DYRBYE et al, 2006).

Além disso os estudantes de medicina enfrentam algumas dificuldades não tão comuns a outros cursos, como morar longe da família, acentuada competição entre os colegas, dificuldades na relação entre professor-aluno, estresse e cansaço excessivos. Esses fatores muitas vezes corroboram para piora da qualidade de vida dos acadêmicos, podendo gerar quadros de depressão, ansiedade, ou até levar ao suicídio. No entanto, foi demonstrada significativa influência positiva e preventiva da R/E na qualidade de vida desses estudantes, podendo ser considerada um fator protetor (CUNHA et al., 2017).

A maioria dos acadêmicos consideram a R/E importante no que diz respeito a conferir sentido à vida e proporcionar fortalecimento nos momentos adversos, e que gostariam de ter temas relacionados em seu currículo (ZANETTI et al., 2018).

A relação entre R/E com qualidade de vida engloba tanto a saúde dos acadêmicos e profissionais da área da Medicina quanto a relação médico-paciente. Estudos demonstram que médicos mais humanizados e que apresentam considerável valorização dos aspectos espirituais e transcendentais acerca da vida tendem a ser mais empáticos e isso resulta em melhoria da relação médico-paciente (LACOMBE et al., 2017).

3. OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar a correlação entre religiosidade e saúde mental e entre religiosidade e autoestima de estudantes de medicina do Centro-Universitário UniEVANGÉLICA.

Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos discentes do curso de Medicina da UniEVANGÉLICA;
- Descrever quais conceitos sobre espiritualidade e religiosidade bem como suas relações com saúde são eminentes entre os estudantes de medicina da UniEVANGÉLICA;
- Descrever as práticas relacionadas à religiosidade dos acadêmicos do curso de Medicina da UniEVANGÉLICA;
- Identificar a prevalência de sintomas depressivos e sua correlação com o índice de religiosidade;
- Identificar a prevalência de sintomas de ansiedade e sua correlação com o índice de religiosidade;
- Identificar o grau de autoestima e sua correlação com o índice de religiosidade;

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo e local da pesquisa

Estudo de natureza analítica do tipo transversal, quantitativo realizado pelos acadêmicos do Centro Universitário UniEVANGÉLICA no período de agosto de 2018 a junho de 2020. A coleta de dados foi realizada na faculdade de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, situada no município de Anápolis-GO no período de agosto a novembro de 2019.

4.2 População

Trata-se de uma amostra representativa dos alunos do curso de medicina da referida instituição que estavam regularmente matriculados do 1º ao 12º período. Os participantes foram convidados a participarem do estudo durante o período em que estavam na instituição. O convite foi realizado verbalmente por um dos pesquisadores responsáveis e, caso houvesse interesse em participar, seria entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e esclarecimentos de dúvidas. Havendo a concordância do participante, este assinaria o TCLE em duas vias, de igual teor, juntamente com o pesquisador.

4.3 Amostragem e tamanho da amostra

Em 2019, estavam matriculados no curso de medicina da UniEVANGÉLICA 832 alunos. O cálculo amostral foi calculado considerando um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, sendo necessários 264 estudantes para uma amostragem representativa dessa população.

4.4 Critérios de inclusão

- Alunos regularmente matriculados no curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, com idade mínima de 18 anos, ambos os sexos.
- Aceitar por livre e espontânea vontade responder aos questionários e assinar o TCLE.

- Estar presente no momento de aplicação dos questionários.

4.5 Critérios de exclusão

- Alunos que declinarem da participação, retirando o TCLE.
- Alunos que responderem de maneira incompleta os questionários, impossibilitando a análise final.

4.6 Procedimentos

Para obtenção dos dados, foram aplicados, sequencialmente, os seguintes instrumentos:

1. Questionário sobre perfil sociodemográfico (Anexo A)
2. Questionário sobre o conceito de espiritualidade (Anexo B)
3. Questionário sobre espiritualidade e saúde (Anexo C)
4. Escala de religiosidade da Duke-DUREL - versão em português (Anexo D)
5. Escala de autoestima de Rosenberg (Anexo E)
6. Escala de ansiedade de BECK ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Anexo F)
7. Escala de depressão CES-D = escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale*) (Anexo G).

4.6.1. Questionário sobre espiritualidade de Lucchetti et al. (2013)

O conceito de espiritualidade foi avaliado através de uma pergunta fechada com cinco conceitos pré-estabelecidos de acordo com a literatura científica, sendo possível assinalar mais de um conceito. Foi realizada a pergunta: “O que você entende por espiritualidade?” com as alternativas: “busca de sentido e significado para a vida humana”, “crença e relação com Deus / religiosidade”, “postura ética e humanística”, “crença em algo transcendente à matéria” e “crença na existência da alma e na vida após a morte”. Essa pergunta foi utilizada no estudo de Lucchetti et al. (2013), de cunho transversal, multicêntrico, envolvendo 12 escolas médicas brasileiras com a participação de 5950 estudantes de medicina. O estudo foi realizado de junho de 2010 a setembro de 2011 e foi coordenado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal de

Juiz de Fora e Associação Médica Espírita, Brasil. O estudo trouxe a concepção do aluno frente ao tema “conceito de espiritualidade”.

4.6.2. Questionário sobre espiritualidade e saúde de Borges et al. (2013)

O questionário sobre “saúde e espiritualidade” avaliou a percepção do aluno sobre o tema, através de uma pergunta fechada com seis alternativas relacionadas a conceitos pré-estabelecidos da literatura científica, sendo possível assinalar mais de uma resposta. A pergunta realizada foi: “Você relaciona o assunto saúde e espiritualidade com as seguintes alternativas?”, com as possíveis respostas: “abordagem do viver e do morrer”, “humanização da medicina”, “saúde total / holística”, “interferência positiva ou negativa da religiosidade na saúde”, “qualidade de vida” e “interferência do transcendente / imaterial na saúde”. Essa pergunta também foi utilizada no estudo de Borges et al. (2013), com cunho transversal na Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ) durante o período de junho de 2010 a maio de 2011, que trouxe a relação trazida pelo aluno frente ao tema “saúde e espiritualidade”.

4.6.3. Escala de Religiosidade DUKE-DUREL

A escala DUKE-DUREL é composta por cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que estão mais relacionadas com a dimensão da saúde: organizacional (RO), não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). Os primeiros dois itens abordam RO e RNO, estes foram retirados de grandes estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e demonstraram relação com indicadores de saúde física, mental e suporte social. Os demais itens se referem à RI e são os três itens da escala de RI de Hog, os quais melhor se relacionam com a pontuação total nesta escala e com suporte social e desfechos em saúde (KOENIG; MEADOR; PARKERSON, 1997). Na análise dos resultados da DUREL, as pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser analisadas de maneira isolada e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008).

Essa escala foi escolhida por ser validada com versão em português e utilizada em vários estudos para mensurar o índice de religiosidade. No estudo de Taunay et al. (2012), foi comprovada a consistência desse teste para aplicação em amostras com características sociodemográficas distintas, incluindo-se universitários e pacientes psiquiátricos.

4.6.4. Escala de Autoestima de Rosenberg

Autoestima pode ser definida como a avaliação que a pessoa faz de si própria, que implica um sentimento de valor expresso em uma atitude de aprovação/reprovação em relação a si mesmo (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016). A avaliação da autoestima foi realizada utilizando a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), adaptada por Hutz e Zanon (2011), contendo 10 itens a qual foi traduzida por Avanci et al. (2007). Esta escala é constituída por dez itens, cinco positivos e cinco negativos, apresentados alternadamente para reduzir o risco da resposta ser direcionada. Em cada item, as opções de resposta têm um valor entre 1 e 4, variando consoante a afirmação em causa. Os relativos à autoconfiança (1,3,4,7,10) têm uma pontuação de 4 para “concordo muito”, 3 para “concordo”, 2 para “discordo um pouco” e 1 para “discordo muito”. Já os itens relativos à autodepreciação (2,5,6,8,9) têm a pontuação no sentido contrário.

Os valores obtidos são somados e o valor final encontra-se entre 10 e 40 pontos, sendo que quanto mais alto o valor, maior o sentimento positivo e o respeito por si próprio e valores mais baixos indicam uma autoestima mais baixa com autorrejeição, insatisfação e desprezo por si mesmo. A EAR apresentou boa consistência interna no estudo de validação original por Rosenberg em 1989, realizado com 5.024 jovens de Nova Iorque ($\alpha=0,92$), e em pesquisas brasileiras, nas quais o coeficiente alfa de Cronbach variou entre 0,68 (AVANCI et al., 2007) e 0,86 (HUTZ, 2000; SANTOS; MAIA, 2003).

4.6.5. Escala de Ansiedade de BECK ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

A Escala de Ansiedade de BECK ou Inventário de Ansiedade de BECK (BAI) foi desenvolvido por Beck et al. (1988), originalmente para avaliar sintomas depressivos em uma população previamente diagnosticada como portadora de transtorno de ansiedade. Porém, após algum tempo de uso, observou-se que o instrumento demonstrou-se apropriado para utilização não somente em pacientes psiquiátricos (sujeitos com transtornos de humor/ansiedade, dependência de álcool ou outras substâncias e quaisquer diagnósticos psiquiátricos com ideação ou tentativa suicida), mas também para a clínica médica (obesos, pessoas com doenças pulmonares ou cardíacas, disfunção erétil, unidade de cuidados

primários) e para a população não clínica (universitários, bombeiros, adolescentes, idosos, funcionários de hospital e de outras empresas) (CUNHA, 2001). No Brasil, foi adaptado e validado por Cunha (2001), apresentando bons coeficientes de fidedignidade e validade. Constitui-se de 21 itens no qual o indivíduo deve apontar, em uma escala de quatro pontos, indo de 0 a 3, o nível de gravidade do sintoma. A pontuação de BAI pode ter um resultado de no máximo 63 pontos e as categorias são: Grau mínimo de ansiedade com pontuação de 0 a 10, ansiedade leve com pontuação de 11 a 19, ansiedade moderada com pontuação de 20 a 30 e ansiedade severa com pontuação de 31 a 63.

4.6.6. Escala de depressão CES-D = escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale*)

A Escala CES-D foi produzida para rastreamento de sintomas depressivos na população geral. Esta aborda os componentes do transtorno depressivo segundo o DSM IV. Possui 20 itens de 0 a 3 pontos cada um, que avaliam a frequência de sintomas depressivos vivenciados na semana anterior à aplicação da escala (nunca, poucas vezes, maioria das vezes, sempre). Estão incluídas questões sobre o humor, sintomas somáticos, interações sociais e funcionamento motor. No estudo original de elaboração da escala, quatro fatores foram identificados: (a) humor depressivo (incluindo itens como tristeza, medo e sentimentos de vazio); (b) afetos positivos (como felicidade, sentir-se bem, aproveitar a vida e esperança - itens que têm sua pontuação invertida na contagem do escore total); (c) sintomas somáticos (como cansaço, esforço e dificuldade de concentração); (d) problemas interpessoais (não sentir-se amado, sentir que as pessoas não têm se mostrado amistosas) (RADLOF, 1977).

A escala já foi traduzida e validada para uso em diferentes países, os estudos demonstraram que a escala se correlaciona de maneira significativa com indicadores clínicos de depressão e alta confiabilidade interna, sendo útil como instrumento de rastreio de sintomas depressivos (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010).

O ponto de corte utilizado inicialmente por Radlof (1977) foi de 16, porém estudos posteriores constataram que esse valor deveria ser variável conforme a população de estudo. O ponto de corte é maior quanto maior for a taxa de depressão na população, por exemplo

em populações de pacientes psiquiátricos, o ponto de corte deve ser maior do que na comunidade (SCHESTATSKY; FLECK, 2002). Silveira e Jorge (1998) utilizaram a CES-D traduzida e adaptada para o Brasil e descreveram sua confiabilidade e sua validade por meio de análise fatorial, em amostra de adolescentes e adultos jovens, estabelecendo o ponto de corte de 15, assim o ponto de corte adotado neste estudo foi o de 15, considerando que a amostra é de jovens universitários.

4.7 Análise Estatística

Os dados foram analisados com o auxílio de software estatísticos específicos. Para análise analítica, as variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas como média \pm desvio padrão, variáveis contínuas com distribuição não normal como mediana (percentil 25, percentil 75), e variáveis categóricas como porcentagem. A normalidade das variáveis contínuas foi testada pelo teste de *Kolmogorv-Smirnov*. Esses dados foram inicialmente estratificados de acordo com o questionário de onde foram obtidos.

Para análises de correlação entre os aspectos mensurados nos diferentes questionários (espiritualidade e saúde, religiosidade, autoestima, ansiedade, depressão), foram obtidos os coeficientes de correlação de *Spearman* (ρ).

Em todas as análises, os parâmetros analisados foram considerados significativamente diferentes quando $p < 0,05$. O software utilizado para a análise estatística foi o SPSS© (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20.0 para MacOS.

4.8 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UniEVANGÉLICA segundo o parecer consubstanciado 3.612.835 (Anexo I).

A coleta de dados aconteceu após autorização, apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UniEVANGÉLICA e em seguida com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes da pesquisa. Os dados obtidos foram posteriormente tabulados em planilhas do Excel para análise sendo realizada estatística analítica. Todos os dados serão mantidos sob sigilo. Após

a pesquisa os dados ficarão arquivados por um período de até 5 anos. Após este período, estes arquivos serão incinerados. Os riscos a que os participantes estiveram expostos neste estudo foram: risco de ter sua identidade revelada e constrangimentos e exposição ao responder as questões norteadoras. Os procedimentos para minimizar os riscos foram: foi garantido o anonimato aos participantes em todos os momentos, e informado a eles que seus nomes seriam substituídos pela letra “N” seguido de numeral arábico; foi respeitada a vontade do participante de interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento e retomar, caso seja de sua vontade, em outra ocasião. O estudo compôs o trabalho de conclusão de curso dos pesquisadores e posteriormente fará parte de um artigo científico a ser publicado.

5. RESULTADOS

Ao todos, foram avaliados 332 alunos do curso de medicina, com a amostra estando bem representada em todos os períodos (**Tabela 1**). Houve um predomínio de mulheres (65,7%), a idade média foi 21,7 anos, e a imensa maioria eram solteiros (97%). Aqueles que se autodeclararam como sendo de etnia branca foram 63,3%, seguidos pelos pardos (32,2%). Quase metade dos estudantes possuem renda familiar acima de 9 salários mínimos (48,5%) (**Tabela 2**).

Tabela 1. Características da amostra por período do curso

	Entrevistados (n)	% da amostra do estudo	% do total de alunos por turma
1º Período	39	11,8	39,0%
2º Período	30	9,1	31,3%
3º Período	29	8,8	29,6%
4º Período	28	8,5	29,8%
5º Período	35	10,6	36,1%
6º Período	28	8,5	31,5%
7º Período	41	12,4	61,2%
8º Período	29	8,8	51,8%
9º Período	22	6,7	31,0%
10º Período	17	5,2	37,8%
11º Período	18	5,5	30,5%
12º Período	14	4,2	26,9%

Quando indagados sobre o conceito de espiritualidade, na qual era permitida a escolha de mais de uma resposta, as mais comuns foram “*busca de sentido e significado para a vida humana*” (55,2% dos entrevistados); “*crença e relação com Deus/religiosidade*” (53,3%); e “*crença em algo transcendente à matéria*” (47,6%) (**Tabela 3**).

Tabela 2. Características sociodemográficas dos estudantes de medicina (n=332)

Sexo, n (%)	
Feminino	218 (65,7)
Masculino	114 (34,3)
Idade (em anos), média ± DP	21,7 ± 2,5
Faixa etária, n (%)	
Até 19	61 (18,76)
20-21	102 (31,38)
22-23	92 (28,30)
Acima de 24	70 (21,53)
Não responderam	7 (2,1)
Etnia, n (%)	
Branços	210 (63,3)
Pardos	107 (32,2)
Outros	15 (4,4)
Renda familiar (em salários-mínimos), n (%)	
Até 1 salário	14 (4,2)
De 1 a 3	33 (9,9)
De 3 a 6	59 (17,8)
De 6 a 9	52 (15,7)
De 9 a 12	57 (17,2)
Acima de 12	104 (31,3)
Não responderam	13 (3,9)
Estado civil, n (%)	
Solteiro (a)	322 (97)
Casado (a)	7 (2,1)
Divorciado (a)	1 (0,3)

Tabela 3. Conceito de Espiritualidade, segundo questionário baseado no estudo *SBRAME* (*Spirituality and Brazilian Medical Education*) por Lucchetti et al. (2013).

Conceito	n (%)
“Postura ética e humanística”	84 (25,5)
“Busca de sentido e significado para a vida humana”	182 (55,2)
“Crença e relação com Deus/religiosidade”	176 (53,3)
“Crença em algo transcendente à matéria”	157 (47,6)
“Crença na existência da alma e na vida após a morte”	98 (29,7)

Quando questionados com quais temas o assunto saúde e espiritualidade estavam relacionados, a maioria o associou a “*humanização da medicina*” (56,9%), seguido por “*qualidade de vida*” (54,2%). Os demais temas apresentaram frequências semelhantes de escolha (**Tabela 4**).

Tabela 4. Relação trazida pelo aluno frente ao tema “saúde e espiritualidade”, segundo o questionário baseado em Lucchetti et al. (2013).

Conceito	n (%)
“Humanização da medicina”	189 (56,9)
“Qualidade de vida”	180 (54,2)
“Saúde total/holística”	149 (44,9)
“Interferência positiva ou negativa da religiosidade na saúde”	162 (48,8)
“Interferência do transcendente / imaterial na saúde” e “abordagem do viver e do morrer”	163 (49,1)

As **Figuras 1 a 3** mostram os resultados do índice de religiosidade de Duke. Aproximadamente 41% frequenta uma igreja, templo ou encontro religioso pelo menos uma vez por semana. Semelhantemente, 44,5% afirmam que se dedicam a atividades religiosas individuais diariamente ou mais. No âmbito da religiosidade intrínseca, a maioria dos alunos entrevistados referem sentir a presença de Deus em suas vidas (82,8%), afirmam que as crenças religiosas influenciam a maneira de viver (72,0%), e se esforçam para viver a religião em todos os aspectos da sua vida (59,1%).

Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

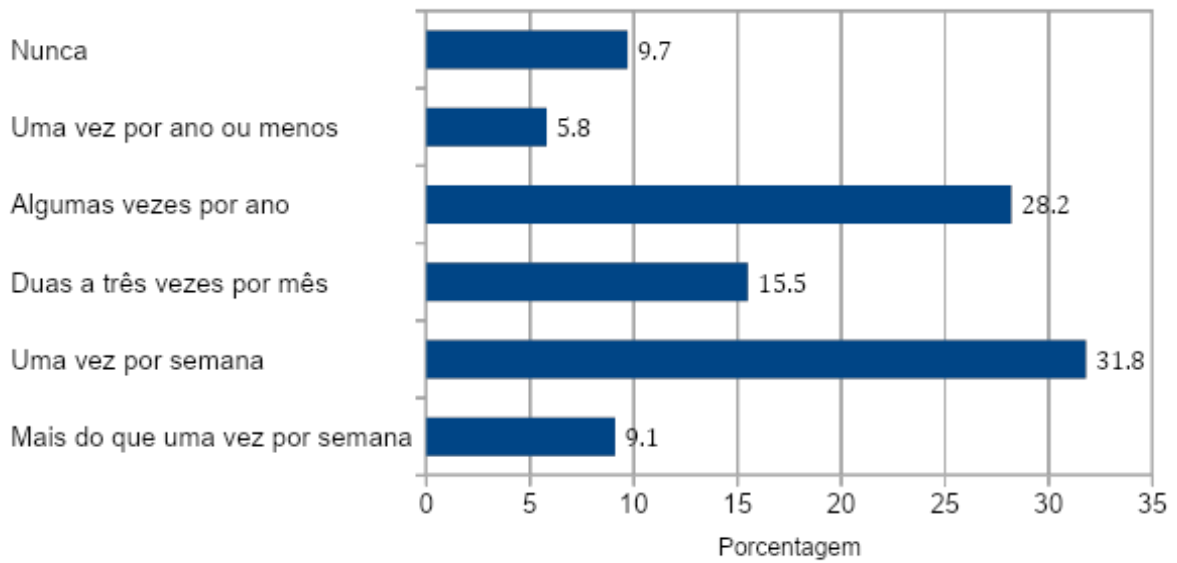


Figura 1. Religiosidade Organizacional, segundo o Índice de Religiosidade de Duke.

Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como orações, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

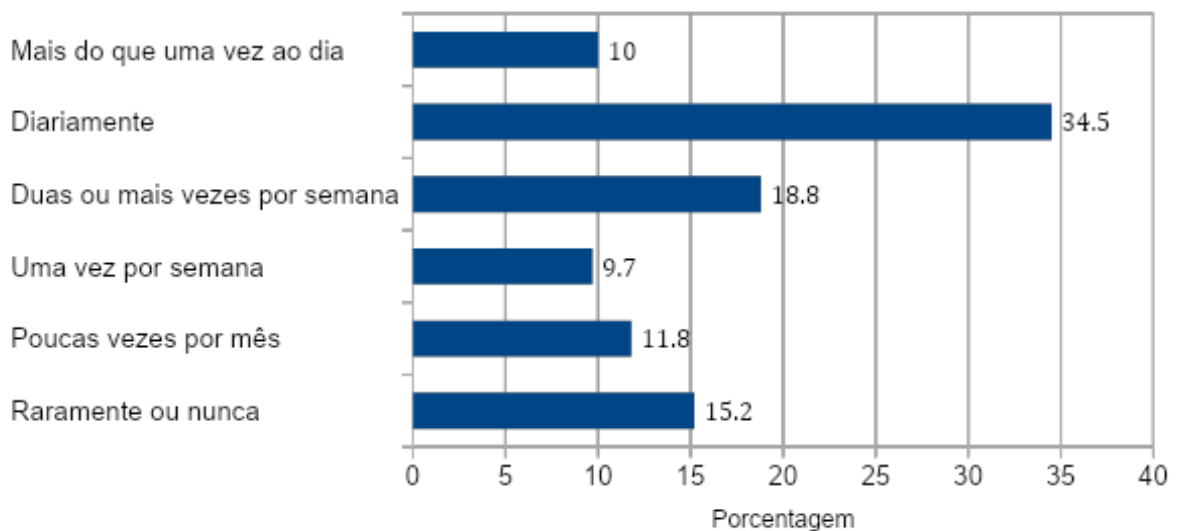


Figura 2. Religiosidade Não-Organizacional, segundo o Índice de Religiosidade de Duke.

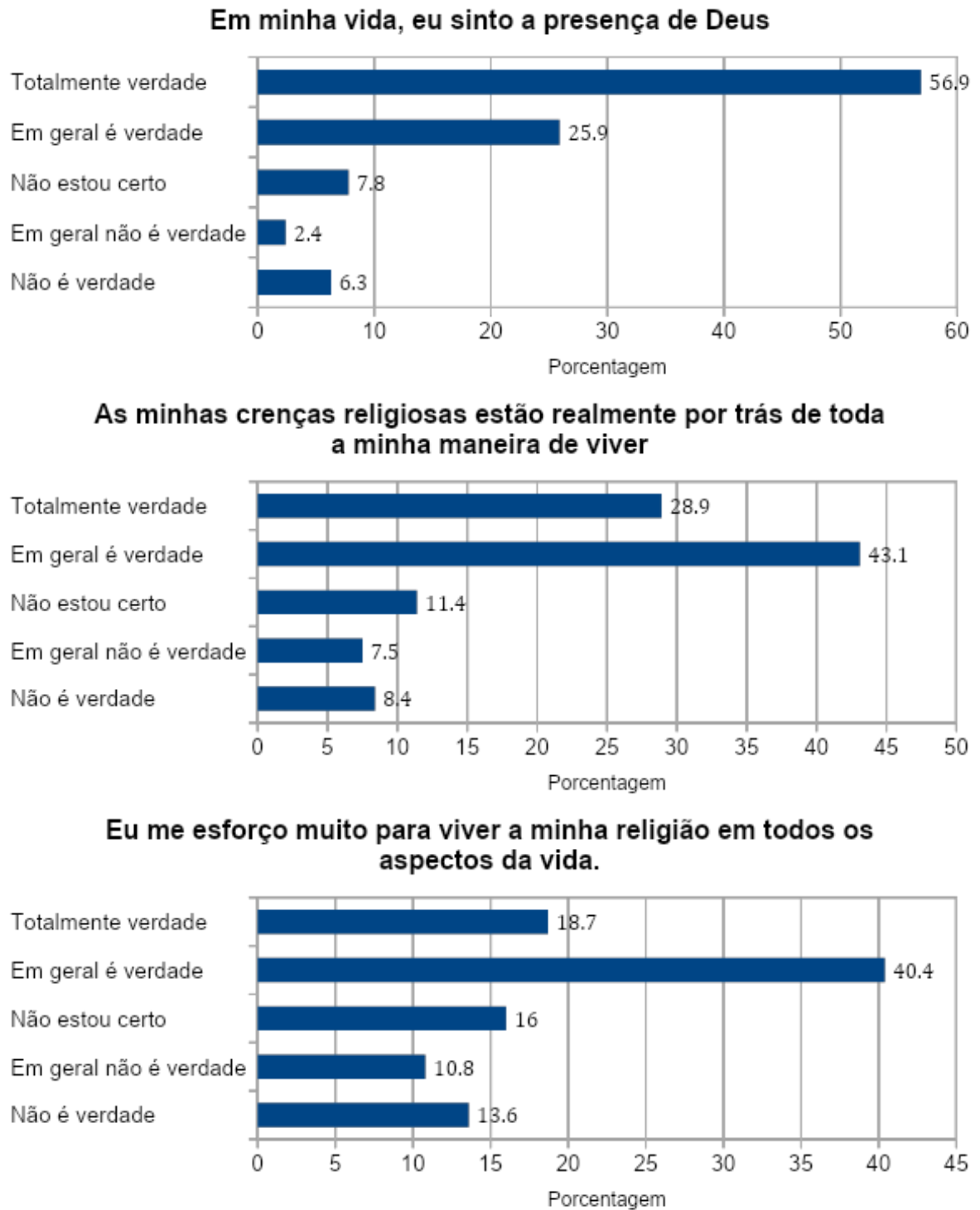


Figura 3. Religiosidade Intrínseca, segundo o Índice de Religiosidade de Duke.

Sobre a avaliação da autoestima dos alunos entrevistados, segundo a escala de Rosenberg, a pontuação média foi de 26,16 ($\pm 3,4$).

Quanto à Ansiedade, aferida pela Escala de BECK, a pontuação média foi de 15,0 ($\pm 11,1$). A maioria dos alunos apresentaram graus mínimo ou leve de ansiedade (71,1%, n=234). Um total de 19,3% (n=64) dos alunos puderam ser identificados como tendo sintomas moderados de ansiedade, e 9,6% (n=32) apresentaram ansiedade importante (**Figura 5**).

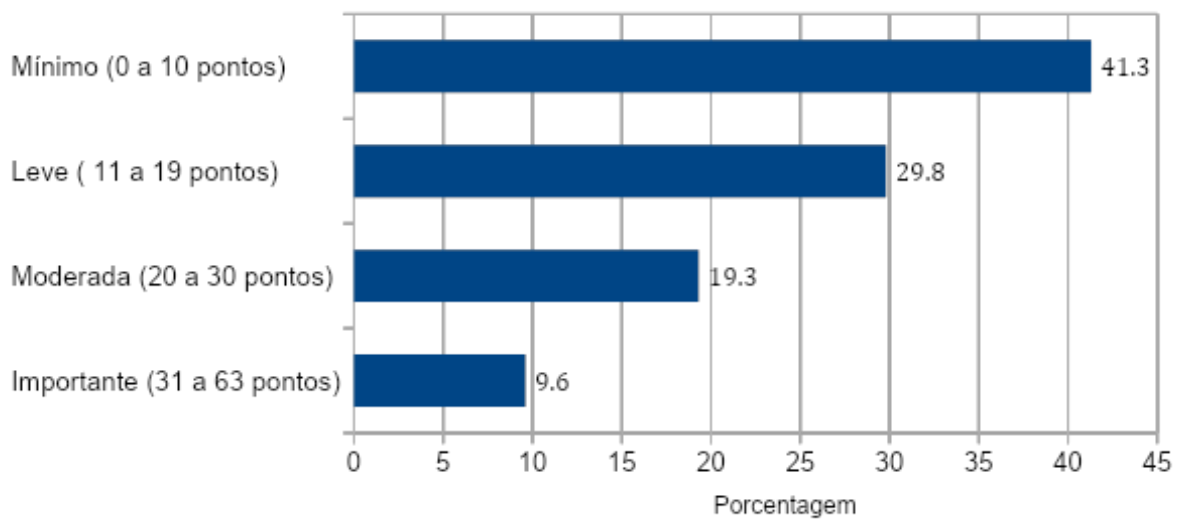


Figura 5. Graus de ansiedade, segundo a escala de BECK.

A aplicação da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) apresentou uma pontuação média de 18,7 ($\pm 11,0$). Tomando como ponto de corte o valor de 15 pontos para considerar rastreamento positivo para sintomas depressivos, estes foram observados em 201 alunos (60,9%) dos alunos.

Os resultados dos testes de correlação entre religiosidade, autoestima, ansiedade e depressão podem ser visualizadas na **Tabela 5**. Observou-se uma correlação direta, embora fraca, entre religiosidade organizacional e maior ansiedade ($r=0,120$). Por outro lado, também se observou uma correlação direta entre religiosidade intrínseca e depressão ($r=0,163$). Houve uma correlação direta e importante entre ansiedade e depressão ($r=0,587$). A autoestima não se correlacionou positivamente com nenhum dos itens avaliados.

Tabela 5. Correlação entre religiosidade, autoestima, ansiedade, depressão.

Crítérios	Autoestima (r)	Ansiedade (r)	Depressão (r)
Variáveis da DUREL			
Religiosidade Organizacional	0,042	0,120*	0,094
Religiosidade Não-organizacional	-0,015	-0,063	0,049
Religiosidade Intrínseca	-0,016	0,096	0,163**
Autoestima	–	0,084	0,073
Ansiedade	–	–	0,587**
Depressão	–	–	–

Legenda: DUREL, Escala de religiosidade de DUKE.

*Correlação é significativa com $p < 0,05$. **Correlação é significativa com $p < 0,01$

6. DISCUSSÃO

Nesta amostra representativa de acadêmicos de medicina de uma grande instituição privada de ensino, a religiosidade organizacional foi diretamente associada à maior ansiedade, e a religiosidade intrínseca à depressão, em magnitudes semelhantes.

A maioria dos entrevistados se declararam como sendo de etnia branca e com renda média mensal bem acima da média nacional. Este perfil, no entanto, não é exclusivo das entidades privadas, mas reflete as características da parcela da população que possivelmente tem maior acesso ao ensino superior. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do último censo, revelaram que, do total de estudantes brancos de 18-24 anos, 36,1% frequentavam o ensino superior ou já haviam concluído, ao passo que apenas 18,3% dos jovens pardos ou negros estavam nesse mesmo nível educacional em 2018.

Em um estudo realizado na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), o perfil sociodemográfico revelou 77,5% dos estudantes como sendo de etnia branca, e 56,7% com renda maior que nove salários mínimos, Silva et al. (2018) e Alvarenga et al. (2019) também encontraram 61,79% de brancos, e 45,88% com renda maior que 10 salários mínimos ao descreverem o perfil de uma instituição privada de Minas Gerais. Ambos os estudos também mostraram um predomínio do sexo feminino nas escolas de medicina, semelhante à nossa amostragem. Ricoldi et al. (2016) diz que o avanço das mulheres deve se refletir no mercado de trabalho futuramente, já que carreiras chamadas antes de masculinas estão sendo predominadas pelo gênero feminino.

Interessantemente, os conceitos de religiosidade parecem variar entre os grupos avaliados, o que pode resultar de peculiaridades culturais locais. Neste estudo, os conceitos escolhidos pelos alunos foram em ordem decrescente “busca de sentido e significado para a vida humana”, “crença e relação com Deus/religiosidade”, “crença em algo transcendente à matéria”, “crença na existência da alma e na vida após a morte” e “postura ética e humanística”. No estudo original de Lucchetti et al. (2013), realizado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal de Juiz de Fora e Associação Médica Espírita, com 5.950 estudantes, os principais conceitos assinalados foram “crença e relação com Deus / religiosidade”, seguida por “busca de sentido e significado para a vida humana”, e “crença na existência da alma e na vida após a morte”. Já no estudo realizado por Borges

et al. (2013), aplicado na Faculdade de Medicina de Jundiaí com 210 estudantes, os principais conceitos assinalados foram “crença em algo transcendente à matéria”, “crença e relação com Deus / religiosidade” e “busca de sentido e significado para a vida humana”.

Já sobre a relação entre saúde e espiritualidade as principais opções assinaladas foram: “humanização da medicina”, “qualidade de vida” e “interferência do transcendente/imaterial na saúde”. No estudo de Costa et al. (2019) também se destacou a humanização da medicina, porém as outras principais foram interferência positiva ou negativa da religiosidade na saúde e abordagem do viver e morrer.

Acerca dos resultados do Índice de Religiosidade de Duke, os achados foram semelhantes àqueles encontrados por Zanetti et al. (2018) e Borges et al. (2013): a maioria frequenta templos / encontros religiosos uma vez na semana, e afirma dedicar o seu tempo às atividades religiosas, individuais. Marcadamente, os itens de religiosidade intrínseca foram positivamente elevados em acima de 70% dos entrevistados.

Sobre a avaliação da autoestima por meio de uma escala objetiva, os resultados na literatura divergem conforme a população estudada. Isso pode ser justificado devido aos fatores regionais e pessoais específicos e condições socioculturais. Dentre os que influenciaram positivamente destacam-se apoio familiar percebido (PANDEY; CHALISE, 2015; SHI et al., 2017), renda mensal satisfatória (SHI et al., 2017), crença religiosa (PAPAZISIS et al., 2014), sexo masculino e estar cursando os últimos anos da graduação (FARIA, 2012).

Dentre aqueles que se relacionaram de maneira negativa destaca-se o estresse (PANDEY; CHALISE, 2015; YOUNES et al., 2016), menor idade (PANDEY; CHALISE, 2015; FARIA, 2012), menor escolaridade (PANDEY; CHALISE, 2015), perfil psicológico dos estudantes, aumento da insônia, ansiedade, depressão e ao uso em excesso de Internet (YOUNES et al., 2016), baixa integração e apoio social (GARAIGORDOBIL; PEREZ; MORAZ, 2008), confiança mais baixa e maior vulnerabilidade para reações depressivas (LOUREIRO et al., 2008). Muitas dessas características não foram objeto do presente estudo, e análises exploratórias adicionais serão propostas com o objetivo de identificar melhor as características e fatores envolvidos na autoestima dos acadêmicos da instituição estudada.

A literatura ainda demonstra outros fatores relacionados à autoestima. Hutz e Zanon (2011) avaliaram 1.151 estudantes do ensino fundamental ao ensino superior da Região Sul do Brasil, e observaram um declínio nos escores de autoestima entre os estudantes universitários. As diferenças encontradas com relação aos estudantes de ensino médio e fundamental são muito grandes e indicam que a vida acadêmica está sendo experienciada como um momento de dificuldade por muitos estudantes. Outros estudos também têm apontado para dificuldades crescentes sendo vivenciadas por estudantes universitários em virtude da indecisão profissional e falta de perspectivas de carreira (BARDAGI; HUTZ, 2008; BARDAGI; HUTZ, 2009). Além disso, é importante considerar que o período do ensino superior é um período de transição que envolve muitas tarefas potencialmente desestabilizadoras (ARNETT, 2000), o que poderia justificar os níveis de autoestima encontrados no estudo.

Uma revisão sistemática recente com dados de países do hemisfério norte encontrou prevalência de ansiedade de 7,7% a 65,5% entre estudantes de medicina (HOPE; HENDERSON, 2014). No Brasil, uma metanálise recente sobre problemas de saúde mental em graduandos de medicina identificou a prevalência de 32,9% para ansiedade (PACHECO et al., 2017). Positivamente, nossos dados revelam que a maioria dos alunos apresentaram nível mínimo de ansiedade. Esses dados se assemelham aos resultados encontrados na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que observou que 63,3% dos estudantes apresentavam grau mínimo de ansiedade utilizando o mesmo instrumento (COSTA et al., 2020).

Em outro estudo realizado por Bassols et al. (2014), realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, observou-se que 40,2% dos 232 estudantes apresentam algum grau de ansiedade. Estas prevalências na Faculdade de Medicina do ABC Paulista, em que 20,1% dos entrevistados apresentaram traços de ansiedade alta, e os demais alunos, 79,9%, demonstraram ansiedade moderada, por meio da aplicação do Inventário de Traço de Ansiedade de Spielberger (BALDASSIN; DE ANDRADE; MARTINS, 2006).

Assim como verificado com a ansiedade, a prevalência de depressão ou sintomas depressivos reportado na literatura também é muito variável, de 6,0% a 66,0% (DYRBYE et al., 2006; HOPE; HENDERSON, 2014; ROTENSTEIN et al., 2016). No estudo transversal de Moutinho et al. (2017), realizado no Brasil, com 761 estudantes de medicina dos 12 períodos, 34,6% dos alunos apresentavam sintomas depressivos. Uma pesquisa realizada na Universidade Federal de São Paulo mostrou que 38,2% dos alunos do curso de Medicina apresentavam sintomas depressivos (BALDASSIN et al., 2008). Já entre os graduandos de medicina da Universidade Federal de Goiás, a prevalência de sintomas depressivos foi de 26,8%, sendo que 6,9% apresentaram sintomas moderados a graves, e 19,9% leves (AMARAL et al., 2008).

Portanto, chama a atenção o fato da nossa amostra estar entre aquelas com a mais alta prevalência de sintomas depressivos (60,9%). Os fatores que podem influenciar o desenvolvimento de depressão nos estudantes de Medicina são a elevada carga horária, grande volume de matérias, maior contato com pacientes portadores de diversas doenças e prognósticos, insegurança em relação ao ingresso no mercado de trabalho, cobrança da sociedade e da instituição de ensino, além da autocobrança típica deste curso (ROTENSTEIN, et al., 2016). Os objetivos e o desenho do nosso estudo não permitiram identificar quais desses fatores predominam na população avaliada, mas certamente alertam a comunidade local, principalmente porque estudantes de medicina estão entre aqueles que menos procuram tratamento para seus problemas de saúde mental (CHEW-GRAHAM; ROGERS; YASSIN, 2003; ROTENSTEIN et al., 2016). Estudos adicionais serão necessários para identificar as causas profundas do sofrimento emocional entre os acadêmicos de medicina, ao mesmo tempo em que avaliações prospectivas poderão auxiliar na melhor abordagem para mitigar o problema.

Quando realizamos as análises de correlações, nosso objetivo principal, verificamos uma correlação direta, porém fraca, entre religiosidade organizacional (vínculo à comunidade religiosa e atendimento às atividades públicas) e ansiedade entre estudantes de medicina. Pertencer à uma comunidade, independente se religiosa ou não, tem sido positivamente associado ao bem-estar e saúde, e pode contrabalançar o efeito negativo de acontecimentos adversos na vida (PALIS et al., 2020). No entanto, parece que a religião não necessariamente possui um efeito protetor em graduandos de medicina, exigidos para lidar com alta

performance em meio às doenças e mortes de seus pacientes. Por outro lado, não se pode descartar que indivíduos mais ansiosos acabam procurando participar mais de atividades religiosas formais como forma de atenuar esse sofrimento. Como trata-se de um estudo transversal, não é possível verificar esta relação de causa-efeito.

De modo semelhante, a religiosidade intrínseca foi diretamente associada à maior presença de sintomas depressivos. Em uma revisão sistemática com 444 publicações, Koenig (2012) observou que 272 (61,2%) apresentaram associação inversa entre religiosidade e depressão, 144 (32,5%) não demonstraram conexão e 28 (6,3%) encontraram correlação positiva. Logo, embora menos frequente, o resultado das análises de correlação não surpreende. Algumas pesquisas sugerem que os efeitos da religião na saúde mental podem diferir dependendo do tipo de estresse experimentado. Strawbridge et al. (1998) examinaram a relação entre depressão e envolvimento religioso em mais de 2.500 adultos norte-americanos e constataram que, embora a religiosidade tenha amenizado os efeitos estressores financeiros e de saúde, por outro lado, estava associada a um maior sofrimento naqueles que enfrentam crises familiares. Os investigadores concluíram que os recursos religiosos podem ser mais úteis para problemas originados fora do indivíduo (como problemas de saúde ou financeiros) do que para estressores percebidos como resultantes de falhas pessoais (problemas com próprio desempenho ou com familiares).

Finalmente, a autoestima não apresentou correlação positiva com nenhuma das variáveis avaliadas. Desse modo, não é possível concluir, por meio destes dados, que a autoestima elevada garante menores níveis de depressão e ansiedade. Também uma maior religiosidade não foi associada à melhor autoestima nessa população.

As limitações do estudo incluem a sua natureza transversal e o fato de apenas uma escola de medicina estar representada. Embora a amostragem seja significativa da população em estudo, a participação era voluntária. Semelhante ao observado em outros estudos dessa natureza, a depressão e a ansiedade podem ter sido subestimadas devido ao viés de não resposta, pois há dados que apontam que aqueles que declinam a participação são mais deprimidos do que os voluntários. Além disso, as variáveis do estudo foram medidas por questionários de autorrelato, que tendem a superestimar o nível de religiosidade (FLANNELLY et al., 2004).

Por outro lado, avaliações auto aplicadas são importantes nestes tipos de estudos, pois garantem o anonimato e a confidência dos relatos de uma maneira que nem sempre é possível por meio de entrevistas formais (MYERS, 2003). Como o estudo não é prospectivo, nenhuma associação causal pode ser declarada entre religiosidade e depressão ou ansiedade. Finalmente, o estudo não explorou se estudantes mais ansiosos ou deprimidos procuravam ajuda profissional. Isso seria importante em avaliações futuras, uma vez que há descrições de que os estudantes de medicina estão entre aqueles que menos buscam tratamento para sua saúde mental, mesmo na presença de sofrimento psicológico e ideação suicida (TJIA et al., 2005; ROSENTHAL; OKIE, 2005).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou mensurar a percepção e a vivência da religiosidade entre acadêmicos de medicina por meio de uma abordagem ampla, além de buscar verificar o impacto dessa vivência na saúde mental. Nesta amostra representativa de uma grande instituição privada de ensino, a religiosidade organizacional foi diretamente associada à maior ansiedade, e a religiosidade intrínseca à maior depressão. Autoestima não apresentou correlação significativa com nenhuma das variáveis do estudo.

O objetivo dos autores não era categorizar os indivíduos segundo o segmento religioso que segue, e suas práticas. De fato, toda religião e seu sistema de crenças podem ter implicações diferentes na interpretação de vivências e experiências de vida. Mas, ao estudar a relação entre religiosidade e saúde mental, não é necessário assumir nenhuma posição sobre a realidade ontológica de Deus ou determinados dogmas doutrinários. Como outras pesquisas predecessoras, nós mostramos que é possível testar se medidas de crenças ou comportamentos religiosos estão associados a aspectos de saúde, independentemente das crenças que permeiam os indivíduos investigados. Do ponto de vista da saúde mental, a religião fornece orientações que podem ajudar as pessoas a planejar um curso para suas vidas. Tensões e incertezas da vida podem ser toleradas mais facilmente pelos crentes. No entanto, alguns aspectos dogmáticos e a maneira como o indivíduo vivencia certas atitudes próprias podem pressioná-lo para situações de ansiedade, culpa, e até mesmo depressão.

Embora as correlações positivas observadas entre alguns aspectos da religiosidade e maior ansiedade ou depressão tenham sido fracas, foram significativas, e em sentido oposto à hipótese inicial dos autores. Este dado chama a atenção para um olhar mais amplo sobre o “ser” acadêmico de medicina, onde aspectos negativos da saúde mental transcendem a religiosidade destes.

REFERÊNCIAS

AAMC - Association of American Medical Colleges. **Report III: Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine, Medical School Objectives Project.** Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 1999.

ADAMS J. Straining to describe and tackle stress in medical students. **Med Educ**, v.38, n. 5, p.463-464, 2004.

ALVARENGA, V.C., et al. Perfil dos estudantes dos dois primeiros anos do Curso de Medicina de uma Instituição privada de ensino de Minas Gerais. **SAÚDE DINÂMICA**, v. 1, n. 1, p. 1-19, 2019.

AMARAL, G.F.; GOMIDE, L.M.P.; BATISTA, M.P. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Rev psiquiatr Rio Gd Sul.**, v. 30, n. 2, p. 124-130, 2008.

ARNETT, J.J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. **American Psychological Association**, v. 55, n.5, p. 469, 2000.

AVANCI, J.Q., et al. Adaptação transcultural de escala de autoestima para adolescentes. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 20, n. 3, p. 397-405, 2007.

BAI, M.; LAZENBY, M.A. Systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. **J. Palliative Medicine**, v. 18, n. 3, p. 286-298, 2015.

BAKER, A. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. **BMJ: British Medical Journal**, v. 323, n. 7322, p. 1192-1195, 2001.

BALDASSIN, S.; ALVES, T.C.L.; ANDRADE, A.G. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. **BMC Med Educ.**, v. 8, n. 60, p. 1-8, 2008.

BALDASSIN, S.; MARTINS, L.C.; DE ANDRADE, A.G. Traços de ansiedade entre estudantes de medicina. **Arquivos médicos do ABC**, v. 31, n. 1, p. 27-31, 2006.

BARDAGI, M.P.; HUTZ, C.S. Apoyo parental percibido en el contexto de la elección inicial y de la evasión del curso universitario. **Revista Brasileira de orientação profissional**, v. 9, n. 2, p. 31-44, 2008.

BARDAGI, M.P.; HUTZ, C.S. Não havia outra saída: Percepções de alunos evadidos sobre o abandono do curso superior. **Psico USF**, v. 14, n.1, p. 95-105, 2009.

BASSOLS, A.M., et al. First-and last-year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms? **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 36, n. 3, p. 233-240, 2014.

BATISTONI, S.S.T.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. **Psico-USF (Impr.)**, v. 15, n. 1, p. 13-22, 2010.

BECK, A.T., et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **J Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988.

BORGES, D.C., et al. Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. **Rev Bras Clin Med**, v. 11, n. 1, p. 6-11, 2013.

BORGES, M.S.; SANTOS, M.B.C.; PINHEIRO, T.G. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 4, p. 609-616, 2015.

BOSCAGLIA, N., et al. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. **International Journal of Gynecological Cancer**, v. 15, n. 5, p. 755-761, 2005.

BRAGHETTA, C.C. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar espiritualidade: Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES)**. 2017. 82 f. Tese (Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. **BMA Medical Students' Finance Survey Academic 2010/2011**. London, 2011.

CHEN, Y.; VANDERWEELE, T.J. Religious Upbringing and Health and Well-Being from adolescence to young adulthood: an outcome-wide analysis. **American Journal of Epidemiology**, v. 187, n. 11, p. 235–236, 2018.

CHEW-GRAHAM, C.A.; ROGERS, A.; YASSIN, N. "I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. **Medical Education**, v.37, n. 10, p. 873-880, 2003.

CORREA, R.D., et al. Medicina como Nova Graduação: Motivações, Dificuldades e Expectativas. **Rev. bras. educ. med.**, v. 40, n. 2, p. 226-233, 2016.

COSTA, D.S., et al. Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Estudantes de Medicina e Estratégias Institucionais de Enfrentamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, 2020.

COSTA, M.S., et al. Espiritualidade e religiosidade: saberes de estudantes de medicina. **Rev. Bioét.**, v. 27, n. 2, p. 350-358, 2019.

CUNHA, D.H.F., et al. Percepção da qualidade de vida e fatores associados aos escores de qualidade de vida de alunos de uma escola de medicina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 4, p. 189-196, 2017.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. 1.ed. São Paulo, Casa do Psicólogo. 2001.

DYRBYE, L.N.; THOMAS, M.R; SHANAFELT, T.D. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. **Acad Med**, v.81, n.4, p.354-73, 2006.

EXLINE, J.J.; YALI, A.M.; SANDERSON, W.C. Guilt, discord, and alienation: the role of religious strain in depression and suicidality. **J Clin Psychol**, v.56, n.12, p.1481-1496, 2000.

FARIA, D.L.S; RAVARA, S.B. **Estudo comparativo dos estilos de vida dos estudantes de medicina da Universidade da Beira Interior no início e no final do curso**. 2012. 50f. Tese (Mestrado integrado em medicina), Faculdade de medicina- Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal, 2012.

FLANNELLY, K.J.; ELLISON, C.G.; STROCK, A.L. Methodologic issues in research on religion and health. **South Med J**, v.97, n.12, p. 1231-1241, 2004.

FORTIN, A.H.; BARNETT, K.G. Medical school curricula in spirituality and medicine. **JAMA**, v. 291, n. 23, p. 2883, 2004.

GALLIAN, D.M.C. A (re)humanização da medicina. **Psiquiatria na Prática Médica**, v. 33, n. 2, p. 5-8, 2000.

GARAIGORDOBIL, M.; PEREZ, J.I.; MOZAZ, M. Auto-conceito, auto-estima e sintomas psicopatológicos. **Psicothema**, v. 20, n. 1, p. 114-23, 2008.

GLADIS, M.M., et al. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. **Journal of Consultant and Clinical Psychology**, v. 67, n. 3, p. 320-331, 1999.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y.P.; HUNGERBÜHLER, I. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GUSSI, M.A.; DYTZ, J.L.G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 377-384, 2008.

HILL, P.C., et al. Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, v. 30, n. 1, p. 51-77, 2000.

HOPE, V.; HENDERSON, M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. **Med Educ**, v. 48, n. 10, p. 963-979, 2014.

- HUTZ, C.S. **Adaptação da escala de autoestima de Rosenberg**. Manuscrito não publicado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS. 2000.
- HUTZ, C.S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011.
- IBGE. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Informações Demográficas e Socioeconômicas, v. 41, p. 1–12, 2018.
- KENDLER, K.S. et al. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. **Am J Psychiatry**, v. 160, n. 3, p. 496-503, 2003.
- KING, D.A. et al. Religious involvement and depressive symptoms in primary care elders. **Psychol Med**, v.37, n. 2, p. 1807-1815, 2005.
- KOENIG, H.G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. **South Med J**, v. 97, n. 12, p. 1194-1200, 2004.
- KOENIG, H.G. Concerns about measuring "spirituality" in research. **J Nerv Ment Dis**, v. 196, n. 5, p. 349-355, 2008.
- KOENIG, H.G. Religion, Spirituality, and health: the research and clinical implications. **International Scholarly Research Network Psychiatry**, v. 2012, p. 1-33, 2012.
- KOENIG, H.G.; GEORGE, L.K.; TITUS, P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 4, p. 554-562, 2004.
- KOENIG, M.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D.B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. 1.ed. Nova Iorque, Oxford University Press, 2001.
- KOENIG, H.G.; MEADOR, K.; PARKERSON, G. Religion Index for Psychiatric Research: a 5-item Measure for Use in Health Outcome Studies. **Am J Psychiatry**, v. 154, n. 6, p. 885-886, 1997.
- KRÄGELOH, C.U., et al. The relationship between quality of life and spirituality, religiousness, and personal beliefs of medical students. **Academic Psychiatry**, v. 39, n. 1, p. 85-89, 2015.
- LACOMBE, J.B., et al. **Espiritualidade dos estudantes e residentes de Medicina: associações com empatia e atitude na relação médico-paciente**. 2017. 98 f. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2017.

LOUREIRO, E., et al. A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina do Porto. **Acta Med Port.**, v. 21, n.3, p. 209–214, 2008.

LUCCHETTI, G., et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 2, p. 154-158, 2010.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. **Medical Education**, v. 44, n. 5, p. 527-530, 2010.

LUCCHETTI, G., et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC medical education**, v. 12, n. 1, p. 78-86, 2012.

LUCCHETTI, G., et al. Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBAME. **BMC medical education**, v. 13, n. 1, p. 162-170, 2013.

LYONS, A.; PETRUCCELLI, L. J. 1997. **História da Medicina**. 2.ed. Espanha, Elsevier, 1997.

MELO, N.W.; SOUZA, E.; BARBOSA, L. Moral Competence and Spirituality in Medical Education: Challenge or Reality? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 1, p. 43-52, 2016.

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

MOREIRA-ALMEIDA, A., et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H.G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 36, n. 2, p. 176-182, 2014.

MOUTINHO, I.L.D., et al. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. **Rev Assoc Med Bras**. V. 63, n. 1, p. 21-28, 2017.

MYERS, M. On the importance of anonymity in surveying medical student depression. **Acad Psychiatry**., v. 27, n. 1, p. 19-20, 2003.

NEELY, D.; MINFORD, E.J. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. **Med Educ.**, v. 24, n. 2, p. 176-182, 2008.

NUTTER, D.; WHITCOMB, M. **The AAMC project on the clinical education of medical students**. Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 2002.

PACHECO, J.P., et al. Problemas de saúde mental entre estudantes de medicina no Brasil: revisão sistemática e metanálise. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 39, n. 4, p. 369-378, 2017.

PALIS, H.; MARCHAND, K.; OVIEDO-JOEKES, E. The relationship between sense of community belonging and self-rated mental health among Canadians with mental or substance use disorders. **J Ment Health.**, v. 29, n. 2, p. 168-175, 2020.

PANDEY, R.A.; CHALISE, H.N. Self-Esteem and Academic Stress among Nursing Students. **Kathmandu Univ Med J (KUMJ)**, v. 13, n. 4, p. 298-302, 2015.

PAPAZISIS, G., et al. Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students. **Nurs Health Sci**, v. 16, n. 2, p. 232-238, 2014.

PUCHALSKI, C.M.; LARSON, D.B. Developing curricula in spirituality and medicine. **Academic Medicine**, v. 73, n. 9, p. 970-974, 1998.

RADLOF, L.S. The CES-D Scale: A self-report depressive scale for research in the general population. **Journal of Applied Psychological Measurement**, v. 1, n. 3, p. 385-401, 1977.

RASIC, D.T., et al. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative RASIC sample. **Journal of Affective Disorders**, v. 114, n. 1-3, p. 32-40, 2009.

REGINATO, V.; DE BENEDETTO, M.A.C.; GALLIAN, D.M.C. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 237-255, 2016.

RICOLDI, A.; ARTES, A. Mulheres no ensino superior brasileiro: espaço garantido e novos desafios. **Ex aequo**, n. 33, p. 149-161, 2016.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press, 1989.

ROSENTHAL, J.M.; OKIE, S. White coat, mood indigo – depression in medical school. **N Engl J Med.**, v. 353, n.11, p. 1085-1088, 2005.

ROTENSTEIN, L. S. et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. **Jama**, v. 316, n. 21, p. 2214-2236, 2016.

SANTOS, G.E.O. *Cálculo amostral*: calculadora on-line.

SANTOS, P.; MAIA, J. Análise fatorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de autoestima de Rosenberg. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, v. 2, p. 253-268, 2003.

SAWATZKY, R.; RATNER, P.A.; CHIU, L. A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. **Soc Indic Res.**, v. 72, n. 2, p. 153-188, 2005.

SCHESTATSKY, G.; FLECK, M.P.A. **Desempenho de uma escala de rastreamento de depressão (CES-D) em usuários de um serviço de cuidados primários de saúde de Porto Alegre.** 2002. 105f. Mestrado em Ciências Médicas (Psiquiatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SHI, J., et al. Family Impacts on Self-Esteem in Chinese College Freshmen. **Front Psychiatry**, v. 8, p. 279, 2017.

SHREVE-NEIGER, A.K.; EDELSTEIN, B.A. Religion and anxiety: a critical review of the literature. **Clin Psychol Rev**, v.24, n.4, p.379-397, 2004.

SILVA, M.L.A.M., et al. Influência de Políticas de Ação Afirmativa no Perfil Sociodemográfico de Estudantes de Medicina de Universidade Brasileira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 36-48, 2018.

SILVEIRA, D.X.; JORGE, M.R. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. **Rev. psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 5, p. 251-261, 1998.

SMITH, T.B.; MCCULLOUGH, M.E.; POLL, J. Religious ness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. **Psychological Bulletin**, v. 129, n. 4, p. 614-636, 2003.

STRAWBRIDGE, W. J. et al. Religiosity buffers effects of some stressors on depression but exacerbates others. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 53, n. 3, p. S118-S126, 1998.

TAUNAY, T.C.D.E., et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012.

TJIA, J.; GIVENS, J.L.; SHEA, J.A. Factors associated with undertreatment of medical student depression. **J Am Coll Health.**, v. 53, n.5, p. 219-224, 2005.

YOUNES, F., et al. Internet addiction and relationships with insomnia, anxiety, depression, stress and self-esteem in university students: A cross-sectional designed study. **PLoS one**, v. 11, n. 9, p. e0161126, 2016.

ZANETTI, G.C., et al. The Perception of Medical Students as well as Students from Other Health-Related Areas Regarding the Relations between Spirituality, Religiosity and Health. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 67-74, 2018.

ANEXOS

Anexo A – Perfil sociodemográfico:	
1 – Sexo: () Feminino () Masculino	2 – Idade: _____
3 – Etnia: () Branco () Pardo () Amarelo () Indígena () Negro	
4 – Renda	
<input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo (até R\$ 998,00) <input type="checkbox"/> De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 998,01 até R\$ 2.994,00) <input type="checkbox"/> De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.994,01 até R\$ 5.988,00) <input type="checkbox"/> De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 5.988,01 até R\$ 8.982,00) <input type="checkbox"/> De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 8.982,01 até R\$ 11.976,00). <input type="checkbox"/> Acima de 12 salários mínimos	
5 – Estado civil: () solteiro (a) () casado (a) () viúvo () divorciado	
6 – Qual semestre da faculdade está cursando?	

Anexo B – Conceito de espiritualidade

“O que você entende por espiritualidade?”

Possíveis respostas (é permitido assinalar mais de uma resposta):

“postura ética e humanística”

“busca de sentido e significado para a vida humana”

“crença e relação com Deus / religiosidade”

“crença em algo transcendente à matéria”

“crença na existência da alma e na vida após a morte”

LUCCHETTI et al. Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBAME. **BMC medical education**, v. 13, n. 1, p. 162-170, 2013.

Anexo C – Questionário sobre saúde e espiritualidade

Relação trazida pelo aluno frente ao tema “saúde e espiritualidade”:
Você relaciona o assunto saúde e espiritualidade com quais dos seguintes temas? (pode assinalar mais de um)

Possíveis respostas:

“humanização da medicina”

“qualidade de vida”

“saúde total / holística”

“interferência positiva ou negativa da religiosidade na saúde”

“interferência do transcendente / imaterial na saúde” e “abordagem do viver e do morrer”.

BORGES, D.C., et al. Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. **Rev Bras Clin Med.**, v. 11, n. 1, p. 6-11, 2013.

Anexo D – Índice de Religiosidade da Universidade Duke

(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 E– Escala de autoestima de Rosenberg

Abaixo está uma lista de declarações que lidam com seus sentimentos gerais sobre si mesmo. Por favor indique com que intensidade você concorda ou discorda de cada declaração.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo	Discordo totalmente
1. No geral, estou satisfeito comigo mesmo.				
2. Às vezes acho que não sou bom de jeito nenhum.				
3. Sinto que tenho várias boas qualidades.				
4. Eu sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas.				
5. Sinto que não tenho muito o que me orgulhar.				
6. Eu certamente me sinto inútil às vezes.				
7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos em um plano igual com os outros.				
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.				
9. No geral, estou inclinado a sentir que sou um fracasso.				
10. Eu tomo uma atitude positiva em relação a mim mesmo.				

Pontuação: Os itens 2, 5, 6, 8, 9 são marcados inversamente. Dar "Discordo totalmente" 1 ponto, "Discordo" 2 pontos, "Concordo" 3 pontos e "Concordo Totalmente" 4 pontos. Soma pontuação para todos os dez itens. Mantenha pontuações em uma escala contínua. Escores mais altos indicam maior autoestima.

Anexo F – Escala de ansiedade de BECK ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não (0 ponto)	Levemente Não me incomodou muito (1 ponto)	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar (2 pontos)	Gravemente Difícilmente pude suportar (3 pontos)
1. Dormência ou Formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o Pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				

13. Trêmulo				
14. Medo de perder o contro				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

Pontuação – BAI, pode ter um resultado máximo de 63 e as categorias são:

- **0-10: grau mínimo de ansiedade**
- **11-19: ansiedade leve**
- **20-30 ansiedade moderada**
- **31-63 ansiedade severa**

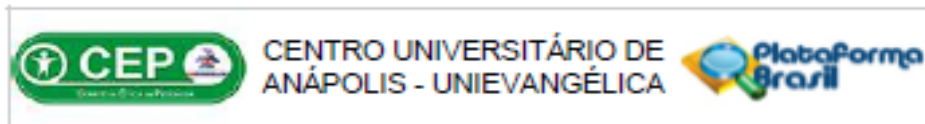
Anexo G – Escala de depressão CES - D = escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale*).

Durante a última semana:	Raramente (<1 dia) 0 ponto	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) 1 ponto	Durante tempo moderado (3 ou 4 dias) 2 pontos	Durante maior parte do tempo (5 a 7 dias) 3 pontos
1 – Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam				
2 – Não tive vontade de comer, tive pouco apetite				
3 – Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo, mesmo com ajuda de familiares e amigos				
4 – Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas*				
5 – Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo				
6 – Senti-me deprimido				
7 – Senti que tive de fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais				
8 – Senti-me otimista em relação ao futuro*				
9 – Considerei que a minha vida tinha sido um fracasso				

10 – Senti-me amedrontado				
11 – Meu sono não foi repousante				
12 – Estive feliz*				
13 – Falei menos que o habitual				
14 – Senti-me sozinho				
15 – As pessoas não foram amistosas comigo				
16 – Aproveitei minha vida*				
17 – Tive crises de choro				
18 – Senti-me triste				
19 – Senti que as pessoas não gostavam de mim				
20 – Não consegui levar adiante minhas coisas				
TOTAL:				
- Nos itens seguidos de asterisco, a pontuação deve ser inversa - Ponto de corte para diagnóstico: maior ou igual a 14				

SILVEIRA, D.X.; JORGE, M.R. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. **Rev. psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 5, p. 251-261, 1998.

ANEXO H – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)



Continuação do Parecer: 3.612.835

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1349717.pdf	27/09/2019 20:02:36		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DAS_PENDENCIAS.docx	27/09/2019 20:01:29	Thalita Oliveira S Amarel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ESPIRITUALIDADE_EM_ESTUDANTES_DE_MEDICINA.docx	27/09/2019 20:01:03	Thalita Oliveira S Amarel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ESPIRITUALIDADE_E_SUA_RELACAO_COM_A_QUALIDADE_DE_VIDA_EM_ESTUDANTES_DE_MEDICINAcorrecoes.docx	27/08/2019 23:07:13	Humberto Graner Moreira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	15/05/2019 21:20:42	Thalita Oliveira S Amarel	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

necessita Apreciação da CONEP:
Não

ANAPOLIS, 01 de Outubro de 2019

Assinado por:
Brunno Santos de Freitas Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.063-515
UF: GO Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL NOS ESTUDANTES DE MEDICINA

Prezado participante,

“Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL NOS ESTUDANTES DE MEDICINA”, desenvolvida por Alessandra Sthefanie Alves Silva, Debora Vieira Jacinto, Renata Garcia de Napoli, Thalita Oliveira Silvano Amaral, discentes de graduação em Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA, sob orientação de Humberto Graner Moreira. O objetivo central do estudo é: avaliar a correlação entre religiosidade e saúde mental e entre religiosidade e autoestima de estudantes de medicina do Centro-Universitário UniEVANGÉLICA.

O convite à sua participação se deve a ser aluno do curso de medicina do Centro-Universitário UniEVANGÉLICA e estar regularmente matriculado, estar cursando alguns dos períodos entre o 1º ao 12º inclusos, estar presente no momento de aplicação dos questionários, aceitar por livre e espontânea vontade responder aos questionários e assinar o TCLE.

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 pois todos os dados serão mantidos sob sigilo. Após a pesquisa os dados ficarão arquivados por um período de até 5 anos. Após este período, estes arquivos serão incinerados.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

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. Os riscos a que os participantes estarão expostos neste estudo são: risco de ter sua identidade revelada e constrangimentos e exposição ao responder as questões norteadoras. Os procedimentos para minimizar os riscos

são: será garantido o anonimato aos participantes em todos os momentos, e informado a eles que seus nomes serão substituídos pela letra “N” seguido de numeral arábico.

A sua participação consistirá em responder perguntas de questionários. Serão aplicados questionário sobre perfil sociodemográfico, questionário sobre o conceito de espiritualidade ,questionário sobre espiritualidade e saúde, Escala de religiosidade da Duke-DUREL - versão em português, Escala de autoestima de Rosenberg, Escala de ansiedade de BECK ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Escala de depressão CES-D = escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale*). Os dados serão tabulados em planilha especificamente elaborada para este fim, e as análises serão feitas de modo a inter-relacionar os dados dos diferentes questionários.

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

O benefício direto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de conhecer e refletir acerca do estado individual de saúde mental, relacionado principalmente à presença sintomas indicativos de transtornos de ansiedade e depressão, possibilitando o alerta para busca de recursos que auxiliem na melhoria da qualidade de vida. Os benefícios indiretos relacionam-se à discussão de um tema relevante no âmbito da graduação médica, que é a qualidade de vida dos acadêmicos de medicina. Os resultados do estudo poderão fornecer subsídios para que possam ser realizadas intervenções no contexto da universidade que estejam relacionadas com espiritualidade e melhoria da qualidade de vida desses estudantes.

O estudo comporá o trabalho de conclusão de curso dos pesquisadores e posteriormente fará parte de um artigo científico a ser publicado.

Assinatura do Pesquisador Responsável – (Inserção na) UniEVANGÉLICA

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável: thalita.oliveiraamaral@gmail.com ou (62) 985558960.

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75083-580

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA

Eu, _____ RG nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como participante. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (telefone 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 20____, _____

Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

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