



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA

PANDEMIA DE COVID-19: ESPIRITUALIDADE/ RELIGIOSIDADE
ENTRE MÉDICOS INFECTOLOGISTAS

João Pessoa

2024

CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA

PANDEMIA DE COVID-19: ESPIRITUALIDADE/ RELIGIOSIDADE
ENTRE MÉDICOS INFECTOLOGISTAS

Tese apresentada à banca examinadora no Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões – PPGCR da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito para a obtenção do título de doutor em Ciências das Religiões.

Orientadora: Dra. Ana Paula Fernandes Rodrigues (UFPB)

Linha de pesquisa: Espiritualidade e Saúde

João Pessoa

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586p Silva, Cassiano Augusto Oliveira da.
Pandemia de COVID-19 : espiritualidade/religiosidade
entre médicos infectologistas / Cassiano Augusto
Oliveira da Silva. - João Pessoa, 2024.
181 f. : il.

Orientação: Ana Paula Fernandes Rodrigues.
Tese (Doutorado) - UFPB/CE.

1. Religiosidade e espiritualidade. 2. COVID-19. 3.
Saúde. 4. Sentido de vida. 5. Coping. I. Rodrigues, Ana
Paula Fernandes. II. Título.

UFPB/BC

CDU 2(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

*PANDEMIA DE COVID-19: ESPIRITUALIDADE/ RELIGIOSIDADE (E/R) ENTRE MÉDICOS
INFECTOLOGISTAS*

Documento assinado digitalmente
gov.br CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA
Data: 13/06/2024 18:10:13 -0300
Verifique em <https://validar.br.gov.br>

Cassiano Augusto Oliveira da Silva

Tese apresentada à banca examinadora formada pelos seguintes especialistas.

Ana Paula Fernandes Rodrigues

Ana Paula Fernandes Rodrigues
(orientadora)

Documento assinado digitalmente
gov.br CLEYTON CEZAR SOUTO SILVA
Data: 06/06/2024 11:12:43 -0300
Verifique em <https://validar.br.gov.br>

Cleyton Cezar Souto Silva
(membro-externo/FAMENE)

Documento assinado digitalmente
gov.br NILMA MARIA PORTO DE FARIAS CORDEIRO DE
Data: 06/06/2024 21:35:14 -0300
Verifique em <https://validar.br.gov.br>

Nilma Maria Porto de Farias Cordeiro de
Medeiros (membro-externo/FAMENE)

Severino Celestino da Silva
Severino Celestino da Silva
(membro-externo/UFPA)

Documento assinado digitalmente
gov.br THIAGO ANTONIO AVELLAR DE AQUINO
Data: 05/06/2024 09:25:30 -0300
Verifique em <https://validar.br.gov.br>

Thiago Antonio Avellar de Aquino
(membro-interno)

Aprovada em 31 de maio de 2024.

DEDICATÓRIA

Quero dedicar esse empreendimento a Deus, Criador de todas as coisas e da vida, o Norte das minhas melhores vivências.

Aos meus pais Antônio e Nércia (*in memoriam*), meus irmãos muito queridos Cassio e Surama, que muitas vezes prescindiram da minha companhia em favor de um recolhimento necessário à escrita.

Aos professores, amigos e colegas que trilharam essa estrada sinuosa que traduz os caminhos da realização de uma pós-graduação no Brasil.

À Profa. Dra. Ana Paula Fernandes Rodrigues, não somente pela dedicação acadêmica, mas pelo seu olhar crítico-compreensivo de orientadora.

Aos que lutaram na dolorosa batalha de combate à COVID-19, os sobreviventes e os que tiveram suas vidas ceifadas, às lições extraídas das lágrimas solitárias de muitos familiares e profissionais de Saúde cujas únicas saídas, por vezes, foram o choro sufocado na dor dilacerante das perdas.

Para Sempre

*Por que Deus permite que as mães vão-se embora?
Mãe não tem limite, é tempo sem hora,
luz que não apaga quando sopra o vento
e chuva desaba, veludo escondido
na pele enrugada, água pura, ar puro, puro pensamento.
Morrer acontece com o que é breve e passa sem deixar vestígio.
Mãe, na sua graça, é eternidade.
Por que Deus se lembra - mistério profundo - de tirá-la um dia?
Fosse eu Rei do Mundo, baixava uma lei:
Mãe não morre nunca, mãe ficará sempre junto de seu filho
e ele, velho embora, será pequenino feito grão de milho.*

(Drummond, 1965).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CHCF	Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CR	Ciências das Religiões
CRE	Coping Religioso-Espiritual
CSSE	Dashboard by The Center for Systems Science and Engineering
E/R	Espiritualidade/ Religiosidade
ECR	Escala da Centralidade da Religiosidade
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESV	Escala de Satisfação com a Vida
GMC	General Medical Council
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JHU	Johns Hopkins University
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAHO	Pan American Health Organization
PNH	Política Nacional de Humanização
PB	Paraíba
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PPGCR	Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões
RCGP	Royal College of General Practitioners
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RSS	Escala de Lutas Religiosas Espirituais
SIVEP	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe
SRCOPE	Escala Breve de Coping Espiritual/Religioso
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Técnica de Associação Livre de Palavras

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNA	Universidade Aberta
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Nuvem de palavras referentes a situação de maior estresse ou sofrimento nos últimos três anos.....	113
Figura 2 - Nuvem de palavras referentes à situação de maior estresse ou sofrimento recentes	114
Figura 3 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias de se estar preparado ou não para trabalhar na pandemia de COVID-19	114
Figura 4 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre “espiritualidade e religiosidade”	115
Figura 5 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias quando se ouve ou pensa sobre “fé”.....	116
Figura 6 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre o estar preparado religiosamente (ou espiritualmente) para trabalhar na pandemia.	117
Figura 7 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre minha preocupação com meus colegas de trabalho religiosa ou espiritualmente	117
Figura 8 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre amparo religioso (ou espiritual) dentro do serviço de saúde para os profissionais da área	118
Figura 9 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre obrigação de conhecer as necessidades religiosas (ou espirituais) dos nossos pacientes"	119
Figura 10 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre nossas crenças religiosas (ou espirituais).....	119
Figura 12 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre o evento “morte”	121

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Religiosidade e espiritualidade dos profissionais (N = 20).....	92
Gráfico 2 - Afiliação religiosa dos profissionais (N = 20).....	93
Gráfico 3 - Apoio Social (N = 20)	100
Gráfico 4 - Questionamento de crenças de paciente (N = 20).....	100
Gráfico 5 - Espiritualidade como enfrentamento (N = 20).....	101
Gráfico 6 - - Parametrização do coping religioso e espiritual (1).....	102
Gráfico 7 - Parametrização do coping religioso e espiritual (2).....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Sumarização de estudos metanalíticos que destacam os distúrbios psicológicos apresentados durante a pandemia de COVID-19	30
Tabela 2 - Sumarização de estudos que expuseram a repercussão do coping religioso positivo na saúde mental dos indivíduos na pandemia de COVID-19	40
Tabela 3 - Sumarização de estudos que expuseram a produção do CRE	63
Tabela 4 - Casos notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) no período de 15 março de 2020 a 31 de dezembro de 2022	85
Tabela 5 - Número de óbitos confirmados por COVID-19 por faixa etária no período de 15 março de 2020 a 31 de dezembro de 2022	85
Tabela 6 - Frequências das características sociodemográficas dos profissionais (N = 20)	91
Tabela 7 – Estatísticas descritivas da Satisfação com a Vida	93
Tabela 8 - Estatísticas Descritivas Mal-estar espiritual	94
Tabela 9 - Estatísticas Descritivas dos itens da SRCOPE-14	95
Tabela 10 - Estatísticas Descritivas dos itens da Escala da centralidade da religiosidade - ECR (5 itens)	96
Tabela 11 - Estatísticas Descritivas dos itens sobre espiritualidade e sentimentos na pandemia	98
Tabela 12 - Estatísticas descritivas dos escores médios dos construtos avaliados	103
Tabela 13 - Coeficientes Rô de Spearman e bisseriais	103
Tabela 14 - <i>Palavras citadas frente ao tema “situação de maior estresse ou sofrimento dos últimos três anos”</i>	105
Tabela 15 - Palavras citadas frente ao tema “situação de maior estresse ou sofrimento recente”	106
Tabela 16 - "Estou preparado para trabalhar na pandemia de COVID-19"	106
Tabela 17 - "Espiritualidade e religiosidade"	107
Tabela 18 – “Fé”	107
Tabela 19 - "Estou preparado religiosamente (ou espiritualmente) para trabalhar na pandemia de COVID-19"	108
Tabela 20 - "Me preocupo com meus colegas de trabalho, eles deveriam estar bem religiosamente (ou espiritualmente) para trabalhar"	108

Tabela 21 - "Os profissionais de saúde deveriam receber amparo religioso (ou espiritual) dentro do serviço de saúde"	109
Tabela 22 - "A gente tem a obrigação de conhecer as necessidades religiosas (ou espirituais) dois nossos pacientes"	109
Tabela 23 - "E se a gente for questionado pelos pacientes ou pelos colegas sobre nossas crenças religiosas (ou espirituais)"	110
Tabela 24 - "Deveriam incluir “espiritualidade” e “religiosidade” ligados à saúde, Na formação acadêmica e profissional da gente"	110
Tabela 25 - "O que é a morte?"	110
Tabela 26 – Questões e respostas de acordo com os blocos de perguntas	111

RESUMO

O objetivo geral desta pesquisa é o de: “compreender se a Espiritualidade e a Religiosidade (E/R) influenciou na vida do profissional médico infectologista e se repercutiu no atendimento à saúde de pacientes graves suspeito e/ou confirmado de COVID-19 no período da pandemia”. A hipótese principal desta é a de que: “a maioria dos médicos infectologistas que atuaram na assistência à saúde do paciente suspeito e/ou confirmado de COVID-19, no período da pandemia, acharam relevante a E/R no seu cotidiano, em especial nos aspectos laborais”. Trata-se de um estudo de alcance exploratório, de método transversal e de enfoque qualitativo-quantitativo. Para a coleta de dados utilizou-se um roteiro de perguntas semiabertas, organizados em blocos de perguntas objetivas abordando os aspectos: características sociodemográficas; Escala de Satisfação com a Vida (ESV- 5 itens); Mal-estar Espiritual; Escala Breve de Coping Espiritual/Religioso – SRCOPE-14; centralidade da religiosidade e; crenças e atitudes. Além de um bloco de dez perguntas subjetivas, disparadoras de crenças, que abarcaram os efeitos psicológicos da pandemia na população mundial; o papel da espiritualidade em tempos de pandemia de COVID-19; sentido da vida e produção de sentido. Os dados quantitativos foram tabulados, calculados, categorizados e analisados no software IBM SPSS (versão 24). Foram realizadas estatísticas descritivas (valores mínimo e máximo, média, desvio-padrão, frequências absolutas e porcentagens) para a caracterização da amostra e para traçar o perfil dos participantes dos construtos avaliados. Para investigação das relações entre as variáveis estudadas, foram calculados coeficientes de correlação Rô de Spearman e Correlação ponto bisserial. Utilizado como nível de significância $p < 0,05$ para todas as estatísticas inferenciais. As informações obtidas com as entrevistas foram processadas pelo software Iramuteq. Foram 20 o número de participantes da pesquisa, a maioria era do sexo feminino ($f = 15$; 75%), com idades entre 34 e 60 anos ($m = 43,5$; $dp = 7,05$). A maioria eram casados ($f = 18$; 90%), residentes na cidade de João Pessoa, PB ($f = 18$; 90%), com renda mensal de mais de 8 salários-mínimos ($f = 18$; 90%), com pós-graduação ($f = 17$; 85%) e cor de pele autodeclarada branca ($f = 14$; 70%). Na época da coleta, 45% tinham sido infectados pelo vírus da covid-19 e todos tomaram duas doses da vacina e uma dose de reforço. A maior parte afirmou ser espiritualizada, mas não religiosa ($f = 6$; 33%) e de afiliação católica ($f = 16$; 80%). De modo geral, os instrumentos evidenciaram altos níveis de satisfação com a vida, coping positivo, sentimentos de medo e emoções negativas durante a pandemia. Por outro lado, os participantes evidenciaram baixos níveis de lutas religiosas, coping negativo, explicação religiosa da pandemia e de impacto da pandemia na espiritualidade. A hipótese proposta foi confirmada mostrando, em seu ineditismo, que os médicos recorreram a E/R para manter sua saúde mental. Exercendo a E/R um importante papel no controle das emoções mediante situações estressantes, promovendo saúde, bem-estar e da qualidade de vida.

Palavras chaves: COVID-19; Espiritualidade; Religiosidade; Saúde; Sentido da vida; Coping.

ABSTRACT

The general objective of this research is to: “understand whether Spirituality and Religiosity (E/R) influenced the life of infectious disease professionals and had an impact on the health care of seriously ill patients suspected and/or confirmed of COVID-19 in the period of the pandemic”. The main hypothesis of this is that: “the majority of infectious diseases doctors who worked in the health care of suspected and/or confirmed COVID-19 patients, during the pandemic period, found E/R relevant in their daily lives, especially in labor aspects”. This is an exploratory study, with a cross-sectional method and a qualitative-quantitative approach. For data collection, a script of semi-open questions was used, organized into blocks of objective questions addressing the following aspects: socio-demographic characteristics; Satisfaction with Life Scale (ESV- 5 items); Spiritual Malaise; Brief Spiritual/Religious Coping Scale – SRCOPE-14; centrality of religiosity and; beliefs and attitudes. In addition to a block of ten subjective questions, triggering beliefs, which covered the psychological effects of the pandemic on the world population; the role of spirituality in times of the COVID-19 pandemic; and the meaning of life and production of meaning. Quantitative data were tabulated, calculated, categorized, and analyzed using IBM SPSS software (version 24). Descriptive statistics (minimum and maximum values, mean, standard deviation, absolute frequencies, and percentages) were performed to characterize the sample and to outline the profile of participants in the evaluated constructs. Spearman's Rô display coefficients and point biserial correlation were calculated to investigate the relationships between the analyzed variations. Used as significance level $p < 0.05$ for all inferential statistics. The Iramuteq software processed the information obtained from the interviews. There were 20 research participants, the majority were female ($f = 15$; 75%), aged between 34 and 60 years old ($m = 43.5$; $SD = 7.05$). The majority were married ($f = 18$; 90%), resident in the city of João Pessoa, PB ($f = 18$; 90%), with a monthly income of more than 8 minimum wages ($f = 18$; 90%), with postgraduate -graduation ($f = 17$; 85%) and self-declared white skin color ($f = 14$; 70%). At the time of collection, 45% had been infected with the COVID-19 virus and all took two doses of the vaccine and a booster dose. The majority stated that they were spiritual, but not religious ($f = 6$; 33%) and Catholic ($f = 16$; 80%). In general, the instruments showed high levels of satisfaction with life, positive coping, feelings of fear, and negative emotions during the pandemic. On the other hand, participants showed low levels of religious struggles, negative coping, religious explanations of the pandemic, and the impact of the pandemic on spirituality. The proposed hypothesis was confirmed, showing, in its originality, that doctors resorted to E/R to maintain their mental health. E/R plays an important role in controlling emotions during stressful situations and promoting health, well-being, and quality of life.

Keywords: COVID-19; Spirituality; Religiosity; Health. Meaning of life; Coping.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO 1 - COVID-19: CULTURAS, SOCIEDADES E DOENÇA – REFLEXÕES SOBRE O MOMENTO PANDÊMICO	23
1.1 Efeitos psicológicos da pandemia de COVID-19 na população mundial	29
1.2 Breves considerações sobre o papel dos profissionais da Psicologia e a atuação no essencial cuidado com a saúde mental em tempos pandêmicos	37
1.3 O papel da espiritualidade em tempos de COVID-19	40
CAPÍTULO 2 - SAÚDE, ESPIRITUALIDADE/ RELIGIOSIDADE E CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES – A PRODUÇÃO DE UM CONHECIMENTO DINÂMICO	47
2.1. Intersecção entre saúde e espiritualidade.....	49
2.2 Intersecção entre Espiritualidade e Ciência.....	55
2.3 Coping Religioso/Espiritual (CRE).....	61
2.4 Espiritualidade e Sentido da vida	70
2.5 Produção de sentido.....	76
CAPÍTULO 3 – O PERCURSO METODOLÓGICO DA TESE E A INSTRUMENTALIDADE DA PESQUISA	82
3.1 Local	84
3.2 Amostra.....	86
3.3 Instrumentos	86
3.4 Procedimentos	89
CAPÍTULO 4 – MOSTRANDO OS DADOS, OS RESULTADOS E A DISCUSSÃO.....	91
4.1 Perfil da amostra.....	91
4.2 Respostas da amostra nos instrumentos aplicados	93
4.2.1 Crenças e atitudes	96
4.2.2 Perfil geral da amostra nos construtos investigados	101
4.2.3 Correlações bivariadas entre os construtos investigados.....	103
4.2.4 Espiritualidade/ Religiosidade no contexto da COVID-19	104
4.3 Discussão	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
REFERÊNCIAS	141
APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	166

APÊNDICE II: Questionário COVID-19: Espiritualidade/ Religiosidade do Profissional de Saúde	167
ANEXO I - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	178

INTRODUÇÃO

Esta uma tese desenvolvida sob o título: “Pandemia de COVID-19: espiritualidade/religiosidade (E/R) entre médicos infectologistas”, entregue e submetida à defesa no Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões (PPGCR) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), é parte fundamental do cumprimento das normas estabelecidas, pelo PPGCR e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da UFPB sob o parecer nº 5.439.644, conforme exigências para obtenção do título de doutor em Ciências das Religiões (CR).

Nosso interesse em trabalhar com o tema em questão é fruto de nossa experiência pessoal como profissional da saúde, na área de prevenção e controle das infecções relacionadas à saúde, na Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba e, em particular, no hospital estadual referência para o atendimento aos pacientes portadores de doenças infectocontagiosas. Serviço de saúde este que, pela sua natureza, foi designado como o serviço para o atendimento aos casos graves dos infectados pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2 - vírus causador da COVID-19), e que necessitavam de internamento em unidades específicas de cuidados intensivos, ou seja, cuidados técnicos e objetivo, com monitoramento contínuo e assistência multiprofissional ininterrupta.

Comumente, a situação clínica dos usuários internados nas unidades de terapia intensiva é complexa e geralmente demandam a necessidade de permanência por um longo período de tempo, particularmente quando nos referimos ao atendimento de pacientes em estado grave. É interessante mencionarmos que boa parte dos pacientes acometidos pela forma grave da COVID-19 e que sobreviveram, apresentaram sintomas prolongados ou sequelas da doença que transcendem a esfera biológica dos enfermos, repercutindo na saúde mental, na qualidade de vida e na reabilitação física, cognitiva, financeira etc.

A pandemia de COVID-19 se mostrou primeiramente a China e depois ao mundo como um sério e grave problema de saúde pública em escala mundial, onde milhões de vidas foram acometidas, direta ou indiretamente, e outras milhões de vidas ceifadas. O medo por parte da população mundial, assim como, a insegurança e a falta de conhecimento técnico por parte dos pesquisadores e profissionais da saúde do mundo serviu como cenário para uma crise sanitária mundial que trazia a reboque outros cenários de crises.

Destarte, se para população mundial leiga o combate era desafiador, mais sofrido e dolorido era ser parte constituinte do grupo de profissionais da saúde que estavam

compulsoriamente numa luta desigual na qual carregava apenas o intenso sofrimento psíquico alimentado pelo medo de se expor ao SARS-CoV-2 no ambiente ocupacional e, pelo sentimento de impotência perante a complexidade e o agravamento da pandemia. É interessante mencionar que falamos isto com conhecimento de causa, pois ali estávamos exercendo nossa atuação profissional como parte da categoria da saúde. Nesse sentido, atuar no período pandêmico e refletir sobre o cenário para construção desta tese doutoral era como nos inserirmos numa confusão de ideias e, vez ou outra, vinha-nos a razão alguns fragmentos de uma composição poética, do simbolista paraibano Augusto de Carvalho Rodrigues dos Anjos, intitulada “Solitário”.

Este nosso homônimo tem sua produção literária permeada por emoções e sentimentos negativos, a exemplo do pessimismo, do egoísmo, da angústia e da não crença no amor. Por tal característica foi dada ao poeta a alcunha de o “Poeta da Morte” e o de “Doutor Tristeza”. Advogado que não advogou, o professor Augusto foi escritor de uma única obra, o livro de poema intitulado *Eu*, datado de 1912. O tempo de vida do poeta foi curto, mais precisamente 30 anos e suas letras estão ligadas à morte e a podridão (Marcello, 2017).

Recordemos do “Solitário”, o poema que nos acompanhou nesta peleja acadêmica.

Como um fantasma que se refugia. Na solidão da natureza morta, por trás dos ermos túmulos, um dia. Eu fui refugiar-me à tua porta! Fazia frio e o frio que fazia. Não era esse que a carne nos conforta... Cortava assim como em carniçaria. O aço das facas incisivas corta! Mas tu não vieste ver minha Desgraça! E eu saí, como quem tudo repele, — Velho caixão a carregar destroços — Levando apenas na tumbal carcaça. O pergaminho singular da pele. E o chocalho fatídico dos ossos” (Anjos, 1998).

Nesta obra o poeta vem questionar o amor verdadeiro, dizem os estudiosos, mas não adentremos nesta seara, deixemos para os especialistas. Entretanto, era tal a condição que nos encontrávamos, uma intensa luta com um inimigo invisível e microscopicamente danoso. Os traços de dor e sofrimento, frutos das sequelas físicas, psicológicas e espirituais de algumas doenças infectocontagiosas que há anos já faziam parte da imagética do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF), completara sua total desfiguração com a nova chaga que só aumentara à medida que víamos os vitimados da peste sendo transladados para a “pedra” ou o necrotério.

No início de tudo os defuntos padecentes da peste eram envoltos por dois sacos impermeáveis e só assim poderiam repousar num ataúde revestido por uma lona também impervia. Tal envelopamento tinha o intuito de garantir um ambiente seguro para aqueles, que como nós, continuavam vivos em meio a um último ritmo respiratório de frágeis corpos.

Como uma carcaça depositada num saco vi meu pai no leito de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) esperando o momento para um rápido repouso na gélida superfície do necrotério. No período não era permitido nem velório e nem cortejo, apenas dez pessoas podiam acompanhar a lembrança de uma sombra que não venceu à peste. Meu pai morreu vítima da COVID-19 em maio de 2021, no sábado que antecedeu o dia das mães daquele ano, trezena da ocasião da morte de minha mãe, também vítima da peste.

Perdíamos as peças mais valiosas do nosso tesouro afetivo, encontrávamo-nos órfãos de pai, de mãe e desarraigados de uma das três graças ou de uma das virtudes teologais - a esperança. Essa tal confiança que nunca se acaba parecia ter se esgotado juntamente com nossas lágrimas. Nosso corpo chegava a doer dos soluços em dias seguidos de choro. Todos tínhamos entrado na barca de Caronte. O barqueiro personagem da mitologia grega, conhecido como o filho da noite e das sombras. E, cuja missão era a de transportar em sua barca as almas dos falecidos até o reino de Hades, local onde se dirigiam as almas dos mortos. Éramos como que mortos sepultando outros mortos.

O CHCF passara a se dedicar inteiramente à assistência aos pacientes graves suspeitos e confirmados da peste de então. Todos os profissionais e pacientes estavam na mesma barca, aqueles lesionados fisicamente pelos equipamentos de proteção individual devido seu uso contínuo e obrigatório, como também estávamos conturbados pelo excesso de trabalho. Arelado a isto, recordemos da pressão psicológica causada por um ambiente de trabalho exposto a uma elevada carga viral o que potencializara o risco de morte e o de levar a morte para os nossos afetos que estavam como que encarcerados pelo necessário isolamento social.

Ainda hoje e de modo lamentável, somos frequentemente questionados se fomos os culpados de ter apresentado nossos afetos à morte. Como o “Solitário” epigrafado, sentíamos no início e continuamos a sentir o eco deste “chocalho fatídico dos ossos” que reverbera como um lamento plúmbeo na alma. Entendemos que temos tanto o que falar, quanto muito mais para ouvir, além de dar continuidade ao que havíamos pesquisado no Mestrado dentro do mesmo Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões e na linha de pesquisa, acerca da importância da espiritualidade/religiosidade no padecimento físico de uma doença crônica. Desta feita com o aprofundamento necessário a uma tese, trazemos o olhar dos profissionais médicos infectologistas mediante os enfrentamentos da COVID-19, depois de muitas perdas, sobretudo as afetivas.

A banca de qualificação, pela qual esta nossa pesquisa foi submetida, sugeriu a inserção de nossa experiência profissional como enfermeiro, por termos atuado no período pandêmico

tanto na assistência direta, quanto na prevenção e no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde de todo estado. Até aqui, tentamos!

Todavia, além da tinta de um bolígrafo os papéis absorviam as lágrimas que caíam de nosso rosto. É fato que as lágrimas de hoje são menos densas que a de outrora, mas continuam carregadas de sentimentos. Trata-se ainda de uma carga intensa talvez motivada pela saudade ou pelo luto não vivido, ou apenas ser a memória de um “velho caixão a carregar destroços”. Ressaltamos sempre que havia a busca de um sentido.

Pedimos compreensão e desculpa aos nossos leitores por esse desabafo, enquanto seguimos adiante, assentemos uma “pá de cal” no assunto e voltemos à reflexão central de nossa pesquisa. Será só o tempo de florar um plantio de lírios-brancos, flor preferida de nossa querida mãe!

Assim, conhecendo e vivendo a problemática da referida pandemia ambicionamos com esta pesquisa dar corpo aos novos caminhos que têm sido apontados e trilhados pela interdisciplinaridade de saberes científicos, enfatizando aqueles proporcionados pelos imbricados das ciências médicas, da saúde e das ciências das religiões. São inúmeros os estudos que têm sido realizados a respeito das terapias ou práticas complementares de saúde, assim como também, os estudos sobre E/R juntamente aos impactos destas em diversos aspectos da saúde dos indivíduos. Hoje em dia as pesquisas a respeito das relações entre E/R e saúde procuram aferir como as crenças, os costumes e as posturas espirituais e/ou religiosas se arrolam ou interferem na saúde e no estilo de vida dos indivíduos.

Por esse entendimento e para responder à questão norteadora que pergunta se a espiritualidade/religiosidade é importante para médicos que trabalham em um hospital referência em infectologia no estado da Paraíba, sobretudo nas situações limítrofes, traçamos objetivos exequíveis, conjecturamos hipóteses e adotamos uma metodologia que levou em consideração tanto as questões quantitativas em termos numéricos, quanto os dados que subjazem qualitativamente nos questionários que instrumentalizaram essa investigação.

Tomamos o exposto e apresentamos como objetivo geral - compreender se a E/R influenciou na vida do profissional médico infectologista e se repercutiu no atendimento à saúde de pacientes graves suspeitos e/ou confirmado de COVID-19 no período da pandemia. Do mesmo modo os objetivos secundários tratam de verificar o grau da existência da E/R junto à médicos infectologista no atendimento à saúde de pacientes graves suspeito e/ou confirmado de COVID-19 no período da pandemia; reconhecer a existência de crenças e expressividades da E/R como admissão da dimensão espiritual junto à médicos infectologista no atendimento à saúde de

pacientes graves suspeito e/ou confirmado de COVID-19 no período da pandemia, focando no enfrentamento das situações limítrofes, na manutenção de sua saúde mental pessoal e na melhoria da assistência hospitalar e, por fim; compreender a E/R na vida pessoal e no exercício profissional do médico infectologista no atendimento à saúde de pacientes graves suspeito e/ou confirmado de COVID-19 no período da pandemia.

Nesse contexto, trouxemos como hipótese principal a de que: “a maioria dos médicos infectologistas que atuaram na assistência à saúde do paciente suspeito e/ou confirmado de COVID-19, no período da pandemia, acharam relevante a E/R no seu cotidiano, em especial nos aspectos laborais”. Quanto à abordagem metodológica, trata-se de um estudo de alcance exploratório, de método transversal e de enfoque qualiquantitativo que utilizou além da literatura especializada, para o lastro teórico, um roteiro de perguntas pertinentes à pesquisa.

A justificativa dessa pesquisa em Ciências das Religiões e a sua interface com às Ciências da Saúde reside em parte por se tratar de um estudo cuja hermenêutica e a epistemologia, comportam interpretações além dos aspectos técnicos que norteiam a área da saúde e, explicam, também, os fenômenos religiosos. Justifica-se no fato de haveremos pesquisados todos os médicos infectologistas que estavam na assistência à saúde de pacientes graves suspeitos ou confirmados de COVID-19 no hospital de referência estadual, configurando-se num real diagnóstico dessa categoria profissional em específico, nomeadamente porque atuaram na linha de frente da pandemia de COVID-19. Os achados desta pesquisa deram conta da hipótese do estudo, mostrando em seu ineditismo que os médicos recorrem a E/R para manter sua saúde mental e compreender parte dos fenômenos que estão no entorno do fundamento da vida humana, não havendo um só caso de hipótese nula. Exercendo a E/R um importante papel no controle das emoções mediante situações estressantes, na promoção de bem-estar e da qualidade de vida. Portanto, diante das perspectivas delineadas e a partir das inquietações aqui suscitadas, esta tese foi configurada em quatro capítulos além deste introdutório e das considerações finais.

O capítulo inicial trouxe reflexões acerca da COVID-19 e teceu um contexto mais generalizado das origens da referida enfermidade, No segundo capítulo apresentamos a construção teórico-conceitual que discutiu as terminologias pertinentes e os conceitos de espiritualidade, religiosidade como categorias analíticas necessárias para essa construção a partir das ciências das religiões e a sua intersecção com as ciências da saúde. O capítulo terceiro traçou a caminhada metodológica que permitiu o levantamento e os procedimentos da análise. O capítulo quarto revelou os dados obtidos e já sistematizados além dos resultados conseguidos

de acordo com os instrumentos aplicados e a discussão dos resultados apresentados com os aspectos positivos encontrados, seus desafios e os pontos mais sensíveis.

CAPÍTULO 1 - COVID-19: CULTURAS, SOCIEDADES E DOENÇA – REFLEXÕES SOBRE O MOMENTO PANDÊMICO

Este escrito toma como ponto de partida o dia primeiro do mês de agosto do ano de 2022, ocasião essa, que segundo o *Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering* (CSSE) da *Johns Hopkins University* (JHU), o SARS-CoV-2 vitimou um total de 577.366.710 pessoas no mundo, com a COVID-19, seguido de um total de 6.400,346 óbitos. O número de doses de vacinas administradas totalizava 11.965.907.180 (JHU, 2022).

O Brasil, na mesma data, contabilizou um total de 33.833.990 casos da doença, sendo 678.514 óbitos e, 465.319.009 doses de vacinas administradas (JHU, 2022). Enfatizamos que os dados da COVID-19 utilizados nesta pesquisa foram obtidos do CSSE da JHU, uma das mais importantes instituições acadêmicas de pesquisa do mundo e cujo painel interativo divulgava o retrato pandêmico no mundo em tempo real.

A humanidade se encontra no século XXI e imersa em momentos de crises: crise de desigualdades resultante de um colapso financeiro; crise ambiental que tem se arrastado há anos e, uma crise pandêmica proporcionada pela COVID-19. As apresentações neste tablado de crises contemplam: 1% dos mais ricos detém mais patrimônio junto que os remanescentes 99%; as fortunas brasileiras em paraísos fiscais são de ordem de 520 bilhões de dólares o equivalente a 1/3 do nosso produto interno bruto; 850 milhões de pessoas privadas de alimentos, ou seja, passando fome; episódios de mortes infantis por inanição, cerca de 15 mil mortes/ dia de crianças nascidas em seios que não tem responsabilidade pela ingerência mundial; o agravamento das questões ambientais como aquecimento global, o uso indiscriminado dos recursos naturais e do meio ambiente e tanto outros problemas que repercutem direta e negativamente no meio ambiente, na economia e nas sociedades (Dowbor, 2020).

Se no período pandêmico o vírus foi letal, o mesmo pode ser dito dos parasitas sociais cujas implicações para a vida sociopolítica e econômica de determinada sociedade também têm sido sensivelmente danosas, basta refletirmos as repercussões sociais do momento pandêmico que transcorremos (Dowbor, 2020). Nesse cenário crítico no qual a humanidade ainda se arrasta e nele faz sua história parece que nós figuramos como atores da canção intitulada *O pulso* dos compositores Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Toni Bellotto, que em seus versos expõem algumas enfermidades que destroem as funções biológicas do homem.

Diz os compositores em sua canção:

O pulso ainda pulsa. O pulso ainda pulsa. Peste bubônica câncer pneumonia raiva rubéola tuberculose anemia rancor cisticercose caxumba difteria encefalite faringite gripe leucemia, o pulso ainda pulsa. O pulso ainda pulsa. Hepatite, escarlatina, estupidez, paralisia. Toxoplasmose, sarampo, esquizofrenia. Úlcera, trombose, coqueluche, hipocondria. Sífilis, ciúmes, asma, cleptomania. O corpo ainda é pouco O corpo ainda é pouco Assim Reumatismo, raquitismo, cistite, disritmia. Hérnia, pediculose, tétano, hipocrisia. Brucelose, febre tifoide, arteriosclerose, miopia. Catapora, culpa, cárie, câimbra, lepra, afasia. Ainda pulsa. Ainda é pouco (Modro, 1996, p. 89).

A poesia destituída da poética romântica deixa evidente que quem agoniza ainda tem disposição para mais um evento, quer de vida ou de morte. Por conseguinte, na história cotidiana das sociedades contemporâneas, surgia a COVID-19, enfermidade causada pelo SARS-CoV-2, um novo tipo de Coronavírus que foi confirmado por autoridades chinesas em sete de janeiro de 2020 (PAHO/ WHO, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 30 de janeiro de 2020 declarou que o surto do novo coronavírus, até então nomeado por 2019-nCoV, se constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Desde que o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) passou a vigorar em 2007, foi à sexta vez na história que uma ESPII foi declarada. Compuseram os casos de ESPII no mundo: a pandemia de H1N1 em 25 de abril de 2009; a disseminação internacional de poliovírus em 5 de maio de 2014; o surto de Ebola na África ocidental em 8 agosto de 2014; o vírus Zika e o aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas em 1 de fevereiro de 2016 e, o surto de ebola na República Democrática do Congo em 18 maio de 2018 (PAHO/WHO, 2020).

No mesmo período da declaração do surto do novo coronavírus, pesquisadores e cientistas se esforçavam para tentar compreender o agente etiológico da COVID-19 para só então poder oferecer fundamento consubstancial às intervenções eficazes e enérgicas na realidade sanitária existente. Autoridades sanitárias mundialmente recorriam a medidas protetivas para a população tomando, por base, aquilo que até então se conhecia.

Países como China, Vietnã, Cuba, Coreia do Sul, Nova Zelândia e outros começaram a enfrentar a pandemia da COVID-19 de maneira mais diligente e eficaz, controlando a propagação espacial do vírus, de modo especial através da interrupção e do arrefecimento de alguns intercâmbios sociais e espaciais, intervenções estas de maior impacto e eficiência sanitária. Isto fez crer que o tamanho da população, a concentração demográfica ou a densidade técnica do território e as interações espaciais não são determinantes para a difusão do agente causador, mas toma por apoio o modo de produção, as relações políticas e as preferências de determinada sociedade (Soares; Menezes, 2021; Silveira *et al.*, 2020).

No Brasil, o primeiro caso da doença foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 num homem com 61 anos de idade, com histórico de viagem para região norte da Itália. O mesmo havia dado entrada no Hospital Israelita Albert Einstein, na cidade de São Paulo, capital. Nesse mesmo dia, era um total de 20 o número de casos suspeitos de infecção pelo SARS-CoV-2 em sete das 27 unidades federativas, a saber: Paraíba, Pernambuco, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Santa Catarina. Outros casos suspeitos foram descartados depois da realização de exames laboratoriais cujos resultados deram negativos para o coronavírus. Foi quando os órgãos de governo iniciaram o desenvolvimento de estratégias na tentativa de conter o aumento da pandemia no país (Souza, 2020; UNA-SUS, 2020).

De acordo com Cândido *et al.* (2020), em estudo realizado no início da pandemia e denominado *Routes for COVID-19 importation in Brazil, (Rotas de importação da COVID-19 no Brasil)*, estimaram que 54,8% de todos os casos importados de SARS-CoV-2 para o Brasil teriam sido provenientes de contaminados na Itália, enquanto 9,3% seriam vindos de contaminados na China e 8,3% de contaminados na França.

A partir de meados de 2020, parte da literatura acadêmica comprovou que a COVID-19 apresentava como sintomas principais: febre, falta de ar e tosse seca. Há outros sintomas menos comuns e que poderiam afetar alguns pacientes são: hipogeusia/ ageusia (perda de paladar) ou hiposmia/ anosmia (perda do olfato), congestão nasal, conjuntivite, dor de garganta, dor de cabeça, dores nos músculos ou juntas (mialgia, dores no corpo), diferentes tipos de erupção cutânea, náusea ou vômito, diarreia, calafrios ou tonturas.

No caso dos idosos infectados, estes poderiam apresentar um quadro clínico de diferentes sinais e sintomas daqueles apresentados pelas populações mais jovens, podendo não apresentar febre, evoluir com hipotermia, confusão mental ou apresentar quedas da própria altura (Brasil, 2021a). também não podemos esquecer que o espectro dos sintomas abrangia manifestações clínicas extrapulmonares que poderiam estar conexas à COVID-19, como:

(...) tromboembolismo; alterações cardíacas (arritmias cardíacas e isquemia miocárdica); alterações renais (hematúria, proteinúria e insuficiência renal); alterações gastrointestinais (diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal, anorexia); alterações neurológicas (cefaleia, tontura, encefalopatia, ageusia, anosmia, acidente vascular encefálico); alterações hepáticas (aumento de transaminases e bilirrubinas); alterações endócrinas (hiperglicemia e cetoacidose diabética) ou - alterações dermatológicas (*rash* eritematoso, urticária, vesículas, petéquias, livedo reticular) (Brasil, 2021a, p.10).

Junto à declaração do estado de pandemia em 11 de março de 2020, a OMS também emitiu a recomendação das primeiras medidas de enfrentamento da COVID-19 que foram adotadas, ou não, por diversos países, de acordo com as possibilidades socioeconômicas,

políticas, culturais, modos de vida e estruturação dos serviços de saúde disponíveis em cada um deles. Com isso pode ser observado que numa sociedade mundial de relações tênues e imersa em crises, a pandemia da COVID-19 apenas veio agudizar as dessimetrias e as desigualdades, além de se configurar como um seríssimo desafio socio sanitário (Massarani *et al.*, 2021; Lana *et al.*, 2020).

Em solo brasileiro o Supremo Tribunal Federal (STF) foi palco das decisões que deveriam partir do poder executivo, uma vez que aquele se munuiu de assessorados, com técnicos competentes e cujas ações dialogavam com as orientações postuladas pela OMS. Lembremos que o órgão internacional traçava diretrizes comuns e efetivas diante de cada realidade específica (Brasil, 2021b).

Os documentos do Ministério da Saúde (MS) orientavam a população em geral a tomar como medidas de prevenção da transmissão do coronavírus: a lavagem das mãos com água e sabonete ou detergente; a higienização das mãos com preparação alcoólica específica; a etiqueta respiratória, que consiste em cobrir o nariz e a boca ao espirrar ou tossir; o distanciamento social; o não compartilhamento de objetos de uso pessoal, como copos e talheres; e o hábito de se manter a ventilação nos ambientes.

Em Nota Informativa de nº 3/2020 o MS recomendava que as máscaras cirúrgicas e as máscaras de Proteção Facial Filtrante do tipo 2 (PFF2/ N95) fossem priorizadas para os profissionais da saúde, já o uso de máscaras de tecido estava indicado para a população em geral como método de barreira à propagação do SARS-CoV-2 (Garcia, 2020; Brasil, 2020a; Brasil, 2020b).

Quanto aos profissionais da Saúde, categoria profissional diretamente exposta aos casos graves de COVID-19 e aos casos de mortes, aqueles se constituíram como uma ameaça diametral de transmissão da peste para seus familiares e entes queridos. Os profissionais da saúde eram parte da população que se encontrava literalmente esgotada física, mental e espiritualmente. As alterações provocadas no bem-estar pessoal e na vida profissional daqueles foram significativas e impactantes, tratava-se de um conjunto de histórias pontuais de dor. Partindo de nosso local de fala, adentrar diariamente no serviço de referência estadual de assistência à saúde do portador de doenças infectocontagiosas da Paraíba, transformava-se em momentos intermináveis de dor física e de confusão mental, emocional e espiritual. Fazíamos o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde do serviço de saúde citado.

Imersos numa tragédia, como se não bastasse à falta de prumo que nos norteasse, que nos mostrasse por onde se orientar, outro protagonista medonho e portador de faixa presidencial

tinha arroubos com a tal “imunização de rebanho”, estratégia que é de fato verificado pela Saúde Pública, mas que não se aplicava ao caso da pandemia. O tal enfaixado juntamente com seu ministro da saúde confabulava que só haveria controle da pandemia quando houvesse contaminação de 70% das pessoas pelo novo vírus. Recordemos, que até então, não tínhamos vacina sendo a convivência social que se encarregaria de realizar tal serviço nefasto e funesto. Nefasto pelo seu fim e funesto por ser seletivo, uma vez que os mais vulneráveis seriam as principais vítimas, ou seja, a maior parte da população brasileira (Campos, 2020).

Relembremos o quadro de meados de 2020 no qual o Brasil tomava o segundo lugar em todo o mundo tanto no que se refere aos casos confirmados da doença, quanto naqueles de mortes por COVID-19. Nesse caos um dos eventos de sofrimento coletivo que nos vem à cabeça foi o do colapso do sistema de saúde de Manaus, capital do Amazonas, que também significou um colapso em todo o estado, ou seja, a atuação do poder público estava seriamente comprometida (Ferrante *et al.*, 2020). Entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021 a falta de oxigênio hospitalar, juntamente a falta de leitos em enfermarias e em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) era o quadro do sistema de saúde do Amazonas.

No mesmo período outras capitais do País obtiveram algum controle das demandas dos serviços de saúde, ao menos, até o início do ano de 2021. A capital do estado do Ceará, Fortaleza, apresentou um pico proeminente de óbitos, logo após a cidade de Manaus, mas não entrou em colapso nesse período. A crise no Amazonas foi resultado de medidas de prevenção inadequadas, com aplicabilidade baixa das ações de contenção não farmacológicas associadas à relevância dos fatores demográficos e socioeconômicos, a desigualdades no acesso à saúde primária e a prevalência da infecção num cenário de alta transmissão. Tal situação caótica foi completada com o veto de medidas de proteção aos indígenas da COVID-19 pelo então presidente Jair Messias Bolsonaro (Lalwani *et al.*, 2021; Ferrante *et al.*, 2020).

O contexto era extremamente desfavorável adornado de indicadores sociais e sanitários abundantemente precários. Pacientes morriam por asfixia devido à falta de suprimento de oxigênio hospitalar, calor e chuvas torrenciais no Amazonas prejudicavam as ações realizadas. Pacientes eram transferidos para outros estados da nação onde havia disposição de leitos. O nível de desespero era imenso e trazia à exaustão do sistema funerário. Manaus foi à primeira cidade brasileira a cavar valas comuns para as vítimas fatais da COVID-19 e caixões eram empilhados. Foi manchete de jornal o sepultamento por meio de trincheiras no cemitério público Nossa Senhora de Aparecida, mais conhecido como cemitério do Tarumã (Esquivel, 2022; Taylor, 2021).

Países como China, Vietnã, Cuba, Coreia do Sul, Nova Zelândia e outros começaram a enfrentar a pandemia da COVID-19 com interrupção rígida de trocas sociais e espaciais impedindo percentualidades de contaminação mais elevadas. Perguntamo-nos, e a ideia de imunização de rebanho? Estruturou-se numa falácia e a vacina figurava como a via para o sucesso com cessação quase que total dos novos casos de COVID-19. Destarte, não havendo vacina e a falácia sendo carta descartada o Brasil se ampara em ações de vigilância epidemiológica, como:

[...] identificação de novos casos (pela clínica e testagem), seguido pelo rastreamento dos casos e dos comunicantes e, finalmente, pelo bloqueio da transmissão. Em relação ao coronavírus, isso implica o isolamento dos casos e comunicantes, a investigação de familiares, escolas ou locais de trabalho. Como há infectados assintomáticos, são necessários outros cuidados preventivos, como o uso de máscaras e medidas de higiene recomendadas para a população, em particular a lavagem correta e frequente das mãos, e o uso de equipamentos de proteção individual pelos trabalhadores de saúde (Campos, 2020, p. 3).

No horizonte que se abria para a ciência aplicada à pandemia da COVID-19 podemos observar a necessidade e a importância das vacinas que se conformava como a esperança por excelência. Segundo Lima *et al.* (2021) num artigo intitulado: *Vacinas para COVID-19 - o estado da arte*, foi precisamente a sequência genética do vírus divulgada em 11 de janeiro de 2020 que motivou o desencadear da intensa atividade mundial de pesquisa para criação de uma vacina contra a doença.

A dor e a morte por todo o globo expuseram as fragilidades da vida humana e, a escala do impacto humanitário e econômico da pandemia de COVID-19 incentivaram o uso de novas plataformas de tecnologia de vacina com o intuito de abreviar os resultados das pesquisas. Hoje vemos o impacto positivo da vacinação na pandemia em questão.

Nossa fala tem o intuito de instigar em nosso leitor a reflexão que para se gerir uma pandemia é necessário competência em saúde pública. É preciso ir além da gestão de recursos financeiros e humanos para cuidados de saúde e serviços essenciais. É preciso ter uma estrutura em saúde capaz de emitir respostas coordenadas para implementação de restrições de circulação obrigatórias e voluntárias, realização de exames e testes em larga escala a fim de rastrear os infectados. É preciso um sistema de vigilância ágil e eficaz que permita o acompanhamento em tempo real da trajetória de determinado evento sanitário (Massarani *et al.*, 2021).

Sobre a tomada de medidas restritivas, como o isolamento, é sabido que são, em algumas realidades de maneira especial, desafiadoras, fazendo-se também imperioso o engajamento e a cooperação da população em geral às orientações da OMS e de outros órgãos internacionais,

assim como daquelas procedentes das autoridades sanitárias locais (Massarani *et al.*, 2021). O período da pandemia de COVID-19 se tratou de um calvário para seres apenas humanos.

1.1 Efeitos psicológicos da pandemia de COVID-19 na população mundial

Em consonância com o cenário disposto, em 11 de março de 2020 a OMS declarou o surto da pandemia de COVID-19 o que foi um grande impacto na saúde mental em todo o mundo (De Sousa *et al.*, 2021; PAHO/ WHO, 2020). Assim, compreender os efeitos psicológicos da pandemia entre diferentes populações e investigar os fatores associados pode representar o primeiro passo para a elaboração de estratégias de monitoramento da saúde mental dos indivíduos e intervenções psicológicas direcionadas às populações mais propensas ao desenvolvimento de transtornos psicológicos relacionados à pandemia de COVID-19 (Leung *et al.*, 2022).

No sentido de organizar os estudos mais recentes sobre os contornos da pandemia, utilizamos um tipo de revisão de literatura cada vez mais comum nos estudos em saúde, haja vista o volume da produção acadêmica ser considerável além de permitir a apresentação de dados quantitativos com relevâncias qualitativas. Abordamos aqui os estudos de metanálises/ meta-análise ou abordagem metanalítica, que se trata de:

[...] uma técnica estatística adequada para combinar resultados provenientes de diferentes estudos. Na área da saúde, um exemplo é a combinação do risco relativo entre dois tratamentos estimado em diferentes estudos. O resultado básico da metanálise, neste exemplo, é uma estimativa única para o risco relativo, que é chamada de estimativa metanalítica. É importante ressaltar que, o resultado de uma metanálise terá significado aplicado somente se os estudos que a compõem forem o resultado de uma revisão sistemática (Rodrigues; Ziegelmann, 2010, p. 435).

A partir dessa abordagem, apresentamos os dados obtidos nas narrativas acadêmicas, que mais adiante estão elencadas na Tabela 1, que sumariza estudos internacionais modelados pela metanálise que em seu escopo teórico destacaram os distúrbios psicológicos e transtornos mentais de algumas categorias profissionais (enfermeiros, médicos e professores, por exemplo), de faixas etárias (idosos e crianças) e gêneros (homens e mulheres) apresentados durante a pandemia de COVID-19.

Tabela 1 - Sumarização de estudos metanalíticos que destacam os distúrbios psicológicos apresentados durante a pandemia de COVID-19

Título / autore(s) e data de publicação / periódicos	Resultados
<i>Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis / Salari et al., (2020a) / Globalization and Health</i>	Estresse (29,6%), ansiedade (31,9%) e depressão (33,7%);
<i>Mass quarantine and mental health during COVID-19: A meta-analysis / Jin et al (2021) / Journal of Affective Disorders</i>	Ansiedade, pânico, pressão psicológica, depressão, estresse, distúrbios emocionais, irritabilidade, insônia, estresse pós-traumático, baixa autoestima e falta de controle
<i>Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis / Wang et al. (2020) / Plos One</i>	Depressão e ansiedade
<i>Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis / Cénat et al (2021) / Psychiatry Research</i>	Depressão, ansiedade, insônia, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e estresse psicológico
<i>Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis / Pappa et al. (2020) / Brain, Behavior and Immunity</i>	Ansiedade (23,2%), depressão (22,8%) e insônia (38,9%)
<i>The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic</i>	Depressão (25%) e ansiedade (26%)

review and meta- analysis / Luo et al (2020) / Psychiatry Research

Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis / Saragih et al. (2021) / International Journal of Nursing Studies

Estresse pós-traumático TEPT (49%), ansiedade (40%) e depressão (37%)

Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis / Al Maqbali et al (2021) / J Psychosom Res.

Estresse (43%), ansiedade (37%), depressão (35%) e insônia (43%)

Fonte: Dados da Pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Ao examinarem 17 estudos transversais, Salari *et al.* (2020a) mostraram que a prevalência de estresse, ansiedade e depressão na população geral, decorrentes da pandemia de COVID-19, são 29,6%, 31,9% e 33,7%, respectivamente. A partir destes resultados, é possível afirmar que o COVID-19 não apenas levantou preocupações sobre a saúde pública, mas também resultou em vários distúrbios psicológicos, pois a disseminação deste vírus é capaz de afetar a saúde mental dos indivíduos em diferentes comunidades e níveis de escolaridade, desde pacientes infectados e profissionais da saúde, até famílias, crianças, estudantes, portadores de doenças mentais e até mesmo trabalhadores de outros setores, sendo importante a identificação precoce de indivíduos nos estágios iniciais de algum transtorno psicológico para promover estratégias de intervenção mais eficazes).

Ao reunirem 28 estudos com um total de 134.061 participantes, Jin *et al.* (2021) sugerem que indivíduos mantidos em isolamento domiciliar ou quarentena, as medidas preventivas adotadas por muitos países para controlar a propagação do vírus do COVID-19, relataram sentir medo de adoecer ou morrer, além de apresentar vários sintomas adversos à saúde mental durante o período de quarentena, como ansiedade, pânico, pressão psicológica, depressão, estresse, distúrbios emocionais, irritabilidade, insônia, estresse pós-traumático, baixa autoestima e falta de controle, devido à exposição diária aos relatos da mídia sobre o aumento no número de casos e mortes confirmados. Em adição, verificou-se que, quanto maior o tempo de quarentena, maiores são os níveis de ansiedade, depressão e estresse.

Na mesma perspectiva do estudos metanalíticos, uma investigação com 68 estudos transversais que contou com 288.830 participantes de 19 países apontou que mulheres, adultos mais jovens (< 35 anos), indivíduos com baixo nível socioeconômico (baixos níveis de educação e renda e desemprego), residentes em áreas rurais, maior exposição à mídia, e aqueles com maior risco de infecção por COVID-19 (casos suspeitos, morar nas áreas mais atingidas, ter histórico de doenças crônicas ou condições mentais) são fatores de risco associados ao aumento da susceptibilidade de depressão e ansiedade durante a pandemia de COVID- 19, em comparação com as respectivas contrapartes (Wang *et al.*, 2020).

Do mesmo modo, incluindo 55 estudos com 189.159 participantes, foram verificados que os problemas mentais de saúde mais estudados durante a pandemia de COVID-19 são depressão, ansiedade, insônia, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e estresse psicológico, indicando que as populações afetadas pela pandemia apresentaram uma prevalência significativamente maior desses cinco problemas de saúde mental em comparação com a população geral em circunstâncias normais (Cénat *et al.*, 2021). Em comparação com o último estudo da OMS sobre transtornos mentais comuns, a prevalência de depressão nas populações acometidas pela COVID-19 é três vezes maior (15,97%) do que na população geral (4,4%), enquanto é quatro vezes maior para ansiedade (15,15% vs. 3,6%) e cinco vezes maior para TEPT (21,94% vs. 4%) (WHO, 2017).

Acerca desses estudos, podemos observar que têm se revelado um impacto psicológico significativo da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais da saúde (Salari *et al.*, 2020b; Salazar De Pablo *et al.*, 2020; Hao *et al.*, 2021; Li *et al.*, 2021; Marvaldi *et al.*, 2021). A partir dessa abordagem, incluindo 13 estudos asiáticos, as taxas de prevalência de ansiedade, depressão e insônia dos profissionais de saúde durante a pandemia foram elevadas, com 23,2%, 22,8% e 38,9%, respectivamente (Pappa *et al.*, 2020). Similarmente, noutra realizada com 62 estudos de 17 países, os sintomas psicológicos mais relatados pelos profissionais de saúde foram depressão e ansiedade, com prevalência respectiva de 25% e 26% (Luo *et al.*, 2020).

Mais recentemente, numa investigação incluindo 38 estudos com 53.784 participantes, foram demonstradas elevadas prevalências de problemas de saúde mental entre os profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19, com destaque para estresse pós-traumático (49%), ansiedade (40%) e depressão (37%), sugerindo que a situação piorou sensivelmente conforme a pandemia continuou a se propagar (Saragih *et al.*, 2021).

Avaliando os efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde psicológica de enfermeiros, que particularmente, estiveram diretamente envolvidos no diagnóstico, tratamento e atendimento de pacientes e, ao mesmo tempo, sujeitos ao alto risco de infecção por este vírus, uma metanálise que incluiu 93 estudos com 93.112 enfermeiros, constatou que mais de um terço daqueles que trabalhavam durante a pandemia sofria de estresse (43%), ansiedade (37%), depressão (35%) e insônia (43%), sugerindo que esses sintomas podem impactar na sua atuação e reduzir a qualidade da assistência prestada. E, nesse entendimento, segue indicando a necessidade de intervenções adequadas para preservar a saúde mental desses profissionais de saúde que enfrentam um risco maior de exposição ao COVID-19, a fim de garantir a manutenção da qualidade dos serviços de saúde (Al Maqbali *et al.*, 2021).

A partir do mesmo modelo metodológico, foi identificado que o sexo feminino é um fator de risco para o desenvolvimento de ansiedade, depressão e estresse entre os enfermeiros da linha de frente do COVID-19 (Batra *et al.*, 2020; Sun *et al.*, 2021; Varghese *et al.*, 2021). E na continuidade dos dados sobre saúde mental, o estudo que condensou outros 13 escritos com 1.093 participantes, verificou que a prevalência do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) foi de 16%, sendo o medo da morte o principal motivo responsável pelo desenvolvimento de TETP entre esses pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) devido a infecções graves por COVID-19 (Nagarajan *et al.*, 2022). Além do que, a prevalência de delírio foi de 27,9% entre pacientes hospitalizados devido a infecções graves por SARS e MERS na fase aguda, enquanto o TEPT (32,2%), depressão (14,9%) e ansiedade (14,8%) foram relatados no estágio pós-doença (Rogers *et al.*, 2020).

De forma a corroborar com essas teses, a compilação de 16 estudos observacionais em sete países, revelou que os transtornos de saúde mental foram associados ao aumento da mortalidade relacionada ao COVID-19, quando comparados àqueles sem nenhum transtorno de saúde mental, provavelmente devido ao maior tempo de hospitalização e risco de infecção (Found *et al.*, 2021).

É relevante mencionar que existem diferenças emocionais entre pacientes com características diferentes. Por exemplo, pacientes mais velhos com doenças crônicas associadas apresentam mais ansiedade e pessimismo em relação à sua condição, por outro lado, os pacientes mais jovens demonstram ser mais positivos. Além disso, pacientes do sexo feminino são mais propensas a expressar seus sentimentos e sentir ansiedade, enquanto os pacientes do sexo masculino tendem a reprimir suas emoções e demonstram sentir raiva, sugerindo a

necessidade de apoio psicológico individualizado para compreender as necessidades psicológicas dos indivíduos infectados por COVID- 19 (Zhang *et al.*, 2022).

Desde o início da pandemia do COVID-19, os professores também vêm apresentando sintomas psicológicos adversos, devido ao fechamento das escolas e universidades e à necessidade de adaptação às diferentes modalidades de ensino (UNESCO, 2020). Uma metanálise baseada em oito estudos demonstrou que os professores relataram níveis de ansiedade (17%), depressão (19%) e estresse (30%) como algumas consequências adversas do distanciamento social durante a pandemia de COVID-19, destacando que os níveis mais elevados de ansiedade foram relatados entre os professores das escolas, enquanto os maiores níveis de estresse foram relatados pelos professores universitários, sendo essa sintomatologia atribuída à sobrecarga dos professores relacionada às aulas remotas e dificuldade de adaptação ao novo sistema educacional online (Ozamiz-Etxebarria *et al.*, 2021).

Em adição vindo reforça esse entendimento, uma revisão sistemática baseada em seis estudos transversais realizados na China, Brasil, Estados Unidos, Índia e Espanha, as taxas de prevalência de ansiedade e depressão entre os professores que retornavam ao ensino presencial foram elevadas, variando de 10% a 49,4%, e de 15,9% a 28,9%, respectivamente, sendo consideravelmente maior em professores que atuavam em escolas, que pode ser explicada, em parte, pela incerteza do impacto das aulas presenciais no risco de contágio e o medo de contrair o vírus, além do estresse causado pelo maior contato no ambiente de trabalho (Silva *et al.*, 2021).

Embora as crianças sejam menos propensas a serem infectadas por SARS-CoV-2, não estão imunes aos efeitos psicológicos adversos da pandemia e das medidas de quarentena (Panda *et al.*, 2021), uma compilação de 23 estudos com 57.927 participantes, investigando os efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental de crianças e adolescentes da China, demonstrou que as crianças e adolescentes apresentaram depressão, ansiedade, distúrbios do sono e sintomas de estresse pós- traumático durante a pandemia, com prevalência de 28,6%, 25,5%, 44,2% e 48%, respectivamente, destacamos ainda, que a prevalência de depressão e ansiedade foi maior entre adolescentes e sexo feminino em comparação com crianças e sexo masculino, respectivamente. Possivelmente, fatores como isolamento domiciliar, aumento do desemprego, fechamento das escolas, horários irrestritos de sono, exposição prolongada à tela e violência doméstica durante a pandemia de COVID-19 podem ser considerados fatores contributivos para o surgimento desses problemas mentais nesse grupo (Ma *et al.*, 2021).

Mudanças consideráveis também têm sido realizadas nas abordagens de ensino superior devido à pandemia mundial de COVID-19, contribuindo para o aumento de sintomas emocionais negativos entre os estudantes universitários, que podem evoluir para crises psicológicas mais graves (Guo *et al.*, 2021). Noutros 13 estudos reunidos de forma metanalítica com 18.220 participantes de nove países europeus, foi identificado um aumento significativo da prevalência de ansiedade (55%), depressão (63%) e estresse (62%) em estudantes universitários em toda a Europa, destacando que o isolamento, contato social reduzido, a longa duração da quarentena e restrições de distanciamento social, que são características de um lockdown, desempenharam um papel-chave no aumento desses sintomas emocionais negativos entre os alunos (Carvalho *et al.*, 2021).

Igualmente, alguns estudos também têm reportado as consequências da pandemia de COVID-19 na saúde mental materna (Hessame *et al.*, 2020; Demissie; Bitew, 2021). Numa investigação com 23 estudos realizada com 20.569 participantes, as taxas de prevalência de ansiedade, depressão, sofrimento psicológico e insônia entre mulheres grávidas durante a pandemia de COVID-19 foram de 37%, 31%, 70% e 49%, respectivamente, além de apontar que a saúde mental de mulheres multigestas e gestantes entre o primeiro e terceiro trimestres de gestação apresentam maiores vulnerabilidades, podendo ter efeitos prejudiciais de curto e longo prazo no bem-estar mental das mães e bebês (Yan *et al.*, 2020).

Adicionalmente, uma metanálise com oito estudos com 6.480 puérperas, mostrou que mulheres que deram à luz durante a pandemia apresentaram prevalência de depressão pós-parto de 34%, sendo relativamente mais alta do que outras mulheres que deram à luz em cenários normais, sugerindo que as mães que foram expostas a COVID-19 podem apresentar um maior risco para o desenvolvimento de depressão durante a gravidez e pós-parto, que são períodos vulneráveis de mudanças emocionais que podem aumentar a angústia de muitas gestantes (Chen *et al.*, 2022).

Os resultados obtidos em 17 estudos que compararam o impacto do COVID-19 na saúde mental de grupos vulneráveis, incluindo idosos com mais de 60 anos, gestantes, pacientes com doenças crônicas e portadores de doença mental grave, dão conta de que, no geral, apresentaram níveis significativamente mais baixos de sintomas como depressão, ansiedade e estresse em comparação aos demais grupos, indicando que a resiliência pode representar um papel protetor contra a ansiedade relacionada ao COVID-19 (Nam *et al.*, 2021). A resiliência, definida por Pollock *et al.* (2020) como a capacidade de lidar com o estresse, que por sua vez, está intimamente ligada à saúde mental, que é o bem-estar psicológico e mental de um indivíduo.

Em meio à pandemia de COVID-19, intervenções psicológicas foram necessárias para mitigar os impactos negativos na saúde mental da população e continuam sendo atualmente nesse período pós pandêmico.

Nesse contexto de impactos danosos à saúde mental dos indivíduos, algumas estratégias terapêuticas preventivas, tanto individualmente quanto em nível populacional, para reduzir os problemas de saúde mental durante a pandemia de COVID-19, como por exemplo, terapia cognitiva comportamental, meditação, técnicas de relaxamento muscular, ioga, massagem terapêutica, além de práticas de autocuidado e espiritualidade, visando promover a autoconfiança, fortalecer o bem-estar mental e a resiliência, demonstrando resultados positivos sobre os efeitos adversos da pandemia, como estresse, ansiedade e depressão e insônia (Damiano *et al.*, 2021).

A realização desse arsenal de dados coletados e expostos na Tabela 1, envolvendo pesquisas diversas e das mais variadas localidades do mundo, vem nos permitir estabelecer um diálogo profícuo no campo da ciência e da vida humana. No período pandêmico da COVID-19, os primeiros meses do ano de 2020, mais precisamente em 11 de março, a doença se configurava diante da humanidade como sua própria sombra, encontrávamo-nos ao lado do desconhecido. Sobre a ciência pairava o impensável e o invisível, a sua frente o medo, a morte e o colapso emocional. Hoje, no período deste escrito, ano de 2023, muitos caminhos foram percorridos, saberes científicos foram produzidos e a vida voltou a ser respirada no lugar da morte.

Embasar-se nos trabalhos científicos produzidos nas academias do mundo é uma necessidade para a pesquisa e principalmente para esta tese que busca compreender se a E/R influi na vida do profissional médico infectologista e se repercuti no atendimento à saúde de pacientes graves suspeito e/ou confirmado de COVID-19 no período da pandemia. Foi com este embasar científico que pudemos enxergar os impactos da COVID-19 no mundo que transitava nas mais diversas esferas. Quando adentramos nos textos produzidos vislumbramos a realidade vulnerável da condição humana sendo levada a reboque por distúrbios psicológicos diversos e isto potencializado pela condição econômica do mundo, onde as perdas de renda e de meios de subsistência impactavam diretamente também na saúde mental e na qualidade de vida.

No cenário sob o qual se constrói este estudo os profissionais de saúde em ambiência hospitalar e além, no desenrolar do cotidiano, buscamos tecer as considerações mais adiante para acrescentar que num complexo hospitalar com a magnitude do CHCF existem equipes disciplinares que asseguram os cuidados a partir dos olhares desses profissionais, entre os quais estão os psicólogos e psicólogas que desempenharam cuidados essenciais a pacientes e demais

profissionais envolvidos na pandemia. Profissionais que cuidam da saúde mental e cujos protocolos utilizados serviram para mitigar boa parte dos danos causados pela COVID-19, sobretudo na compreensão do isolamento social necessário ao período, a morte e o luto. É o que veremos mais adiante.

1.2 Breves considerações sobre o papel dos profissionais da Psicologia e a atuação no essencial cuidado com a saúde mental em tempos pandêmicos

A pandemia de COVID-19 trouxe consigo desafios sem precedentes para a saúde mental global, haja vista um contexto de isolamento social, solidão e dor imposto à população mundial, além da terminalidade, morte e luto (Crepaldi *et al.*, 2020) e, nesse cenário, psicólogos e psicólogas desempenharam um papel crucial, oferecendo suporte emocional, orientação e intervenções terapêuticas, sobretudo no sentido de auxiliar indivíduos e comunidades a navegar por esses tempos difíceis. De forma a sistematizar o conhecimento acerca do lugar desses profissionais segundo as narrativas da literatura acadêmica, optamos por apresentar breves considerações que tratam da saúde mental no Brasil em tempos pandêmicos.

A finitude humana não é uma preocupação recente, no entanto por questões éticas, religiosas ou mesmo de cultura, dentre outras, pouquíssimas pessoas estão preparadas, sequer, para mediante um quadro de adoecimento pronunciar a palavra “morte”. Vasconcelos e Aquino (2015) trazem considerações bem delineadas sobre o que significa olhar para um paciente dos cuidados paliativos com as lentes da Logoterapia. Evidentemente estamos falando de uma obra publicada em 2015, também não fala de COVID-19, sobretudo porque os autores não são adivinhos, mas tratam de um contexto bem maior e que se remete analogamente ao cenário a partir do qual foi escrito esta tese, além de um dos seus personagens principais: a morte no ambiente hospitalar. Assim:

[...] a clarificação acerca da finitude humana torna-se essencial, sobretudo, para aqueles que lidam com a área da saúde, visto que a morte faz parte do cotidiano no contexto hospitalar. Refletir sobre a morte, portanto, é fundamental quando se busca entender o processo da etapa final da existência (Vasconcelos; Aquino, 2015, p. 7).

Mas que não seja o cuidado com a morte o aspecto delineador e determinante nem para o psicólogo, tampouco para o paciente. O que fica bastante claro nos escritos dos autores não é a preocupação com a morte, mas humanizar esse processo por meio da Logoterapia, que segundo o seu criador e principal teórico Viktor Frankl (1905-1997), mesmo quando as pessoas

vivenciam um sofrimento inevitável, ainda assim a vida tem sentido. E mais, que a morte traz o sentido de transitoriedade necessária para a realização dos feitos humanos conscientes. Mas isso para dizer o quão hercúlea é o fazer profissional dos psicólogos e psicoterapeutas mediante o adoecimento humano, sem contar com a morte por uma doença pandêmica e um luto impedido de ser vivenciado, como nas palavras de Crepaldi *et al* (2020, p. 1) “[...] as dificuldades para realização de rituais de despedida entre pessoas na iminência da morte e seus familiares, bem como de rituais funerários, podem dificultar a experiência de luto”.

Destarte toda a concorrência para danos à saúde mental, a pandemia de COVID-19, o que demanda do texto de Crepaldi *et al* (2020) é uma revisão narrativa que mostra como os psicólogos, principalmente aqueles que trabalharam em contexto hospitalar. Do mesmo modo que Crepaldi *et al* (2020) e vivenciando os anos finais da pandemia, Canuto *et al* (2022) assinalam que os psicólogos foram os profissionais responsáveis por forneceram orientações vitais sobre como lidar com o isolamento social, adoecimento e luto, mantendo a saúde mental e promovendo práticas de autocuidado. Ademais, esses profissionais identificaram e trataram as implicações emocionais causadas ou agravadas pela pandemia, como ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, e auxiliaram na disseminação de informações confiáveis para evitar o pânico e promover práticas baseadas em evidências para o manejo da saúde mental (Canuto *et al.*, 2022).

A humanização no atendimento em saúde como uma prerrogativa do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) é uma realidade de busca pela qualidade na saúde pública brasileira desde 2003. A partir de então tornou-se ainda mais relevante a formação dos profissionais de psicologia no sentido de equilibrarem os aspectos técnicos e humanos do cuidado dentro do contexto da saúde no Brasil (Romero; Pereira-Silva, 2011). Durante a pandemia esse papel foi fundamental e indispensável no enfrentamento dos desafios específicos à saúde mental dos idosos, um grupo particularmente vulnerável durante a pandemia, além de adaptarem as suas práticas para continuar oferecendo suporte, incluindo a transição para a telepsicologia e o uso de tecnologias digitais para terapia (Canuto *et al.*, 2022). Assim:

Diante desse contexto tão delicado a figura do Psicólogo torna-se indispensável no enfrentamento a COVID-19, uma vez que esse profissional tem o papel de proporcionar, dentro das possibilidades, o contato virtual entre paciente e família, buscando minimizar o desamparo vivenciado por aqueles pacientes diagnosticados, como também, trabalhando os pensamentos e sentimentos decorrentes da experiência, especialmente os pensamentos catastróficos, comuns em situações de adoecimento, em especial às vítimas da pandemia (Canuto *et al.*, 2022, p. 3).

Estes pontos destacam a importância dos psicólogos em tempos de crise e podem servir como base para uma discussão mais aprofundada sobre as contribuições e desafios enfrentados por esses profissionais durante a pandemia de COVID-19. Todavia, estes pontos, apesar de não se constituírem foco deste trabalho, deixamos registrados que esse olhar profissional foi e continua sendo uma amostra de efetivo cuidado no suporte do paciente e dos familiares.

Ademais, este reconhecimento do trabalho dos profissionais da psicologia no âmbito hospitalar, não se pode deixar de apontar que, como muitos operadores de saúde, a luta cotidiana desse aspecto laborativo extrapolou esse ambiente. Grincekov (2020) ressalta que este trabalho feito a partir de evidências científicas, busca mitigar os pensamentos catastróficos decorrentes desse adoecimento que muitas vezes prenuncia a morte, como de fato ocorreu mediante as milhares de vidas perdidas no mundo, no Brasil e na Paraíba, onde se localizam os participantes da pesquisa.

Fora do contexto hospitalar essa essencialidade se estendeu ao psicólogo escolar e ao profissional como parte da equipe multidisciplinar, além daqueles que ao atuarem em consultórios particulares, se viram obrigados a remodelarem os seus atendimentos para continuar com os pacientes já previstos em suas agendas, bem como ampliar o atendimento utilizando recursos tecnológicos para cumprir com a sua agenda assumida antes da pandemia.

Nesse sentido e sem o objetivo de quantificar ou mesmo relativizar a dor de quem quer que seja ou anda, de priorizar este ou aquele caso, o profissional de psicologia tomamos como norte as palavras de Lopes *et al.* (2021) cerca do fato de que é na dor do luto, vivenciado, sobretudo no Ocidente por meio de etapas coletivas que as tratativas dos cuidados com a saúde mental nessa fase crítica e terminal da pandemia como foram as vivências de um luto antes permeado por diversas facetas e experiências individuais e coletivas, mas que a partir da pandemia, foram profundamente alteradas na maneira como tanto os indivíduos quanto a sociedade lidam com a morte, ampliando a complexidade desse processo.

Foram os profissionais da psicologia que auxiliaram a sociedade comum papel mais contundente mediante a necessidade de reavaliar conceitos e construir novas compreensões sobre o luto na era contemporânea, em face dessas mudanças significativas. Também, Lopes *et al* (2021) nos chamam a atenção para o fato de que pudemos observar à época, como ainda hoje, uma série de esforços, tanto de instituições reconhecidas quanto de profissionais independentes, destinados a mitigar os impactos emocionais, cognitivos e comportamentais na população em geral, e especialmente naqueles mais suscetíveis a complicações, como pacientes, familiares e profissionais de saúde na linha de frente. No entanto, é crucial enfatizar

a importância do reforço da Rede de Saúde Mental para oferecer suporte adequado em um momento tão singular e desafiador.

1.3 O papel da espiritualidade em tempos de COVID-19

Num momento em que as pessoas estão vivenciando situações difíceis e desgastantes relacionadas à pandemia de COVID-19, além das políticas de lockdown do governo, como o fechamento de igrejas e a suspensão de reuniões religiosas a fim de evitar aglomeração e contágio, as crenças espirituais podem proporcionar conforto aos indivíduos de diversas nações a lidar com os problemas causados pela pandemia, independentemente de cultura ou etnia, visto que grande parte da população recorre à sua religião, espiritualidade ou fé para lidar com as consequências negativas da pandemia (Ribeiro *et al.*, 2020).

Nas últimas décadas, o interesse científico no campo de estudo da religião, espiritualidade e saúde tem aumentado consideravelmente (Koenig *et al.*, 2021). Evidências, conforme sumarizada na Tabela 2, adiante, têm demonstrado a importância da espiritualidade na assistência à saúde, pois confere estabilidade e sentido à vida das pessoas, orientando os indivíduos a encontrar significado e aceitação em meio ao sofrimento, além de fornecer conselho, refúgio e esperança para aqueles que precisam, desempenhando um papel crucial para minimizar os problemas de saúde mental e promover o bem-estar espiritual de muitos indivíduos que se sentem sobrecarregados e que buscam consolo e orientação espiritual nesta atual crise de saúde pública (Del Castillo *et al.*, 2020; Modell; Kardia, 2020).

Tabela 2 - Sumarização de estudos que expuseram a repercussão do coping religioso positivo na saúde mental dos indivíduos na pandemia de COVID-19

Títulos / autor(es) e data de publicação / periódico	Resultados
<i>The mediating role of religiosity and hope for the effect of self-stigma on psychological well-being among COVID-19 patients / Al Eid et al., (2021) / Work</i>	Melhoria do bem-estar psicológico de pacientes com COVID-19

Positive Religious Coping and Mental Health among Christians and Muslims in Response to the COVID-19 Pandemic / Thomas, J.; Barbato, M. (2020) / Religions

Redução do risco de desenvolver sintomas depressivos entre cristãos e muçulmanos dos Emirados Árabes Unidos

The Association Between Positive Religious Coping, Perceived Stress, and Depressive Symptoms During the Spread of Coronavirus (COVID-19) Among a Sample of Adults in Palestine: Across Sectional Study / Mahamid; Bdier, (2021) / Journal of Religion and Health

Melhoria da resiliência e o bem-estar em uma amostra de adultos da Palestina.

Meaning in Life, Religious Coping, and Loneliness During the Coronavirus Health Crisis in Turkey / Yldirim et al., 2021 / Journal of Religion and Health

Redução da solidão na população turca.

Religious Coping, Depression and Anxiety among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: A Malaysian Perspective / Chow et al., (2021) / Healthcare

Redução de emoções negativas dos profissionais de saúde da Malásia.

The Associations of Experiencing the COVID-19 Pandemic With Religiosity and Spirituality: A Cross-Sectional Study in Czech Adults / Buchtova, M. et al. (2022) / International Journal of Public Health

Religiosidade e espiritualidade como uma fonte de força interior durante os momentos difíceis da vida de cidadãos da República Tcheca.

Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during COVID-19 pandemic / Lucchetti et al (2021) / International Journal of Social Psychiatry

Aumento da esperança e diminuição do medo, preocupação e tristeza em participantes com forte religiosidade. Diminuição do sofrimento e minimização das consequências causadas pelo distanciamento social.

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Em um levantamento realizado na Itália com 1.250 adultos, foi constatado que os participantes que declararam ter uma crença religiosa apresentaram níveis mais elevados de bem-estar psicológico do que aqueles que se declararam ateus / agnósticos ou não tinham alguma crença, sugerindo que existe uma conexão entre bem-estar espiritual e mental. Ao mesmo tempo, foi evidenciado que a espiritualidade e as crenças religiosas são fatores de proteção ligados não só a saúde psicológica e mental, mas também a saúde física (Coppola *et al.*, 2021). Da mesma forma, outro estudo realizado na Jordânia com 248 idosos, constatou que à medida que os níveis de bem-estar espiritual aumentam em idosos, diminuem os níveis de ansiedade e medo da morte pelo COVID- 19, sugerindo que quando os idosos têm uma boa saúde espiritual, experimentam sentimentos positivos e de força interior para lidar com uma situação real (Rababa *et al.*, 2021).

A investigação com 419 judeus ortodoxos americanos revelou que o coping religioso positivo, a religiosidade intrínseca e a confiança em Deus estavam significativamente associados com uma diminuição do estresse, sugerindo que a fé pode promover resiliência durante a pandemia, enquanto o coping religioso negativo e a desconfiança em Deus foram associados com o aumento do estresse e medo de exposição ao COVID-19, indicando os efeitos positivos e negativos da confiança e desconfiança em Deus, respectivamente, na saúde mental (Pirutinsky *et al.*, 2020).

No contexto da pandemia de COVID-19, estudos apontam que o coping religioso positivo foi capaz de apresentar muitos impactos positivos na saúde mental, como melhorar o bem-estar psicológico de pacientes com COVID-19 (Al Eid *et al.*, 2021), reduzir o risco de desenvolver sintomas depressivos entre cristãos e muçulmanos dos Emirados Árabes Unidos (Thomas; Barbato, 2020), melhorar a resiliência e o bem-estar em uma amostra de adultos da Palestina (Mahamid; Bdier, 2021), reduzir a solidão da população Turca (Yldirim *et al.*, 2021), além de exercer um papel-chave na diminuição de emoções negativas dos profissionais de saúde da Malásia (Chow *et al.*, 2021).

Similarmente, em um estudo realizado durante o primeiro surto da pandemia de COVID-19 na República Tcheca em 2020, na ausência de uma vacina, foi demonstrado que a religiosidade e a espiritualidade influenciaram positivamente os sentimentos durante a pandemia, protegendo contra emoções negativas, como desamparo, medo, ansiedade e desesperança, confirmando o papel da E/R como uma fonte de força interior durante os momentos difíceis da vida. Em relação às mudanças de comportamento, os indivíduos religiosos e espirituais relataram aumento da atividade física, prática de leitura e autoeducação,

destacando ainda, que a prática de orações e pensamentos religiosos foi três vezes maior do que quando comparado com os indivíduos que se declararam não religiosos (Buchtova *et al.*, 2022).

No Brasil, a associação entre E/R e as consequências para a saúde mental do isolamento social durante a pandemia de COVID-19 tem sido investigada, indicando que a utilização de crenças religiosas e espirituais durante a pandemia foi associada à melhores resultados de saúde, evidenciado por aumento da esperança e diminuição do medo, preocupação e tristeza em participantes com forte religiosidade, demonstrando o papel importante da E/R na diminuição do sofrimento, influenciando na melhora dos resultados de saúde e minimizando as consequências do distanciamento social (Lucchetti *et al.*, 2021).

As limitações das práticas religiosas como, por exemplo, a incapacidade de acompanhar os entes queridos no fim da vida e a impossibilidade de realizar ritos fúnebres, pode amplificar o sofrimento dos familiares, causando sentimentos de descrença e indignação (Cardoso *et al.*, 2020). Nesse contexto, a espiritualidade emerge como uma ferramenta de superação do sofrimento, podendo representar uma estratégia de enfrentamento para os indivíduos que estão submetidos ao distanciamento físico durante a pandemia do COVID-19, facilitando o ajuste a novas circunstâncias de vida (Hart; Koenig, 2020). Estudos têm sugerido que a fé religiosa e espiritual pode proporcionar conforto (Levin, 2020), estabilidade emocional (Huang *et al.*, 2020), alívio do estresse (Chirico; Nucera, 2020) e redução da ansiedade induzida pela pandemia (Mahmood *et al.*, 2021).

Em um estudo qualitativo realizado com 18 mulheres afro-americanas que sobreviveram ao câncer de mama, foi identificado que as práticas espirituais e religiosas mais utilizadas para lidar com fatores estressores durante a pandemia de COVID-19, foram ações com maior engajamento na participação nas atividades religiosas, confiando em Deus para sua proteção contra o medo da infecção pelo vírus e o isolamento, encontrando alegria e coragem ao ouvir música gospel e ler os textos bíblicos e utilizando estratégias positivas de coping religioso, encontrando propósito em suas vidas e aumentando o bem-estar espiritual (Hamilton *et al.*, 2021). Ademais, em outro estudo realizado com 292 pacientes oncológicos, foi constatado que algumas mudanças de atitudes relacionadas ao cuidado espiritual durante a pandemia contribuíram para o seu bem-estar, como a importância do sentido da vida, ter confiança religiosa, relacionamentos estáveis, o encontro consciente com a natureza e ter momentos de reflexão (Büssing *et al.*, 2020).

Nesse sentido, as práticas espirituais parecem proporcionar uma sensação de segurança e paz interior que impedem o aparecimento de emoções negativas relacionadas à pandemia do

COVID-19, como medo, ansiedade e insegurança, proporcionando bem-estar psicológico, resiliência e esperança, além de conferir sentido aos momentos dolorosos que ocorrem durante a vida (Prazeres *et al.*, 2020). Portanto, a E/R se apresentam como fatores protetores em tempos de crise, podendo reduzir os efeitos adversos do estigma associado ao vírus e promover o bem-estar espiritual durante a pandemia de COVID-19 (Walsh, 2020).

Particularmente, a religião incentiva à crença na vida após a morte, de modo que a morte é configurada como uma passagem para outra dimensão. É possível afirmar então, que a pandemia se tornou uma oportunidade para que os indivíduos se aproximem da sua dimensão interior e retomem o contato com uma espiritualidade e fé que alguns já tinham deixado de lado devido ao ritmo frenético do cotidiano, mas que, se vivida de forma consciente, pode melhorar muitos aspectos da vida deles, favorecendo a renovação espiritual (Marchica *et al.*, 2022). Confirmando assim, que a dimensão espiritual é uma estratégia essencial para lidar com as consequências de eventos traumáticos e estressantes, como a pandemia de COVID-19 (González- Sanguino *et al.*, 2020).

O vírus SARS-CoV-2 não discrimina, é capaz de afetar a todos, independente de crenças, gênero, nacionalidade, cor da pele e classe social. Neste sentido, uma publicação propôs uma abordagem multidimensional da ciência, religião e do estado na colaboração para a promoção da vacina COVID-19, além do combate a hesitação do público sobre a vacinação e outras teorias da conspiração relacionadas ao COVID-19 (Corpuz, 2021a). De fato, estudos de iniciativa da OMS sobre a COVID-19 estão reunindo os principais cientistas e profissionais da saúde em nível mundial para acelerar o processo de pesquisa e desenvolver normas atualizadas para conter a propagação da pandemia de coronavírus, divulgando as últimas descobertas científicas para o público em geral, considerando a vacina a estratégia mais promissora para erradicar a pandemia (WHO, 2022d).

A religião não lida apenas com as questões espirituais, mas também com a formação e transformação do indivíduo na sociedade, como uma faca de dois gumes no contexto da pandemia de COVID-19, desempenhando um papel positivo ou negativo. Positivamente, a religião promove o enfrentamento da saúde mental, eleva o espírito das pessoas em tempos de dificuldade e confere aquilo que os cristãos chamam de “cura baseada na fé” (Corpuz, 2021b). Negativamente falando, a religião tem sido frequentemente reportada como um problema que está prejudicando diretamente a saúde pública durante a pandemia, com a formação de vários grupos religiosos com abordagens ao movimento antivacina, diminuindo a aceitabilidade da vacina (Mylan; Hardman, 2021).

Assim, surge um embate científico-religioso quando se trata de promover a vacina COVID-19. Uma das soluções sugeridas para combater a hesitação da vacinação é envolver as autoridades religiosas na conquista da confiança do público da vacina COVID-19, aumentando a conscientização dos indivíduos sobre a saúde e respeitando as descobertas da ciência, pois tendem a ter uma voz poderosa diante de seus fiéis religiosos. Respalhando a ciência, muitos líderes religiosos proclamam que a vacina é uma mensagem de esperança, o Bispo de Roma e Pontífice católico, o Papa Francisco sugeriu que ser vacinado é uma obrigação moral de todos, pois ajuda a preservar a vida não apenas do indivíduo, mas também a de outros (Galang, 2021).

Contrariamente, alguns líderes reforçam seus ensinamentos religiosos para falar negativamente sobre a vacinação, proclamando informações inconsistentes sobre a vacina e divergentes do conhecimento científico, induzindo confusão e medo em relação à vacina. Por exemplo, pandemia de COVID-19 sendo vista como sendo vontade de Deus, bem como a decisão de dar ou tirar a vida, e que o medo desse vírus é considerado um desvio da fé em Deus, além de muitos indivíduos acreditarem que a fé e a oração os protegerá da infecção pelo novo coronavírus (Kowalczyk *et al.*, 2020).

Em um estudo que investigou o impacto da pandemia de coronavírus nas crenças religiosas, foi demonstrado que após o surto da COVID-19, os cristãos aumentaram ainda mais o seu compromisso com as crenças religiosas, enquanto os indivíduos não cristãos relataram um maior ceticismo em relação à religião. Além disso, para os cristãos, a ansiedade sobre a pandemia fortaleceu as crenças religiosas, e por outro lado, a ansiedade enfraqueceu as crenças religiosas para os indivíduos não crentes (Rigoli, 2021).

Outro estudo realizado com dados de 90 países, representando 86% da população mundial, revelou que apenas o cristianismo foi associado a menores taxas de vacinação do COVID-19, enquanto não foi observada relação com o islamismo, budismo, hinduísmo e ser descrente, sugerindo um papel determinante da E/R nas atitudes de vacinação do COVID-19 (Trepanowski; Drazkowski, 2022). De modo diferente, outro estudo demonstrou que o Islã está associado a uma menor disposição para a vacinação do COVID-19 (Khan *et al.*, 2020).

Uma revisão sistemática baseada em 58 artigos científicos demonstrou que a religião desempenha um papel significativo tanto na disseminação quanto na contenção do COVID-19, ao mesmo tempo em que contribui potencialmente para a melhora da saúde mental de vários grupos religiosos, indicando que a religião é um determinante social da saúde, sugerindo, neste sentido, que se a hesitação sobre a vacina estiver relacionada a determinadas crenças religiosas, trabalhar conjuntamente com estudiosos e líderes religiosos poderia ser uma estratégia eficaz,

pois eles poderiam servir como mensageiros confiáveis para os seus grupos religiosos (Lee *et al.*, 2022).

De fato, a espiritualidade aborda questões sobre “como os seres humanos devem ser” e “como devem viver” para alcançar uma vida desejável e transcendente. Portanto, a capacidade construtiva da espiritualidade deve considerar as informações das autoridades científicas de saúde para proporcionar saúde espiritual a seus adeptos diante da pandemia da COVID-19 através da adesão com pensamentos positivos, como: fornecer aos seus adeptos interpretações lógicas da ocorrência da pandemia, não sendo contraditórias com os achados científicos; persuadir os seus seguidores a fazer o seu melhor para evitar pôr em risco a sua vida e a de outras pessoas; ajudá-los a levar uma vida significativa durante a pandemia, apesar de todos os fatos amargos; ajudá-los, quando acometidos pela doença, a lidar bem com ela e também a lidar com a possibilidade de sua própria morte ou de entes queridos; e ainda, ajudá-los a aprender uma grande lição “Tudo de bom que você deseja para si mesmo, deseje também para os outros, e tudo de ruim que você não deseja para si mesmo, não deseje também para os outros” (Omidvari, 2021).

Desde a declaração do surto do novo coronavírus até o presente momento, primeiro trimestre do ano de 2023 a humanidade tem marcado seus passos por dores e perdas por COVID-19. A título de informação, o IJH parou de coletar os dados de COVID-19 no mundo em dez de março do referido ano e, em quatro de maio de 2023 a OMS declara o da ESPII referente à COVID-19.

Sofridos, lembremo-nos da letra da canção citada no início deste capítulo “o pulso ainda pulsa”. Segue, portanto, “o pulso” em seu molde métrico no “corpo que ainda é pouco”, pouco para tantas enfermidades que coloca o homem e a humanidade em estado doentio, mas que cujo o “pulso que ainda pulsa”, como uma chama de vida e, como bem ressalta o adágio popular “enquanto há vida há esperança”.

CAPÍTULO 2 - SAÚDE, ESPIRITUALIDADE/ RELIGIOSIDADE E CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES – A PRODUÇÃO DE UM CONHECIMENTO DINÂMICO

As brechas existentes entre determinados saberes e certos ramos do conhecimento científico tem sido, de certo modo, preenchida na contemporaneidade. Um exemplo claro disto são as pesquisas que envolvem a intercessão dos saberes provenientes das ciências da saúde e os saberes e vivências do campo da E/R. Novas pesquisas estão surgindo e se tem observado e comprovado uma relação entre melhora e bem-estar da saúde física e mental quando os assistentes e/ou os assistidos utilizam da espiritualidade e ou da religiosidade como amparo, como aparato, como acalanto ou refúgio (Silva, 2019; Fornazari; Ferreira, 2010).

Desse modo, áreas complementares têm servido de ajuda e de referências recíprocas no terreno das pesquisas científicas, o que deixa revelar com mais nitidez pontos de interseção e linhas demarcatórias entre saberes. Portanto, já se concebe a intercessão de discursos tanto no campo das Ciências da Saúde como no campo das Ciências das Religiões, que unidas se motivam a um ir mais à frente em relação àquilo que se entende e que se concebe como doutrinal, principalmente, na esfera da E/R. Assim sendo, o campo das Ciências da Saúde se fornece do campo das Ciências das Religiões como um elemento interdisciplinar no esforço de compreensão e busca da qualidade de vida do ser que vive e que adoece. Esta interdisciplinaridade segue, também, no caminho inverso (Silva, 2019).

Usarski (2006) ressalta que uma premissa básica na pesquisa em Ciências das Religiões é a compreensão dos seus sujeitos/ objetos de pesquisa conforme os sistemas particulares de crenças destes. O cientista da religião é, portanto, aquele que interpretará os relatos sobre as experiências religiosas suscitadas por determinado contexto cultural.

A título de informação, no Brasil temos, desde o início do século XX, nomes importantíssimo produtores de análises sistemáticas no âmbito das religiões (Matriz Africana – Candomblé e Umbanda/ Sincretismo/ Kardecismo/ Catolicismo/ Protestantismo/ Movimentos Messiânicos/ Teologia da Libertação): Nina Rodrigues, Artur Ramos, Waldemar Valente, Roger Bastide, Candido Procópio Ferreira, Douglas Teixeira Monteiro, Eduardo Hoornart, Riolando Azzi, José Oscar Beozzo, João Fagundes Hauck, Leonardo Boff, José Comblin, Jacqueline Hermann e tantos outros, configurando-se como novos clássicos e abrindo caminho para os novos produtores de reflexões científicas na área em questão (Torres-Londoño, 2013).

O maior exemplo disto somos nós que fazemos parte de um programa de pós-graduação que tem em seu corpo docente nomes de impacto internacional e recebe contribuições de tantos

outros professores especialistas de outras *alma maters*, mas que juntos impulsionam o saber científico em horizontes até então não observados.

Nesta perspectiva tem-se enxergado com bastante afincamento e entusiasmo as formas diversas de como os temas de E/R passaram a ser reconhecidos e entendidos no processo saúde e doença. Processo este oriundo de um acréscimo da história, da cultura, da política e das correntes ideológicas onde naturalmente os seres humanos estão mergulhados. Por esse entendimento, nosso esforço reflexivo se ampara no discurso das Ciências das Religiões para uma melhor compreensão de termos específicos como religião, espiritualidade e religiosidade, transcendendo o discurso hermético, dogmático e engajado da teologia.

A religião deve ser entendida como sendo um conjunto orgânico de doutrinas específicas, carregados de significados, que atua no estabelecimento de disposições e motivações de uma ordem de existência geral com uma aura de factualidade tamanha que chegam a parecer singularmente realistas e, que foi capaz de servir como elemento base na construção de muitas culturas. Sendo, talvez, a criação que mais perdura na história (Geertz, 1989; Oro, 2013).

A espiritualidade compreendida como uma dimensão e não como uma tradição estruturada por uma instituição religiosa ou grupo de cunho religioso, que por conseguinte não está associada a uma estética religiosa. Ao contrário disso, ela se refere ao mais íntimo do ser humano, à dimensão interior que se desmembra nos atos de amor, de sensibilidade, de compaixão, de empatia, de escuta, de responsabilidade e do cuidado para consigo e para com o outro, sendo capaz de garantir sentido à vida. Deste modo, mesmo não sendo cultivada por todo ser humano ela está presente em todos os seres humanos inserindo-os e transcendendo-os. Não se trata de um privilégio exclusivo das religiões (Silva, 2019; Giovanetti, 2008; Farris, 2008; Boff, 2001).

A religiosidade é tida como ato, como expressão, como manifestação de uma profissão de fé de uma religião, ou de uma crença, ou de um culto a uma entidade, ou a um ser, ou a um objeto transcendente, que para o homem religioso pode ser denominado de Deus/ Deuses. É característico da religiosidade a exigência de uma inserção comunitária e cultural para a construção do sentido, podendo ou não envolver a busca pela espiritualidade. Grosso modo podemos dizer que tanto a religiosidade quanto a espiritualidade buscam pela afirmação do sentido, entretanto, diferenciam-se na forma como se constrói o sentido (Silva, 2019; Aquino *et al.*, 2009).

O importante neste viés reflexivo não hermético de termos e de temas tão específicos é a ampliação da compreensão da relação existente entre eles principalmente na esfera da saúde, lugar onde a E/R tem sido compreendida como um recurso cognitivo, emocional ou comportamental utilizado pelo ser humano como estratégia de enfrentamento à eventos estressores, servindo até mesmo como parte do processo de solução destes.

Os conceitos acima apresentados assim como o seu uso no decorrer desta pesquisa serviram como um dos amparos epistêmicos para o alcance do objetivo aqui proposto. Assim sendo, conseguimos avaliar, em nossa amostra (médicos infectologistas que assistiram à saúde dos pacientes suspeitos e/ ou confirmados pela COVID-19 no período pandêmico), a questão da satisfação com a vida; do mal-estar espiritual; da produção de coping espiritual; da centralidade da religiosidade; das crenças e atitudes e da E/R no contexto já descrito.

Desse modo, as CR se torna uma fiel aliada das ciências da saúde, uma vez que, esta se ampara naquela buscando se acomodar no peregrinar da compreensão do ser humano de forma holística, integral, completa e, em particular, naquilo que se refere às dimensões da E/R. Nesta linha de raciocínio os serviços de saúde, *lócus* de nossa pesquisa, situam-se como espaços peculiares para a reflexão e a produção do conhecimento acerca da garantia da qualidade de vida, tanto para quem é assistido (o enfermo), como para quem assiste (o profissional da saúde) e, também, para aqueles que interagem (familiares, acompanhantes, cuidadores, amigos etc.) direta ou indiretamente no processo saúde doença, reforçando tudo o que fora dito acima.

2.1. Intersecção entre saúde e espiritualidade

Evidências científicas revelam a intersecção entre saúde e espiritualidade como uma base para o bem-estar dos sujeitos, contribuindo para o enfrentamento dos estressores do cotidiano. Isto implica que o cuidado espiritual também é cuidado humano, ainda mais durante um período de pandemia (Del Castillo, 2021).

Assim sendo, uma baixa saúde espiritual pode ser fator preponderante para a sobreposição dos estressores da vida frente ao cenário da pandemia em profissionais da saúde. Um estudo realizado com 1.318 médicos clínicos do National Health Service (NHS) demonstrou que 19% dos médicos pesquisados estavam sob maior risco de Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional, nessa perspectiva o acometimento do risco estava associado à saúde espiritual baixa independentemente de identificação com alguma religião,

além disso, a saúde espiritual baixa aumentava o risco em 5 vezes em estar em esgotamento (Whitehead *et al.*, 2022).

No entanto, o inverso pode também ser observado, já que um estudo com 507 profissionais de saúde da Espanha demonstrou que a compaixão, resiliência e empatia advindos de um prospecto de espiritualidade, pode ser um precursor da atenção plena aos indivíduos acometidos por COVID-19, causando fadiga por compaixão e esgotamento (Ruiz-Fernández *et al.*, 2021).

Nesse contexto, um estudo português com 222 profissionais de saúde (destes sendo 180 médicos), constituído metodologicamente com a escala de espiritualidade, a escala de medo por COVID-19, a escala de ansiedade por COVID-19, demonstrou que a espiritualidade seria um fator protetor para a existência da angústia frente a atuação durante a pandemia, quando observado o aumento da dimensão de esperança/otimismo na escala de espiritualidade (Prazeres *et al.*, 2020).

Ademais, além de observar impacto na esperança/otimismo, pode-se observar também impacto na felicidade, através do Oxford Happiness Questionnaire, demonstrando que a pandemia afetou a saúde espiritual de residentes médicos e nessa perspectiva modificou a felicidade ao viver e a busca da promoção à saúde a si, portanto, sendo um pressuposto importante para impactos na saúde física no período da pandemia (Abdolkarimi *et al.*, 2022).

Além disso, a saúde espiritual também é afetada através de dimensões específicas da espiritualidade, como sentimento de paz, fé e significado de vida, como é demonstrado em um estudo brasileiro com 118 profissionais de saúde, em que a fé é significativamente maior em profissionais que não estão com ansiedade crônica e ou aguda durante a pandemia de COVID-19. Além disto, quando a espiritualidade foi observada em níveis adequados, às dimensões paz e fé foram preditoras de proteção contra ansiedade crônica e aguda (Tolentino *et al.*, 2022).

O impacto da espiritualidade frente aos estressores em níveis de ansiedade, angústia e aspectos emocionais do viver estão demonstrados, portanto, uma conjuntura relacional a estes prospectos é a atuação do profissional médico durante a pandemia, observado os contextos inseridos nessa paradigma do cuidar do outro quando a si mesmo necessita de cuidado, diante disso, estudos demonstram que a partir de níveis diminuídos de espiritualidade há uma repercussão negativa no trabalho emocional que por conseguinte transcorre-se em um impacto negativo no comprometimento organizacional. Salienta-se que o oposto também é visto, ou seja, quando há níveis diminuídos de espiritualidade há inicialmente impacto no

comprometimento organizacional e se engendra em trabalho emocional afetado (Yuan *et al.*, 2022).

Nessa perspectiva, um pressuposto para manter níveis adequados de espiritualidade frente a realidade de uma pandemia é o autocuidado espiritual. Este se refere a um conjunto de ações espirituais, podendo ter uma estética religiosa ou não, mas que é capaz de proporcionar o aumento da aceitação, a potencialização da capacidade de resistência, de resiliência, a autoconfiança e o auto perdão. É um relacionar com sua subjetividade promovendo o desenvolvimento pessoal contínuo e o bem-estar independente da situação, quer seja de saúde ou de doença (White *et al.*, 2011). Estudos demonstram que quando profissionais de saúde se envolvem em atividades de autocuidado espiritual melhoram sua experiência de lidar com o luto, ou seja, com traumas e episódios imprevistos que ocorrem durante a assistência à saúde, ademais, ainda concebe maior resistência espiritual (Green, 2021).

Colocando uma cunha em nossa construção teórica na intenção de proporcionar mais corpo à nossa exposição, o termo autocuidado é muito comum na área da saúde, principalmente na ciência da enfermagem, campo teórico do qual fazemos parte. Um dos marcos teóricos mais influente e amplamente utilizado que se tem como referencial para a atuação do profissional da enfermagem é a Teoria Geral de Enfermagem proposta por Dorothea Elizabeth Orem, enfermeira norte-americana, que publicou, em 1959, pela primeira vez, seu conceito de enfermagem como ato ou efeito do autocuidado. Aprimorando sua teoria centralizou o foco no indivíduo, depois incluiu unidades multipessoais (família, grupos e comunidade). Numa de suas edições deu por base a sua teoria três construtos teóricos relacionados, são eles: o autocuidado; as deficiências do autocuidado e os sistemas de enfermagem. Até que em 1991 Orem apresentou sua quarta edição incorporando aos seus escritos uma maior ênfase na criança, nos grupos e na sociedade (Raimondo *et al.*, 2012).

Grosso modo, o primordial do autocuidado é a manutenção e a promoção da saúde destacando a importância da abordagem individual e personalizada. A enfermagem, a partir das reflexões de Orem, deve auxiliar os pacientes para que possam desenvolver habilidades de autocuidado, além das considerações a serem feitas às necessidades específicas. Segundo Orem, o autocuidado é: “a prática de ações que os indivíduos iniciam e desempenham por si mesmos, para manter a vida, saúde e bem-estar” (Orem, 1980, p. 35).

Continuando com nosso acréscimo. Outra enfermeira, Wanda Aguiar Horta (1926 - 1981), nome de imensa alegria para nós por ser brasileira natural de Belém do Pará. Mas, foi na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo que Wanda de Aguiar Horta

desenvolveu o núcleo central de seu trabalho que serviu de fulcro na elaboração da fundamentação teórica daquilo que seria Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de sua autoria. Nesta, a espiritualidade figura como sendo uma das necessidades de cuidado, necessitando ser pauta no planejamento da assistência a ser promovida pelo profissional da enfermagem (Cruz *et al.*, 2016).

A contribuição destas personagens reverberam até os dias atuais com seu foco integrativo na questão do autocuidado e do autocuidado espiritual. Isto nos faz enxergar a necessidade, ainda mais, de se abordar a temática da E/R na formação dos profissionais da saúde, ansiando condições para cuidar do outro e principalmente de si.

Retomando a existência do paradigma do cuidar do outro, associado a concretude de esgotamento espiritual e emocional dos profissionais de saúde durante a pandemia, denota numa realidade de “curador ferido”. Dessa maneira a existência de programas de cuidado espiritual para profissionais de saúde é primordial, numa perspectiva de diálogo inter-religioso, respaldando o comprometimento organizacional do fazer frente a crises de saúde pública, como a pandemia de COVID-19 (Sarmiento, 2021).

Nesse contexto, evidencia-se também a importância do apoio físico (recursos humanos), mental e financeiro, como um pressuposto de melhor condição de bem-estar espiritual aos profissionais médicos durante a pandemia de COVID-19, constituindo um arcabouço social que incrementa uma abordagem holística também necessária no contexto de apoio espiritual e na constituição da fé, numa perspectiva de autocuidado espiritual. O enfrentamento das dificuldades, principalmente do excesso de trabalho associado a constantes decisões envoltas a aspectos morais, além da recorrente visão da terminalidade durante o exercício do cuidado, transcorre-se numa necessidade de incremento de práticas espirituais para os profissionais (Cordero, 2021).

Um estudo global com profissionais de saúde de 53 países demonstra que estes contextos que impactam sobre o profissional se configuram em diminuição de bem-estar emocional, como também em menor resiliência quando comparado com momentos não pandêmicos. Quando não há programas de cuidado integral, incluindo aspectos da espiritualidade, há diminuição ainda maior destes prospectos nos profissionais dos países em questão (Rogers *et al.*, 2022). Isto pode estar associado a um maior impacto de danos morais na atuação profissional, visto que estudos com profissionais de saúde estado-unidenses demonstrou que a prevalência de sofrimento com danos morais foi de 32,4%. Além do significativo impacto das preocupações éticas que causa repercussões de angústia, que podem

ser mediadas por uma resiliência em níveis satisfatórios (Rushton *et al.*, 2022). Ademais, esses profissionais quando em apoio espiritual adequado e autocuidado espiritual tendem a apresentar coping religioso positivo, alta resiliência e satisfação com o funcionamento familiar, denotando em 2 a 3 vezes menor chance para diagnóstico de ansiedade e depressão (Kim; Rankin, 2022).

Um estudo numa população de 1043 profissionais de saúde brasileiros reforça estes achados por demonstrar o exercício de E/R, crenças pessoais e resiliência como fatores protetores da depressão, principalmente nos profissionais que atuaram na linha de frente durante a pandemia. Apesar destes fatores protetores, 23% da população atestou depressão a partir da escala utilizada, demonstrando alta prevalência e possível impacto no cuidado exercido (Januario *et al.*, 2022).

Isso também ocorre numa população de profissionais de saúde chineses, uma cultura oriental onde parte considerável da população se considera atea, há uma visão de saúde envolta numa perspectiva de cuidado abarcando corpo-mente-espírito. Neste contexto culturalmente peculiar em que grande maioria são ateus e não tem educação sobre a morte, o temor sobre tal evento se faz presente. Destarte, concluiu-se que o coping positivo é impactado por questões culturais e, o temor da morte nos profissionais de saúde chineses aumenta tensão e ansiedade e modifica o cuidado em saúde prestado (Liu *et al.*, 2022). Wu (*et al.*, 2021) ressalta que a população chinesa se identifica ateu em sua grande parte, porém estudos com estas populações demonstram alto grau de espiritualidade.

Dessa forma observamos como a saúde, a espiritualidade e a religião estão atreladas ao cuidado de quem precisa de cuidado e ao autocuidado de quem cuida. A medicina paliativa já adentra no contexto de um cuidado em saúde associado a uma discussão e utilização da espiritualidade, do coping religioso embasado em um sentido da vida, no entanto, como acontece na formação do profissional médico, no ambiente clínico e de prevenção/promoção da saúde numa perspectiva de atenção primária à saúde? O profissional de saúde deve cuidar do processo de saúde física, mas ele também pode ser um cuidador social e espiritual visando uma atenção ao todo do sujeito, favorecendo um estado dinâmico-centrado que favoreça a abordagem holística. É um inteirar-se conceitualmente que a angústia espiritual há de ser cuidada assim como a dor física, e nesse contexto há de se buscar formação curricular e vivencial para jovens profissionais de saúde, numa busca de formação em cuidado integral.

Esse desafio é abordado com mais frequência em estudos com autores não ocidentais, principalmente em estudos com autores provenientes de países com cultura muçulmana, num contexto conceitual da importância da espiritualidade, religião e saúde. Estudos orientais

demonstram a inserção de capelães, diretores espirituais, conselheiros pastorais e curandeiros de base cultural no processo do cuidado em saúde e mesmo em ambientes institucionais, como hospitais gerais e ou atenção básica, em um prospecto de atenção holística concernida em evidências científicas e ou sabedoria cultural e popular como complemento holístico do cuidado (Balboni *et al.*, 2014; Koenig *et al.*, 2012; Ibdah *et al.*, 2022; Niu *et al.*, 2022; Buyukbayram *et al.*, 2022).

No contexto ocidental o cuidado espiritual aparece dentro de uma abordagem holística sendo visto mais frequentemente no cuidado paliativo e com as seguintes características: entrelaçado no contexto da terminalidade da vida e no luto, utilizando participação de líderes espirituais e do cuidado centrado na pessoa, com importante exercício do cuidado espiritual, do coping religioso positivo na perspectiva da preparação para o luto – quando visto na perspectiva dos familiares e no enfrentamento da terminalidade da vida – e na perspectiva do sujeito. Além disso, há um menor prospecto de formação, a partir de uma menor utilização da espiritualidade, coping religioso e sentido da vida para o autocuidado espiritual transcorrendo numa possível maior prevalência de agravos em profissionais de saúde ocidentais. Observa-se isto quando profissionais de saúde estadunidenses que atuaram em cuidados paliativos foram menos impactados pela pandemia de COVID-19 quando comparados a profissionais de saúde que atuaram em hospitais gerais como clínicos e ou na atenção básica como médicos comunitários (Vesel *et al.*, 2022; Cohen *et al.*, 2022).

Conhecendo esse impacto mais acentuado no ocidente, principalmente no contexto da pandemia da COVID-19, no Reino Unido, a *General Medical Council* (GMC) e o *Royal College of General Practitioners* (RCGP) exigiram que os médicos clínicos exercessem um cuidado espiritual durante as consultas buscando superar as barreiras culturais da não utilização do cuidado como um todo. Deste modo iniciaram de forma pragmática exercendo a obrigação de saber a história espiritual dos sujeitos através de uma ferramenta denominada *HOPE*. Apenas 50% dos médicos demonstraram satisfação em adentrar num arcabouço de cuidado espiritual e outros 26%, só conseguiram adentrar de forma confortável a partir de sugestões dos sujeitos que este cuidado seria necessário. Salienta-se que 65% dos médicos informaram sobre o bom uso da ferramenta *HOPE*, como também deram sugestões de melhorias para uso de ferramentas e ao próprio cuidado espiritual na perspectiva da clínica exercida por profissionais britânicos (Whitehead *et al.*, 2022).

No entanto, vale destacar que em relação a produção científica, a maioria dos estudos sobre espiritualidade, coping religioso e sentido da vida são publicados por autores ocidentais,

principalmente os provenientes da América do Norte e Europa Oriental, no entanto também ocorre frequente publicação a partir de autores não ocidentais que exercem suas funções acadêmicas em universidades que geograficamente estão no ocidente. Isto foi observado especificamente durante a pandemia de COVID-19 quando a maioria dos estudos abordavam estes contextos como variáveis, pois em suma as publicações eram estudos observacionais. Numa perspectiva de estudos teóricos e ou qualitativos observa-se a predominância de publicações provenientes de autores do Oriente Médio. Estes contextos podem estar determinados pelo acesso a financiamento de pesquisa, a recursos estruturais e a recursos humanos disponíveis (David *et al.*, 2023).

Dessa forma, com os repetidos casos de enfermidades grave, desespero e morte impostos pela pandemia há uma persuasão à falta de sentido e com isso o abalo da espiritualidade dos profissionais de saúde, afetando a si e podendo influenciar a sua prática cotidiana e no seu viver; no entanto, a espiritualidade pode se elevar a partir do entendimento transcendente da prática, baseando a esperança como perspectiva sobre a morte, interseccionado com busca de sentido, relacionamento social e afetivo como suporte e satisfação no exercício da compaixão (Dalle Ave; Sulmasy, 2021).

2.2 Intersecção entre Espiritualidade e Ciência

A E/R passa a assumir um aspecto central ainda mais quando observado o contexto da inter-relação com a saúde e com os prospectos de assistência em saúde. Conceitualizá-la é uma tarefa desafiadora, dado a diversidade de entendimento, explicitação e evolução nos povos e o alicerce necessário filosófico e teológico. Essa dificuldade acentua-se nos acadêmicos da saúde que estudam a espiritualidade atrelada ao cuidado, compreendo o aspecto amplo do cuidado (Gardner *et al.*, 2020).

Quando os autores relatam a diversidade no aspecto da conjuntura da espiritualidade, remetem a infindáveis formas de conceitualizar, ou seja, desde o conceito como experiências vividas, com significado, sentimentos e sensações de proposito até relações com um ser superior e ou relações com energias cósmicas, universais. Até mesmo apenas com a relação da existência humana, com o envolver-se da consciência humana. São limites extensos para a conceitualização (King; Koenig, 2009).

Todavia, nesse entremeio de conceitualizações há uma premissa: apesar de diferentes modos de conceitualizar, todos indivíduos obtêm uma espiritualidade/ natureza. Essa espiritualidade é identificável ou não pelos indivíduos, porém mesmo assim ela ali existe, perpetua e acentua o ser como ser espiritual. É um prospecto que transcende o contexto religioso e ou até mesmo um ser superior como Deus, mas onde necessariamente há uma experiência de espiritualidade vivida (Buck, 2006).

Desse modo observamos que apesar de espiritualidade, religião e fé serem usados como termos análogos, há diferenças conceituais, vejamos. A espiritualidade é um prospecto amplo, abstrato e subjetivo, está associado a qualidade e ao significado da vida, já a religião tem se conjugado como um subconjunto de espiritualidade e ou cultura, ou até mesmo como um conjunto sistematizado e institucionalizado de crenças, atitudes e práticas. Recentemente a religião é vista por alguns teóricos como uma construção comprimida de crenças e rituais institucionais, algo institucionalizado. A fé está envolta nesse contexto, já que normalmente é atribuída como algo-incluso da espiritualidade e da religião, porém a fé é mais individual, subjetiva e profunda que a religião e menos ampla que a espiritualidade, já que a fé tem relação profícua com um ser superior (Paul Victor; Treschuk, 2020).

Aproveitamos o ensejo para explicarmos que no decorrer de nossa produção textual fazemos uso do termo “ser superior”, com o intuito de manter conexão com as produções teóricas atuais, que abordam o tema de E/R em saúde, reconhecendo o caráter de transcendência à compreensão hermética das religiões e do cultural particular (Pedrozo *et al.*, 2024; Da Silva; Guerra, 2024; Biondo *et al.*, 2023; Da Silva *et al.*, 2023; De Jesus *et al.*, 2023; Melo *et al.*, 2023; Menezes *et al.*, 2023; Pessini, 2007; Monteiro *et al.*, 2020). Citamos inúmeros trabalhos no decorrer de nossa tese nos quais nos amparamos teoricamente.

Contextos históricos situam-se nesse prospecto de conceitualização e entendimento numa representação humana e científica da espiritualidade. Numa perspectiva ocidental a espiritualidade pós-modernista existe num prospecto anterior e histórico de perda de “poder” da religião frente a ascensão da razão como resultado do iluminismo, esvaindo-se o poder de autoritarismo advindo da religião, impactando na sua posição social frente ao Ocidente, e assim destituindo as reivindicações de verdade advindo da religião. Esse processo histórico corroborou na proeminência da razão sobre a religião, transcorrendo a religião para algo mais pessoal e não mais explicitador de tudo. Contudo, a razão foi restrita como algo histórico e limitado, entretanto, não obtinha capacidade de constituir visões significativas do mundo, da existência. Esse processo de destitucionalização da razão como única verdade útil foi acentuado

pelas determinações sociais do século XX aliado a desastres humanos existentes, reorientando novos desafios do viver. Esse caminho transcorreu-se em uma fertilidade para uma espiritualidade pós-moderna, ou seja, uma transcendência do empirismo e racionalismo do iluminismo, necessitando de algo a mais para lidar com as incertezas e condições impostas pelas determinações sociais para um viver com significado (Beyer, 2003).

Numa perspectiva do Oriente, este contexto histórico clarificou uma melhor integração da espiritualidade, não somente em relação ao significado imposto ao viver, mas também as práticas espirituais diversas utilizadas e anteriormente não compreendidas por um Ocidente em suma, cristão. A espiritualidade no Ocidente alcançou um prospecto para o equilíbrio do viver, assim como era visto no oriente, dessa forma, transcorreu-se em experiências emocionais positivas, sendo perspectiva analítica mais válida para o hemisfério norte que para o sul, onde a espiritualidade e também a religiosidade se mantiveram e desenvolveram de formas diferentes, por motivos sócio-históricos (Chiu *et al.*, 2004).

Dessa forma, qual construção do conceito de espiritualidade seria útil para os profissionais de saúde e para a referida prática?

Espiritualidade é um conceito complexo, que pode proporcionar elementos positivos e negativos de experimentação a depender do contexto e os propósitos observados. Portanto é necessário observar espiritualidade numa perspectiva ao propósito do profissional e ou paciente, direcionada para o fim cuidado/autocuidado, reconhecendo as diferenças de uma sociedade globalizada e os diferentes desafios impostos pelas iniquidades sociais, favorecendo uma espiritualidade saudável frente a inevitabilidade do sofrimento, buscando o reconhecimento destes processos e a reparabilidade do sofrimento posto (Pesut *et al.*, 2008).

Assim, a espiritualidade demonstra seus amplos limites para contextualização de um cuidado em saúde, uma ética de atuação e seus entremeios com a prática de saúde, incorporando um modelo interprofissional de cuidado, em um contexto que absorva a importância do cuidado espiritual, ou seja, da prática que entenda os sujeitos como um todo, conforme um modelo biopsicossocioespiritual, também entendido como um cuidado integral (Lalani; Chen, 2021).

É necessário compreender o cuidado em saúde como constituído de aspectos humanísticos e espirituais, mas não só constituídos, esses aspectos são essenciais para o cuidado, ou seja, para além do cuidado reducionista da dor e enfermidade. Portanto necessita a identificação da espiritualidade como um domínio em um constructo do cuidado em saúde. Dessa maneira uma equipe que propicie lidar com o sujeito como um todo deveria ter profissionais treinados tanto para a saúde física e mental, como também para a saúde espiritual.

Quando observada a formação da equipe profissional, estes são incorporados em um arcabouço de ação benevolente e altruísta nos seus modos de agir. Além disso à uma persuasão concernido ao desenvolvimento profissional em que encorajam reflexões a partir do cuidado prestado associado ao relacionamento profissional com o eu aproximando-se do outro, favorecendo uma autocompaixão dos profissionais para uma atuação em que exerça cuidado espiritual centrado (Balboni *et al.*, 2014).

O cuidado espiritual pode ter uma ação inicial simples, como a empatia de relacionar-se com o viver do outro, como por exemplo, estar presente para o outro e ouvir suas histórias de vida, seus sofrimentos, ou seja, envolver-se com todos os aspectos adjacentes àquele sujeito, a até utilizar instrumentos de cuidado espiritual mais específicos, como diagnósticos espirituais, diretrizes de socorro, instrumentos para a história espiritual e avaliação e tratamento para sofrimento espiritual com classificações de angústia espiritual, concernindo em diversos modos de agir para a saúde (Amaral *et al.*, 2024; Barros, 2024; Borges *et al.*, 2024; Foster, 2024; Cardoso *et al.*, 2023; Da Silva, 2023; De Macedo; Esperandio, 2023; Esperandio, 2023; Puchalski *et al.*, 2014).

O cuidado espiritual aqui mencionado não é a única forma de impacto da espiritualidade na qualidade de vida dos profissionais e ou pacientes. Há outros processos que geram qualidade no viver, como por exemplo o conforto espiritual e o apoio espiritual. No que concerne o conforto espiritual, este é mais correlacionado à percepção do paciente, com uma consciência de si, numa perspectiva clara da necessidade de comunicação com o outro, podendo ser o profissional. Existe, portanto, uma produção de paz interior advindo da conexão consigo, com o ambiente e com um ser superior ou transcendente. Em relação ao apoio espiritual, há uma potência terapêutica mais acentuada, baseada também numa comunicação ativa e afetiva entre equipe de saúde e pacientes, pautada em relações de confiança na empatia desses seres, ou seja, confiança numa abordagem holística do fazer saúde. Desse modo, esses outros modos de fazer saúde espiritual estão intrinsecamente ligados com o cuidado espiritual, em um movimento cíclico de cuidado integral em saúde (Tavares *et al.*, 2022).

Com isso, observamos que para uma atuação contemplando o paciente-sujeito como um todo há uma carga de afetividade, relacionamento e entrega importante a conceder do profissional de saúde. Portanto os profissionais necessitam de espiritualidade prévia ao processo de atuação, espiritualidade no cotidiano, no preparar-se para o fazer e ou até mesmo no ato de preparar para ser profissional. Por isso a profissão na saúde torna-se mais que um emprego, é uma verdadeira vocação, com a espiritualidade envolta nesse processo de sentir-se

com vocação ao cuidado e ou a atenuação do sofrimento alheio. Além disso, relatórios médicos demonstram que quando profissionais médicos observam o fazer como negócio, a satisfação ao trabalhar é significativamente menor e gera menos fatores estressores; mas quando observada como relacionamento necessário, a satisfação do paciente é o que move a visão da vocação para ação. Sendo assim a espiritualidade é um mote constituinte da vocação e a vocação é precursora do cuidado espiritual no fazer e ambas são constituidoras de atuação para servir aqueles que sofrem, além de promoverem desenvolvimento profissional ampliado com base no cuidado compassivo (Puchalski; Guenther, 2012).

No entanto, na realidade da atuação existem percalços quanto a uma prática de cuidado integral. Estudos demonstram que em comunidades muçulmanas as competências (a partir do Questionário de Competências em Cuidado Espiritual) para cuidado espiritual são significativas positivamente apenas no domínio da comunicação; porém, com baixos escores no domínio espírito de equipe. Além disso, demonstra-se um cuidado espiritual mais proeminente de enfermeiros quando comparados a médicos, demonstrando menor desenvolvimento do cuidado espiritual, e incorrendo na clara necessidade de maior educação neste aspecto na formação médica, com necessidade de treinamentos específicos (Sohail *et al.*, 2022; Büssing, 2021).

Esses processos de pouco desenvolvimento do cuidado espiritual são adjacentes da formação médica, pouco envolta as questões holísticas do cuidado. Nesse contexto estudos demonstram que estudantes de medicina observam a espiritualidade como necessário ao currículo médico de formação, porém, mais importante em processos agudos de enfermidade do que em condições crônicas e ou terminais, sendo observado como mais preponderante para prevenção e promoção da saúde, que cura em processos de enfermidade estabelecidos, demonstrando uma visão inconclusa do cuidado espiritual (Park *et al.*, 2017; Guck; Kavan, 2006).

Nessa perspectiva, um estudo no Brasil com estudantes de medicina demonstrou que 95% dos indivíduos sabiam da existência e reconheciam a dimensão espiritual na saúde e prática médica de cuidado, no entanto, não conheciam nenhum conceito e forma de proporcionar o cuidado através dessa dimensão, como também nunca tiveram formação nesse aspecto, pra além do mais, não receberam formação também para lidar com questões religiosas individuais e ou familiares, na perspectiva do cuidado integral (Esperandio *et al.*, 2021).

Essas questões adentram nas escolas médicas a partir das necessidades dos sujeitos em uma sociedade que atravessa momentos corriqueiros de desastres naturais, como consequência das mudanças climáticas, pandemias e altas constituições de iniquidades sociais, como

consequência das relações econômicas e sociais. Ademais esse cenário da realidade também afeta os profissionais já formados, numa perspectiva de acentuação das crises existenciais e espirituais frente aos desafios deste século, ocasionando sensações de insuficiência para contribuir com um cuidado espiritual dos seus pacientes, transcorrendo em menor contribuição interdisciplinar e multiprofissional, refletindo em um cuidado espiritual desnaturalizado.

Isso pôde ser observado durante a pandemia de COVID-19, onde os profissionais não conseguiam separar grupos ou linhas entre saudáveis – profissionais e doentes – pacientes, pois ambos estavam em processos de adoecimento por circunstâncias diferentes, mas através de um contexto em comum: a pandemia de COVID-19. As circunstâncias que afetam os profissionais vão desde dilemas éticos na utilização de recursos, até lutas profissionais e as questões próprias do seu viver, ocasionando síndromes de lesão moral, com o pressuposto de espiritualidade defasada integrada (Harris; Klee, 2023).

Nesse contexto, Büssing *et al* (2021) demonstram percepções de *secura espiritual* durante a pandemia de COVID-19, entre muçumanos iranianos, ressaltando que realidades desafiadoras como a pandemia de COVID-19 transcorre-se em aumento de *secura espiritual*, com predição através de aumento de medicamentos ansiolíticos, solidão e isolamento social, incorrendo em invariância na estabilidade mental dos indivíduos e desequilíbrio na confiança em Deus. Percebe-se que nestes momentos desafiadores vivenciados neste século há necessidade de apoio confiável, empático e afetivo para enfrentar o sofrimento e as incertezas provocadas pela exacerbação da desconfiança para o viver.

Esses prospectos podem abalar a ação para o cuidado espiritual integral, disposto prioritariamente; no entanto, estudos demonstram que de algum modo (com uma ação voltada à realização integral do cuidado espiritual ou apenas a um certo cuidado espiritual fragmentado) esse cuidado espiritual é disposto aos sujeitos. Um estudo de revisão sistemática que compreende uma população de 7.323 médicos partícipes demonstra que a maioria dos médicos acredita que a E/R tem alguma influência na saúde dos pacientes, no entanto carecem de treinamento para esclarecer melhor como influência e como melhorar esse impacto através do cuidado espiritual (Kørup *et al.*, 2021).

2.3 Coping Religioso/Espiritual (CRE)

Espiritualidade e religião são preponderantes na vida de muitos indivíduos, no entanto as pesquisas científicas que denotam sobre sofrimento, seja psicológico e ou físico, pouco incorporam esse fator como necessário. Dessa forma observamos a partir de alguns estudos que a religião e a espiritualidade denotam em melhor enfrentamento de situações de sofrimento, influenciando ajustes de como “lidar” com estressores pertencentes ao viver.

Este enfrentamento é denominado de coping religioso, no qual pode ser descrito de forma sucinta como a utilização de técnicas cognitivas e ou comportamentais, quando pertinentes nas situações estressantes que decorrem do viver, em um prospecto da religião ou espiritualidade, ou seja, por exemplo, uma oração, uma confissão e/ou buscar apoio a um ser superior (Pargament, *et al.*, 1990).

Esse coping religioso/ espiritual ou esse enfrentamento religioso/ espiritual se apresenta basicamente de dois modos: positivo ou negativo. O CRE positivo reconhece a religião e a espiritualidade como causadores ou fonte de apoio, proveniente de um relacionar com um Deus ou com uma espiritualidade benévola a partir de uma crença que produz e dá sentido à sua vida. Evento que vai repercutir em melhores desfechos na saúde física e mental dos indivíduos. De modo oposto, o CRE negativo está vinculado a um contíguo de estratégias que confere às situações vivências a um Deus punitivo ou a uma espiritualidade punitiva, à relações imbricadas por sentimentos de abandono, desamparo e desprezo que resulta numa visão negativa e pessimista do mundo, o que pode desencadear diversos tipos de distúrbios psicológicos (Pargament *et al.*, 2011).

O CRE é mensurado através de um instrumento constituído por duas dimensões, a positiva, que contém afirmações do tipo: Procurei uma ligação maior com Deus? Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus? Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas? E a negativa, contendo afirmações como: Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar? Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé? Cheguei à conclusão de que as forças do mal atuaram para isso acontecer?

O respondente marca em uma escala “tipo Likert de 5 pontos” que variam de 1 (nem um pouco/ não se aplica) a 5 (muitíssimo), cujos itens permitem a avaliação do CRE: o positivo e o negativo. Este indica o nível de CRE negativo experimentado pelo respondente, encontrado pela média das dimensões negativas da escala. Aquele indica o nível de CRE positivo praticado pelo respondente, mediante a média das dimensões positivas da escala. O que indica uma

indicando uma tendência comportamental impactante (positiva ou negativamente) na saúde mental - e possivelmente física - do respondente. Nesse sentido, lembramos que nosso objetivo é o de compreender se a E/R influenciou na vida do profissional médico infectologista e se repercutiu no atendimento à saúde de pacientes graves suspeito e/ou confirmado de COVID-19 no período da pandemia.

Nesse prospecto do coping religioso, há a especificação e moderação do que realmente pode surtir efeitos nas circunstâncias estressantes da vida, e uma das principais variáveis moderadoras é a afiliação religiosa, que pode ser categorizada de forma amplificada como cristão, muçulmano, budista ou de forma mais específica, como católico, pentecostal, entre outros existentes. Com isso, diferentes afiliações podem desenvolver diferentes comportamentos aos estressores, com diferentes formas de enfrentamento (Park *et al.*, 1990).

Dessa forma há de se observar se, de fato, a afiliação religiosa num prospecto de coping religioso é benéfica ou maléfica aos enfrentamentos do cotidiano, por isso a partir de críticas da relação fé e saúde, houve um escrutínio de métodos já existentes para que houvesse um refinamento nos instrumentos de coleta de dados, diminuindo com isso os possíveis vieses de confundidores atrelados na avaliação da E/R. A partir desse contexto, foram validados instrumentos para esse arcabouço, como a Escala de CRE, primeiro instrumento de avaliação deste prospecto no Brasil, que tem por referência, o RCOPE desenvolvido e validado por Pargament *et al.* (2000).

Há também o *The Brief RCOPE*, uma escala mais curta também advinda do RCOPE, utilizada em estudos com populações maiores e ou em estudos com menor condição de financiamento, sendo também útil e sensível ao que se alvitre medir (Pargament, 2011). Essas escalas têm por objetivo demonstrar e descrever como os indivíduos usam a fé para lidar com os estressores do viver, associando-os com qualidade de vida e diversos outros aspectos que impactem na saúde física e psicossocial, sendo, portanto, instrumentos teóricos, embasados, significativos e importantes para o contexto da produção científica (Esperandio, 2020; Panzini; Bandeira, 2005).

A partir disso, podemos perceber diversas associações de condições psicossociais e físicas com o coping religioso/espiritual, já que o coping é iniciado quando percebido uma experiência vivida como estressor, ou seja, se avalia a experiência como algo disfuncional negativo no contexto vivido, configurando uma oportunidade de se recorrer ao coping religioso suprimindo necessidades espirituais e bem-estar psíquico. O estudo de Casaleiro, Caldeira e Esperandio (2022) demonstrou que a avaliação de algo disfuncional, a partir das experiências

e bem-estar é mediado por necessidades espirituais (existenciais e religiosas). Já o coping religioso negativo medeia às necessidades espirituais com o bem-estar, transcorrendo-se em impacto perceptível na saúde mental. A Tabela 3, adiante, vem sumarizar estudos científicos nacionais e internacionais que expuseram a produção do CRE.

Tabela 3 - Sumarização de estudos que expuseram a produção do CRE

Títulos / autor(es) e data de publicação / periódico	Resultado
<i>COVID-19, Mental Health, and Religious Coping Among American Orthodox Jews / Pirutinsky et al. (2020) / Journal of Religion and Health</i>	Em estudo com população estado-unidense judaica ortodoxa o coping religioso negativo s apresentou associado à ansiedade e angústia relacionadas a COVID-19. Coping religioso positivo associado como fator de proteção, com relações à religiosidade intrínseca e confiança exacerbada em um ser superior
<i>A Cross-Sectional Survey of Pakistani Muslims Coping with Health Anxiety through Religiosity during the COVID-19 Pandemic / Mahmood et al (2021) / Journal of Religion and Health</i>	Em estudo com paquistaneses muçulmanos o coping religioso positivo se configurou como fator de proteção frente à ansiedade derivada da pandemia de COVID-19.
<i>Religious Coping, Depression and Anxiety among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: A Malaysian Perspective / Chow et al (2021) / Healthcare</i>	Em estudo com profissionais de saúde na Malásia se observou maior probabilidade de coping religioso positivo do que negativo, porém mesmo assim há uma alta prevalência de ansiedade (36,5%) e depressão (29,5%) nestes profissionais médicos. O coping religioso positivo previu redução de ansiedade em 15%; já o coping religioso negativo previu incremento de ansiedade em 28%
<i>An investigation of the association between religious coping, fatigue, anxiety and</i>	Em estudo com profissionais de saúde no Marrocos demonstrou a presença de

<i>depressive symptoms during the COVID-19 pandemic in Morocco: a web-based cross-sectional survey / Zarrouq et al (2021) / BMC Psychiatry</i>	ansiedade (43%) e depressão (53%); 58% dos indivíduos apresentavam fadiga física grave ou fadiga mental, e as relações de ansiedade-depressão com fadiga física-mental estavam associadas significativamente, transcorrendo numa utilização de um coping religioso negativo. Aspectos socioeconômicos mediarão as relações
<i>Religious Coping During the COVID-19 Pandemic: Gender, Occupational and Socio-economic Perspectives Among Malaysian Frontline Healthcare Workers / Francis et al (2021) / Alpha Psychiatry</i>	Em estudo com profissionais de saúde na Malásia demonstrou que as mulheres são quem mais recorre ao coping religioso positivo (60,5%). Os profissionais não-médicos exerciam mais coping religioso positivo do que os profissionais médicos. Além da relação de maior coping religioso positivo em condição socioeconômica inferior
<i>Factors associated with mental health and quality of life during the COVID-19 pandemic in Brazil / Vitorino et al (2021) / BJPsych Open</i>	Em estudo com população brasileira demonstrou que coping religioso negativo está associado com depressão, ansiedade, pior qualidade de vida social e ambiental
<i>Coping espiritual/religioso e fim de vida: revisão sistemática / Villegas et al (2022) / Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade</i>	Em estudo com populações brasileiras foi demonstrado a repercussão do coping religioso na terminalidade da vida, na qualidade da vida ao morrer
<i>Religiosity and Resilience: Cognitive Reappraisal and Coping Self-Efficacy Mediate the Link between Religious Coping and Well-Being / Dolcos et al (2021) / J Relig Health</i>	Em estudo com adultos da Universidade de Illinois em Urbana e Champaign foi demonstrado que a resiliência é amplificada através de coping religioso quando associada com satisfação com a vida, através da perspectiva de experiência da existência de um ser superior ou da

	espiritualidade em si, que denota numa mediação entre a presença de um sentido da vida e ou numa busca por sentido da vida
<i>The Relationship Between Meaning in Life, Life Satisfaction and Job Satisfaction with Religious Experience in the Life of Polish Nurses / Glaz (2022) / Journal of Religion and Health</i>	Estudo com enfermeiras polonesas portadoras de diploma de licenciatura e mestrado apresentam maior sentido da vida quando vivenciam maior satisfação no trabalho, principalmente quando exercem enfrentamento dos estressores no ambiente profissional, sobretudo as que demonstravam maior experiência na presença de Deus

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Em contextos extremos, como a pandemia de COVID-19, esses estressores estão ainda mais dispostos no cotidiano, transcorrendo-se em maior necessidade de enfrentamento religioso positivo para se emparar frente ao possível impacto na saúde mental, no entanto, estudos com estado-unidenses demonstram que durante a pandemia, o coping religioso quando negativo estava associado com ansiedade nos indivíduos, e além disso, o coping religioso positivo não estava associado com a melhora da ansiedade, já que provavelmente os indivíduos estavam apartados da ação de espiritualidade, pois tinham que exercer o isolamento social e o distanciamento, e as ações de espiritualidade por meio remoto não denotam em resultados próximos, sendo necessário um intermeio de apoio espiritual. (Derossett *et al.*, 2021; Dutra; Rocha, 2021).

Numa população estado-unidense judaica ortodoxa também foi observado que o coping religioso negativo estava associado com ansiedade e angústia advindos da existência da COVID-19, porém, o coping religioso positivo estava associado como fator de proteção a estes desfechos, com relações à religiosidade intrínseca e confiança exacerbada em um ser superior (Pirutinsky *et al.*, 2020). Já numa população de paquistaneses muçulmanos que exerceram um coping religioso positivo obtiveram um fator de proteção frente à ansiedade derivada da pandemia da COVID-19 (Mahmood *et al.*, 2021). É importante salientar que um coping religioso positivo em populações muçulmanas é algo histórico, sendo observado com

evidências históricas desde as pestes e surtos do século oito, destacando-se formas de coping tradicionais, através de um papel preponderante da confiança na fé (Awaad *et al.*, 2023).

Numa população árabe composta majoritariamente por mulheres, o coping religioso negativo e o medo de COVID-19 associou-se com depressão, ansiedade e estresse, demonstrando importante impacto na saúde mental; o coping religioso positivo associou-se apenas com estresse e depressão, não obtendo resultados significativos para ansiedade, sendo, portanto, um ponto contraditório das evidências frente ao contexto da pandemia (Yildirim *et al.*, 2022).

Observa-se a associação de *coping* religioso com necessidades espirituais, bem-estar e saúde mental nos indivíduos durante a pandemia de COVID-19; no entanto, por quais entremeios essa associação se sustenta? Quais são as ações, percepções, e ou sentimentos existentes para o coping religioso positivo e ou negativo em diferentes indivíduos com afiliações religiosas diversas? Estudos demonstram que as percepções da natureza e o silêncio instigante, ou seja, atitudes de coping religioso, como estar disponível a um ser superior e o praticar as determinações das afiliações religiosas e ou a fé, decorre do experienciar a aproximação com a natureza, como um lugar de vivência com o divino, salientando um silêncio refletido, como acontece nas orações e momentos de contemplação da energia cósmica, configurando-se assim em fatores determinantes e positivos para presentificação da associação entre coping religioso positivo, bem-estar e satisfação com a vida, em católicos poloneses (Skalski-Bednarz *et al.*, 2022).

Além disso, há mudanças de comportamento em momentos de dificuldade; desta forma, a percepção de admiração pela vida e o sentimento de gratidão subsequente configurava-se em melhor bem-estar, porém, a alta percepção de sobrecarga da vida e ou de intensa e frequente reflexão sobre o viver denota em um coping religioso negativo com impacto negativo no bem-estar (Büssing *et al.*, 2020).

Outros fatores também podem estar envolvidos, como a capacidade da resiliência nas lutas religiosas e no coping religioso negativo, inteirando-se com relações significativas, ou seja, como um mediador que produz efeito protetor sobre a saúde mental e bem-estar dos indivíduos poloneses católicos (Konaszewski *et al.*, 2023). No entanto, há estudos que demonstram que a pandemia de COVID-19 não demonstrou mudanças significativas na capacidade de resiliência dos indivíduos e consequentemente a resiliência não impactou de forma protetiva no coping religioso negativo (Godor; Van Der Hallen, 2022). Além disso, a resiliência pode estar mediada pela satisfação com a vida, para que haja modificação frente a um cotidiano estressor, como

durante a pandemia de COVID-19, sendo a explicação possivelmente uma cadeia de relações (Haider *et al.*, 2022).

Contudo, o contexto da pandemia associado a coping religioso não impactou apenas os sujeitos que são cuidados, mas também dos que cuidam, inclusive em relação a fatores que são determinados pela confiança da fé - como a resiliência, e em diferentes territórios de atuação - seja em hospitais gerais/especializados, hospitais psiquiátricos/serviços de atendimento à saúde mental e/ou numa unidade de atenção básica de saúde (Britt *et al.*, 2023).

Um estudo de coorte, nesta perspectiva, acompanhou profissionais por seis semanas para observar as repercussões da atuação durante a pandemia na resiliência, bem-estar, a condição de saúde mental e o nível percebido de felicidade; neste prospecto, observou-se que profissionais médicos de hospitais gerais obtinham uma maior probabilidade de sofrer impacto na saúde mental quando comparado a profissionais de serviços de atendimento em saúde mental, como também tinham menor adaptação social. Profissionais cristãos/ católicos percebiam melhor bem-estar, no entanto a longo prazo esse efeito tendeu a um prospecto negativo de bem-estar psicológico. Já em budistas/taoístas observou-se menor probabilidade de experimentar sofrimento mental quando comparado a cristãos; houve uma percepção de felicidade com níveis aumentados, o que proporcionou maior bem-estar psicológico, como também melhor adaptação social. Fatores associados a essas evidências mediavam a força de associação - como menores níveis de alexitimia e resiliência (Chang *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, um estudo transversal na Malásia demonstrou que em profissionais de saúde há uma probabilidade maior de existir um coping religioso positivo do que negativo, porém mesmo assim há uma alta prevalência de ansiedade (36,5%) e depressão (29,5%) nestes profissionais médicos. O coping religioso positivo previu redução de ansiedade em 15%; já o coping religioso negativo previu incremento de ansiedade em 28% (Chow *et al.*, 2021).

Em estudo transversal numa população iraniana majoritariamente muçulmana, com 494 profissionais de saúde do serviço especializado de emergência, demonstraram que alguns fatores que concernem com adaptação social, como local de trabalho, localização do serviço e tipo de emprego estão intrínseca e significativamente associados ao coping religioso positivo. Contudo, quando observado os fatores associados ao coping religioso negativo, a relação com carga de trabalho (como trabalho em horas extras) e aspectos demográficos (como idade mais antiga e estado civil) se apresentou (Habibi Soola *et al.*, 2022).

Por conseguinte, este impacto da carga de trabalho no coping religioso é observado de forma mais nítida na saúde física e psicossocial dos indivíduos, em uma cascata de relações

entre ansiedade, depressão e fadiga. Um estudo transversal demonstrou que numa amostragem do Marrocos, profissionais de saúde apresentavam ansiedade (43%) e depressão (53%); 58% dos indivíduos apresentavam fadiga física grave ou fadiga mental, e as relações de ansiedade-depressão com fadiga física-mental estavam associadas significativamente, transcorrendo numa utilização de um coping religioso negativo mais frequentemente. É importante salientar que aspectos socioeconômicos como declínio financeiro familiar mediava estas relações (Zarrouq *et al.*, 2021).

Uma revisão sistemática e de metanálise demonstrou relações do coping religioso positivo com indicadores benéficos a saúde mental, com um aspecto de força de associação; o coping religioso foi associado ao bem-estar, satisfação com a vida e crescimento espiritual pós episódio traumático, apresentando fator de proteção de 35% a 25% (Pankowski *et al.*, 2023). Ademais, quando vistas as relações do coping religioso negativo com indicadores maléficos da saúde mental, observou-se sua associação com sintomas depressivos, ansiedade, estresse, sintomas de transtorno de estresse peri e pós-traumático; mas os níveis de significância da associação não foram robustos, portanto, há necessária cautela na interpretação desses dados (Pankowski; Wytrychiewicz-Pankowska, 2023).

Visto que há diversos estudos associando o coping religioso ao contexto do trabalho exercido, como carga de trabalho, fadiga e os impactos do cuidar - como ansiedade e depressão, observa-se o contexto propício de adoecimento disposto através do fazer exacerbado na realidade existente, ou seja, as determinações de gênero, raça e renda atribuídas ao cenário. Nesta conjuntura, um estudo transversal demonstrou a relação da pandemia de covid com o esgotamento, fadiga e desenvolvimento de burnout; um coping religioso positivo e um apego a um ser superior mostrou diminuir esta associação; um não-apego a um ser superior, coping religioso negativo e o evitar a espiritualidade aumentou a associação com o *burnout* em profissionais de saúde. Igualmente ocorreu com o fator da vivência em ambientes permeados pela morte (súbita/esperada) impactando na forma como se exerce o coping religioso, especialmente em profissionais de saúde (Gisilanbe Vetbuje *et al.*, 2022; Abu-Raiya; Jamal, 2021).

Essas determinações demonstram que renda e gênero estão associados a coping religioso, com impacto benéfico ou não na saúde mental dos indivíduos. Francis *et al* (2021) evidenciam que mulheres são quem mais recorre ao coping religioso positivo (60,5%). Os profissionais não médicos exerciam mais coping religioso positivo do que os profissionais

médicos - o que pode estar associado à faixa de renda: os que apresentavam maior coping religioso positivo estavam em condição socioeconômica inferior.

Numa amostragem da população brasileira todas estas evidências foram corroboradas: Vitorino *et al.* (2021) demonstraram que o coping religioso negativo está associado com depressão, ansiedade, pior qualidade de vida social e ambiental. Fatores como: indivíduos com menos tempo em isolamento social e profissionais de saúde mediavam as associações, com estes sendo menos propensos a impactos na saúde mental. Além disso, também existem resultados com populações brasileiras demonstrando a repercussão do coping religioso na terminalidade da vida, na qualidade da vida ao morrer e no cuidado paliativo indicando o SUS como importante lugar de utilização da espiritualidade/coping religioso; esta revisão sistemática demonstra associações do coping religioso com processos de vida mediado por determinações sociais do início do sofrimento percebido até a terminalidade e do significado da doença (Villegas *et al.*, 2022).

O panorama das determinações da saúde está envolta ao contexto da população brasileira, quando observado o impacto da autorrealização para a ação do coping religioso positivo: em permanente contexto de estressores, como condição socioeconômica precária, violências de gênero e/ou raciais, e até mesmo o racismo estrutural, há um processo de iniquidade e vulnerabilidade permeando uma não ação de continuidade no coping religioso positivo, permitindo uma não aproximação da autorrealização, e conseqüentemente uma não compreensão do viver (Cabatbat; Camarines, 2022).

No entanto, como se demonstra através dos resultados empíricos, o coping religioso é pertinente e associado à resistência das vulnerabilidades, em que a espiritualidade que se transcorre em coping religioso positivo, que se fundamenta numa experimentação da resiliência e numa identidade resolutive das dificuldades inerentes ao viver, como demonstra Ozcan *et al* (2021), com profissionais de saúde que exerceram suas atividades em situações estressantes e conflituosas mediadas por desastres.

Essa resiliência é amplificada através de coping religioso quando associada com satisfação com a vida, através da perspectiva de experiência da existência de um ser superior ou da espiritualidade em si, que denota numa mediação entre a presença de um sentido da vida e ou numa busca por sentido da vida (Dolcos *et al.*, 2021). Isso é observado também em profissionais de saúde, já que Glaz (2022) demonstra que enfermeiras polonesas, portadoras de diploma de licenciatura e mestrado, apresentam maior sentido da vida quando vivenciam maior

satisfação no trabalho, principalmente quando exercem enfrentamento dos estressores no ambiente profissional, sobretudo as que demonstravam maior experiência na presença de Deus.

O coping ou a forma como os indivíduos conseguem gerir as exigências oriundas dos eventos estressores da vida se dá num processo dinâmico onde o ser humano busca esforços para minimizar ou inibir as ameaças de uma situação possivelmente danosa. O exemplo disto foi a humanidade passar por mais uma realidade pandêmica. E o CRE, como visto no texto acima, é um modo de enfrentamento que pode estar presente tanto para pessoas que seguem uma vertente religiosa (com as práticas, orações, crenças e devoções de sua profissão de fé), quanto para pessoas não professam uma fé, entretanto, encontram formas de espiritualidade secular, ou leiga, para buscar um sentido para sua vida (Nascimento *et al.*, 2022; Esperandio *et al.*, 2017).

Diante do exposto foi perceptível a proximidade dos temas: E/R, CRE e busca de sentido da vida. Entretanto, deixamos bem claro que não iremos nos aprofundar neste último, nem na abordagem antropológica de Viktor Frankl, mas utilizaremos de sua concepção como aporte científico, uma vez que a teoria desenvolvida por Frankl reconhece a importância do homem se posicionar de forma positiva, encontrando sentido nas dificuldades e adversidades estressoras que se fazem presentes na vida humana.

2.4 Espiritualidade e Sentido da vida

A espiritualidade está intrinsecamente atrelada a um sentido da vida, no que concerne um buscar para um ser com significado, uma ideia de construção permanente de obter significado a partir das vivências, dos desafios do cotidiano, e dos estressores provenientes de condições excepcionais, além do significado existencial do viver e do morrer. Além disso, pode ser entrelaçado com a perspectiva de ter um objetivo de viver como sentido para a vida, ou seja, como uma missão e ou propósito que permeia o “por quê” se vive. Esse sentido da vida é mediado por dimensões outras da espiritualidade, como a autotranscendência em que à ação de sentir-se, um “eu” interior vivido, sentido, compreendendo sentimentos, como confiança no eu, fé e paz interior.

Há também, mediando essas dimensões a transcendência, no sentido de uma vivência espiritual, no que concerne vínculos de comunhão com um ser superior. Implicando numa não solidão, propondo um sentido para existir, pois há algo existente que promove confiança para o viver. É necessário salientar que o sentido da vida não é apenas exercido com base em um ser

superior. Há uma ampla noção de base para permear o sentido da vida com sentidos outros para crença e fé, numa perspectiva de crença espiritual (Vachon *et al.*, 2009).

A existencialidade está composta nesta perspectiva de significado e ou sentido para um bem viver, em um contexto de fazer, ser e tornar-se em um prospecto de vida, numa aproximação a uma filosofia existencial, no que concerne ainda mais em tempos de crise existencial mediada por crises de saúde que identifica mais sensivelmente a necessidade de viver e o medo da interrupção da vida de forma súbita (Hammell, 2004).

Dessa forma, os sujeitos além do cotidiano quando tentam obter controle do viver, experimentam o não-controle, a partir dos acontecimentos provenientes da incerteza mediados pelo ambiente e ou pelos fazeres de sujeitos outros, portanto, isso denota um desejo de obter sentido nos aspectos que circundam a vida, como uma necessidade de sentido para sobreviver, para não recair em angústias existenciais. Com isso, o sentido da vida está perpetuado sobre uma espiritualidade, pois há nessa conjuntura um caminho para se construir sentido. Salienta-se que este sentido é determinado por subjetivação, já que os sentidos são deparados à vista e não criados e ou inventados, transcende o “querer”, mas está disposto por uma consciência que exercitamos, no entanto, a consciência é falível e não onisciente, não podendo perpetuar apenas um sentido verdadeiro (Lapide; Viktor Frankl, 2011).

É necessário determinar que a espiritualidade, assim como o sentido da vida é algo individualizado, pois é específico para cada ser um “eu-espiritual”. Consequentemente neste contexto também há a problemática, pois o sentido é uma característica humana, prevalecendo na consciência falível, ou seja, é uma expressão de humanidade. Frankl (2011), explica essa unicidade desta forma: ninguém pode ser substituído, exatamente, por essa unicidade da essência de cada homem. A vida de cada ser humano é absolutamente singular. Por isso, segundo Frankl (2011), o sentido da vida é também uma vontade, pois é um encontro que necessita de existencialismo, portanto, trata-se de uma responsabilidade a partir das nuances da vida.

Esse processo de constituição do sentido da vida é permeado por modos de sentidos diferentes a partir da observação de como se dão em um processo de existência. Há o sentido na vida, o sentido da vida e o sentido do mundo. Esses modos são constituídos pelo presente, ou seja, pelo agora, pela consciência do momento, por sentidos exercitados nas excepcionalidades da dificuldade, como a proximidade da morte e ou até mesmo por um sentido não apreendido, acima da compreensão humana, ou seja, um supra sentido. Dentro desta perspectiva também há os modos de valores que circundam a descoberta do sentido, através da

solidificação da constituição do valor a partir do viver, dessa forma os valores são caminhos que denotam no sentido, e constituem-se de três principais tipos existentes: valores criativos; valores vivenciais e valores atitudinais (Lapide; Frankl, 2011).

Esses valores constituem e “descrevem” o ser, no intuito da elucidação dos sentidos, portanto, o valor criativo transcorre-se nas ações que são realizados, ou seja, pelo processo ativo de ser, podendo ser habilidades, talentos criativos e ou produtivos, persistente. Já o valor vivencial que é constituído pelo belo, por processos subjetivos atrelados ao fazer e ao ser, como contemplação da natureza, incursos artísticos e ou culturais e os fazeres nestes prospectos, além das experiências do “ser bom” e do convívio constituidora de vínculos e relações interpessoais, que estabelece o “sentir amor”, logo, denota em um maior prospecto de entendimento do outro, das singularidades do ser. Por fim os valores atitudinais – valor exercido principalmente em realidade contrárias ao viver em paz, ou seja, quando há sofrimento, um distanciamento do propõe sentido a viver, transcorrendo na necessidade de atitude, seja de enfrentamento ou omissão, que decorre em resiliência e ou desespero (Lapide; Frankl, 2011).

Para além da constituição conceitual do sentido da vida, observa-se também um sentido da vida multidimensional numa perspectiva de compreender ainda mais o caráter complexo deste conceito, denotando em um envolto de entendimento do sentido da vida como um construto que estabelece um estado e não um traço de personalidade, pois há uma perspectiva de tempo – longo prazo implicada. Dessa forma o modelo de constituição “multidimensional” inicia-se por duas dimensões: significado global e significado situacional. Estas dimensões são subdivididas, mas como conceito teórico geral, significam diferenças entre o senso de vivência no mundo, um senso geral do viver no sentido de “estar”, não atribuindo a ação da subjetividade de interpretar este ambiente vivido e situações reais do viver, considerando as ações de aceção racional ao viver, considerando incoerências e estressores (Park, 2010).

Com o tempo essa constituição conceitual multidimensional foi se modificando, se impregnando de modelos, como o descrito por Heine *et al* (2006), onde salientou a importância do ambiente para a manutenção do sentido da vida, associado com as vivências e aprendizados circunscritos com as crenças existentes, incrementando o viver como algo inerentemente justo, e quando há injustiças, também há de se reavaliar o sentido da vida, ressignificando com modos de lidar, modos esses denominados de: assimilação, acomodação, afirmação, abstração e construção.

Recentemente foi constituído um modelo que pretendia incrementar os anteriores, onde o sentido obtinha um conceito de conexões, entendimentos e interpretações que facilitaria o

habituar-se com a experiência do viver, numa perspectiva de vislumbrar o futuro, entendendo que o presente é constituído de significado, para além do eu, mas também para o contexto global. Dessa forma constitui-se uma base conceitual mais atual para um modelo multidimensional recente, onde existem três dimensões: compreensão, propósito e valorização.

Essas dimensões facilitaram a compreensão cognitiva dos modelos e suas mensurações, com desenvolvimento de escalas para avaliar o impacto dos estressores e sofrimentos sobre a compreensão das experiências para o viver, em um contexto de história da vida, mas também presente dos sujeitos, como também numa perspectiva de entendimento do que viveu, porque viveu e como isso vislumbra um futuro (dimensão da compreensão), sobre os aspectos motivacionais do viver, numa perspectiva clássica que similar ao que descreve a teoria de Viktor Frankl, numa identidade de missão de vida, de objetivos e ou de mediação de comportamentos e ações para alcançar o significado atribuído a vida (dimensão do propósito), também sobre atribuições de aspectos inerentes ao existir, numa noção de que há algo maior, de transcendência, uma perspectiva de conexão sujeito – comunidade/mundo - algo superior (Steger, 2012; George; Park, 2016; Martela; Steger, 2016).

Dessa forma, na pandemia de COVID-19, o sentido da vida seria impactado de forma crucial pelos valores e pelos contextos multidimensionais, já que estaria vivenciando uma realidade excepcional de dificuldade, medo, incertezas, estresse, ansiedade no contexto da COVID-19, afetando o bem-estar psicológico de maneira abrupta, além de perpetuar efeito negativo na força de enfrentamento às dificuldades, ou seja, medeia o coping religioso e a resiliência.

Estudos demonstram modelos equacionais estruturais relacionando estas “variáveis”. Logo, evidencia-se que sentido da vida e resiliência medeia como lidamos com pandemias, como a COVID-19, impactando no nível de medo, autoconfiança, transcendência, certezas e incertezas sobre o viver e o futuro, além de preocupação, estresse e variações na saúde mental dos indivíduos. Observa-se, portanto, que sentido da vida é primordial quanto se trata de prevenção há impactos de eventos traumáticos (Yildirim *et al.*, 2020).

Evidências mais recentes demonstram que o sentido da vida pode funcionar como um fator protetor mediante as consequências dos eventos traumáticos, quando em condições positivas, ou seja, bem mediadas pela espiritualidade, dessa forma, um propósito, a compreensão da existência e perpetuação de uma importância do viver se constituiriam um significado de vida que seria um pressuposto para um enfrentamento ao contexto de sofrimento, pois haveria estruturação mental e de crenças para um viver significativo. Numa perspectiva

empírica transcorre-se em linhas de base que suportariam melhor as condições da realidade, denotando em melhores reações a uma existência em sofrimento. A família e o apoio familiar também estão associados a essa linha de base e ou a esse sentido da vida constituído, já que medeia essa reação a experiência do sofrer (Seidel *et al.*, 2023).

Portanto, o sentido da vida está intrinsecamente associado com um bem-estar subjetivo, como também a um processo psicopatológico, como uma via de proteção ao impacto negativo das experiências de sofrimento, advindo de motivos diversos, como por exemplo, eventos traumáticos. Essa relação está permeada também por sentimentos, como otimismo, entusiasmo, confiança, felicidade – sentimentos estes que gerenciam o bem-estar subjetivo para um caminho de experiência de flexibilidade psicológica exercida, ou seja, uma capacidade de equilibrar-se em quaisquer circunstâncias, mediando desejos e perspectivas de vida, para adaptar-se às ocasiões de dificuldade para além do esperado, transcorrendo-se em recuperação do ser frente a adversidades (Arslan; Allen, 2022).

Isto é ainda mais existente em um contexto de atenção à saúde, principalmente dos profissionais de saúde e dos pacientes. Uma amostra da população austríaca observou aspectos da percepção do sentido da vida antes e após a pandemia de covid e observou que inicialmente profissionais de saúde obtinham uma percepção de sentido da vida maior, quando comparado aos pacientes, assim como acontece com o coping religioso. Além disso enquanto o trabalho ganhou menos perspectiva de sentido da vida para os pacientes (objetivaram a saúde, estar em um prospecto de viver), os profissionais de saúde aumentaram a perspectiva de sentido da vida através do trabalho, relutando em associar a *hobbies* e ou relacionamentos e amigos (Hummer *et al.*, 2020).

Esses aspectos de impacto no sentido da vida não se acentuam apenas nos indivíduos em um contexto de unicidade, mas também em toda a família, em um coletivo, já que estudo demonstra que as famílias que contém algum indivíduo com sentido da vida impactado negativamente pela COVID-19, tende a perturbar mecanismos de resistência a dificuldades, como resiliência, autoeficácia e equilíbrio mental, principalmente nos indivíduos jovens das famílias, além disso se constituem fatores que podem facilitar a existência de angústia, ansiedade, depressão e até suicídio (Tsibidaki, 2021).

Esses achados numa perspectiva familiar corroboram com a meta individual do impacto negativo de um sentido da vida perturbado, como demonstra um grande estudo multicêntrico com 22.514 mil participantes (composto principalmente por adultos mais velhos e ou idosos) em que houve um aumento significativo em comprometimento cognitivo, com um risco

aumentado de 20%. Quando comparado a indivíduos que nunca haviam tido discernimento de um sentido da vida, o risco aumentado para comprometimento cognitivo foi de 75%, ou seja, demonstrando que o exercício do sentido da vida impacta gravemente um envelhecimento saudável (Sutin *et al.*, 2020).

Quando em prospecto de percepção de uma não qualidade de vida e ou em processo de adoecimento, de transtorno e ou até mesmo de desequilíbrio da saúde mental, o sentido da vida medeia a busca por tratamento e ou mudança deste cenário, salientando que o sentido da vida medeia até mesmo a gravidade destes contextos em pacientes e profissionais. Os profissionais mesmo tendo o discernimento de sua capacidade de saúde mental comprometida tendem a buscar menor atenção à saúde e sentido da vida para moderar as consequências (Glaw *et al.*, 2016). Essas evidências são ainda mais importantes quando observado o impacto do sentido da vida perturbado dos indivíduos jovens até o envelhecimento e ainda mais, quando associado a uma pandemia de COVID-19.

Especificamente em profissionais de saúde, essas relações de gravidade à saúde são corroboradas, já que Samios *et al* (2022) demonstram que o estresse da pandemia está relacionado não somente ao sentido da vida, mas como em várias das suas dimensões, como autocompaixão, propósito e humanidade comum, transcorrendo em menor senso de cuidado em saúde durante a pandemia, afetando a qualidade do cuidado em saúde exercido. No entanto, também se observou que indivíduos com bons níveis de espiritualidade tendem a ter maiores níveis de humanidade comum, transcorrendo-se em menor impacto do estresse da pandemia e mais bem cuidado em saúde.

Esses impactos na saúde mental podem ser destrinchados, já que estudos demonstram que em diversas populações há relações significativas em severidade de sintomas de depressão, como também há no contexto geral da saúde mental através do impacto na esperança mediado pelo sentido na vida, e por fim, em um bem-estar subjetivo mediado pelo medo, transcorrendo-se em impacto na satisfação com a vida, que denota em uma tendência de suicidalidade que tem relações com impacto no propósito de vida (Costanza *et al.*, 2020; Bamonti *et al.*, 2016).

Apesar dessas associações negativas, salienta-se que uma interligação entre espiritualidade, coping religioso e sentido da vida poderia proporcionar saúde mental, mesmo em um contexto de pandemia, já que Jin *et al.* (2022) demonstram que a espiritualidade e o sentido da vida através da esperança medeiam o coping religioso positivo através de fortalecimento de algumas práticas como prática de higiene pessoal, busca de apoio e reavaliação positiva.

Esses contextos de preservação da saúde mental poderiam ser aumentados na perspectiva do profissional de saúde, com sistemas de saúde menos opressivos e organizações profissionais mais estabelecidas em um prospecto de atuação com a justiça social como pertencente ao propósito do fazer saúde. Além da chamada ação social na qual o cuidado em saúde é pautado numa busca por saúde comunitária, coletiva, que produza não só o processo existencial, ou seja, de sobreviver, mas que se transforme numa busca pelo viver com sentido da vida sensível, na perspectiva da esperança (Currin-Mcculloch *et al.*, 2022).

Nesse entendimento, mostramos que há uma complexa interconexão entre espiritualidade, sentido da vida e saúde mental, especialmente em tempos de crise como a pandemia de COVID-19. Assim, destacamos a importância do sentido da vida como um fator protetor contra o impacto negativo de eventos traumáticos, mediando a resiliência e o bem-estar subjetivo. Além disso, é pertinente ressaltar a influência da espiritualidade e do apoio familiar na construção desse sentido, tanto a nível individual quanto coletivo. Outrossim, é importante observar que o sentido da vida não apenas afeta a saúde mental dos indivíduos, mas também influencia o cuidado em saúde e essa circunscrição é necessária para promover uma abordagem de saúde que integre espiritualidade, sentido da vida e justiça social, sendo fundamental para preservar o bem-estar psicológico e promover uma resposta resiliente às adversidades.

2.5 Produção de sentido

Numa perspectiva espiritual/religiosa, como produzimos sentido através de algo que independe da razão? A resposta inicial se dá por meio das narrativas de Freud (1927), sobretudo quando há o desejo como produção de sentido através da eficácia das doutrinas religiosas em um contexto da ilusão, numa necessidade de proteção através do subjetivo, de um algo superior que proporcione conforto em existir sentido para algo não compreendido, como o sofrimento, como o vazio existencial. Por isso a religião é um algo primordial para a produção de sentido, aliás, é a sua função principal, mediado por instituições religiosas que objetiva os processos não conscientes de construir sentido.

A produção do sentido se dá no subjetivo do prospecto da espiritualidade, numa perspectiva de compreender o complexo contexto humano de pensar e agir para realocar-se nas vivências. Nessa circunstância ainda há a necessidade de compreensão do ambiente social como constituidor da produção de sentido, numa configuração direta nos desejos do ser, como uma

relação de coerência entre ser e estar no mundo. Frankl e Lapenta (1989) denotam em seus estudos que o sentido é constituído inicialmente de busca pela sobrevivência e continuada por uma transcendência que estaria disposta em condições complexas do viver, com isso acarretaria orientação para um objetivo de coisa ou de algo. Numa perspectiva do ambiente social, há as determinações que permeiam a busca do sentido e sua produção, exercendo dúvidas, como: que sentido tem a vida? Mas a inquietação para a experiência do viver nos proporciona produzir esse sentido.

Há uma necessidade de se construir sentidos, pois não existe sentido pronto, dado, e isto acontece com descobrimento de sentimentos, contextos antropológicos, contextos espirituais e suas repercussões, como o sofrimento. O sofrimento pode construir sentido através de um desejo que exista, como forma de sobreviver. Frankl e Lapenta (1989), contam em seu livro *Um sentido para a vida* a partir de vivências em campos de concentração de Auschwitz e Dachau, para exemplificar a produção de sentido por meio do desejo: “[...] as coisas mais idôneas para a sobrevivência nos campos de concentração eram as orientadas para o futuro – para uma tarefa ou para uma pessoa que, durante a espera, eram projetadas no futuro e para um sentido da vida que posteriormente iriam realizar” (Frankl; Lapenta, 1989, p. 28).

A produção de sentido também está nas vivências no sentido do que foi vivido e nos acontecimentos no sentido que está sendo vivido, numa perspectiva de encontros e desencontros com um mundo sensível. Andrade (1999) em seu livro *Corpo e Psicanálise* esclarece que “o sentido reside em lugar nenhum, mas que se produz quando se processam articulações ou discriminações operadas por alguma coisa que afeta, que impressiona”. Portanto, mira-se que a produção deste sentido está permeada também pelas afeições produzidas em vínculos constituídos, em articulações do inconsciente seja numa realidade imaginada ou numa ação numa realidade existente, ou até mesmo nas relações sensíveis de contemplação do ambiente.

Na contemporaneidade há diversas mudanças que objetificam o viver, retiram conforto para um sentido, e constituem dúvidas existenciais, como tecnologia exacerbada, ideologias embasadas historicamente sendo constituídas de dúvidas, favorecendo a “morte ideológica” destas e ou até mesmo uma “contra ressignificação”, a não essencialidade do ser como sujeito constituído de valores e a valorização exacerbada do ter perpetuada por sistemas econômicos e sociais existentes. Esses contextos propõem um vazio existencial não sentido, pois é “autoenganado” sobre a solidão ali existente através do ter, do prazer imediato, constituindo um estranhamento da dimensão do sensível (dimensão constituidora de sentido). Com isso há o

vazio existencial imputado por um sistema de vida não amplamente difundido pelo sensível, constituindo uma “solidão desamparada” (Carneiro; Abritta, 2008).

Numa perspectiva de disfunção de um ambiente dado como normal, mesmo em condições provocadoras de vazio existencial já existente só pelo sistema de vida ser o que é, há uma exacerbação desse processo de solidão desamparada, que se constitui em mais dúvidas sobre o porquê viver e mesmo que haja sentido para sobreviver, há sentido para viver em determinados sofrimentos? Como por exemplo uma pandemia.

Essa perspectiva demanda maior produção de sentido da vida, sobretudo quando falamos no enfrentamento dos desafios impostos por uma realidade conturbada por terminalidades. Dessa forma, Frankl e Lapenta (1989) denominavam esses contextos como busca por essência que capacita para enfrentamento dos sofrimentos não evitáveis. Caso a essência não seja atingida, como propósito mesmo, gerariam consequências que impactavam até a sobrevivência, no caso da pandemia de COVID-19, poderia ser em diversos âmbitos, mas de acordo com os estudos, os mais comuns são ansiedade, depressão, medo, disfuncionalidade na saúde mental e até mesmo terminalidades por suicídio. Mas claro, as consequências são permeadas pelo individual, já que o sujeito é único (Frankl; Lapenta, 1989; Esperandio, 2020; Esperandio, 2022; David *et al.*, 2023).

Especificamente, o medo da morte foi um estressor importante que demonstrou condicionalidades a existência do sentido da vida, reiterando-se numa busca acentuada pelo sentido de sobrevivência, ou seja, uma produção de sentido mediada pelo desespero de não existir, de não mais ser impactada pelos vínculos, domínios sensíveis e sentimentos. Portanto, as terminalidades, o luto existente e a morte próxima foram um constituidor de um “sentido desestabilizado”. Mas em contraposição a isso, também foi produtor de sentido para enfrentamento positivo do cenário existente, da realidade posta para ser vivida, com importante base da espiritualidade para a construção e busca de um propósito e de uma compreensão de momento, seja por uma espiritualidade base em algo superior ou em algo humano do eu (Brooks *et al.*, 2020; Barbosa *et al.*, 2020).

Quando observada a espiritualidade com base em algo superior, é representativo de uma produção de sentido advindo da excepcionalidade e da resiliência que permeia o sentido, que por sua vez, não pode ser “produzido”, pois é constituído através da identificação do desejo em si de existir para além do viver por algo ou alguém, e sim em um contexto mais complexo de existir por autotranscendência (Frankl, 2013; Pereira, 2007). Nesse sentido, no “algo humano do eu” há uma existencialidade da subjetividade que pode camuflar o sofrimento, advindo por

exemplo do medo do COVID-19 não externalizado, ou seja, quando não compreendido o próprio contexto subjetivo de pressupostos para se produzir sentido da vida, numa perspectiva da não liberdade do sentido, a partir disso, suas subjetividades são despersonalizadas.

Dessa forma impede o significado a sua subjetividade, como também não norteia o sujeito para o entendimento do eu existente, processando-se na não existência. Portanto, numa perspectiva do sujeito, incluso a racionalidade da subjetividade e da personalização, há que existir um contexto de entendimento do eu, da liberdade e significação do que se sente para que haja produção de sentido da vida. Decorrem desses entendimentos do eu e da espiritualidade para uma resiliência os processos de sentido da vida e progressivamente a satisfação ao viver (Frankl, 2013; Pereira, 2007).

Esse contexto perpetua-se nos profissionais de saúde que em atuação na linha de frente, enfrentavam e observavam de perto a terminalidade da vida e além disso, carregavam o medo de infectar para outros sujeitos, denotando possíveis danos morais e éticos mediados pela culpa que se encontra intrínseca não condicionada pela racionalidade, principalmente para um contexto familiar desses profissionais. Assim, a espiritualidade, nesse contexto, é ainda mais importante para subsidiar o sentido da vida, pois significa a contínua reprodução desse sentido e ou resignificação do sofrimento desamparado, numa prospecção de oferecer-se pelo bem comum, numa perspectiva de utilidade para humanidade, salientando um processo de encorajamento ao enfrentamento às adversidades e ainda mais, a um processo potencializador de autocuidado espiritual. Os sentidos são mutáveis, portanto, quando se pode mudar uma realidade por inteira, a espiritualidade proporciona o mudar-se em si mesmo, resignificando o sentido, para encontrar sentidos outros que proporcionem propósito, compreensão e valorização (Carneiro; Abritta, 2008; Sena; Silva, 2023).

Acudido nessa linha de raciocínio e amparado em todo esboço teórico pesquisado, nosso esforço reflexivo buscou contribuir para uma intersecção de saberes científicos sobre E/R e saúde, com foco no ser humano, de maneira mais específica junto a médicos infectologistas, em tempos de pandemia de COVID – 19, num hospital referência em doenças infectocontagiosas, não somente para reconhecer as adversidades enfrentadas na pandemia, mas também para perceber as nuances desse cotidiano laboral que corrobora com a saúde mental desses profissionais em Saúde.

Rememoremos a hipótese principal de nossa pesquisa onde versa que: “a maioria dos médicos infectologistas que atuaram na assistência à saúde do paciente suspeito e/ou confirmado de COVID-19, no período da pandemia, acharam relevante a E/R no seu cotidiano,

em especial nos aspectos laborais”. Hipótese que foi confirmada e poderá ser observada na discussão desta pesquisa. Portanto, foi nesse entendimento que buscamos compreender como a E/R repercutiu na vida do profissional médico infectologista e no atendimento à saúde dos pacientes suspeito e/ou confirmado de COVID-19 no período da pandemia.

Assim como, uma fundação firme assentada num imbricado de saberes este nosso esforço científico vem subsidiar uma assistência à saúde mais humana, com reconhecimento da dignidade do homem em sua completude, na sua integralidade e na compreensão ética dos indivíduos. Tudo isto contraído por intermédio do passo cadenciado e profícuo da relação entre Ciências das Religiões e Ciências da Saúde. É um olhar que possui um campo de visão mais ampliado capaz de enxergar mais daquilo que acontece no horizonte.

Por falar em horizonte, veio-nos à mente o fragmento de uma imagem do nosso ordinário laboral, como uma tela barroca do pintor e gravurista holandês Rembrandt (1606 – 1669), onde um profissional de saúde portando jaleco branco sobre o corpo e uma prancheta apoiada no antebraço direito estava parado a porta de uma enfermaria da ala de infectologia e olhava, em sua distância, quatro leitos ocupados onde num destes um enfermo fitava seu olhar emagrecido e de coloração escura no horizonte como o salmista do texto sagrado cristão que falava: “Elevo os meus olhos para os montes: de onde virá o meu socorro?” (Bíblia, A.T. 2010, p. 997).

É fato que o Monte ali não havia, entretanto só ele tinha a esperança do socorro vir, ou certeza deste não vir, só ele cria se seu socorro brotava da imanência e/ou da transcendência. Eram dores, esperanças, crenças únicas e particulares que se encontravam no cenário pandêmico. Talvez num outro momento este evento não teria acontecido e a nossa frieza ocupacional nem tivesse nos feito perceber que mais alguém além de nós passava também pelas relações dor e conforto, doença e cura, vida e morte.

Nesse fundo de tela damos destaque a três especialidades da saúde, a enfermagem pelo cuidado direto com o paciente e ter de lhe dar ininterruptamente com a fragilidade do homem; a infectologia como especialidade médica que toma para si os novos desafios que continuam a surgir, como a pandemia de COVID-19 e, a Psicologia que dava suporte ao profissional e ao paciente, mas também precisava do suporte de sua própria ciência. Esta última dentro de sua área de atuação ofereceu relevantes contribuições para o enfrentamento das sequelas deixadas pela doença COVID-19 e pelo período pandêmico. A atuação da psicologia tem íntima relação com nossa pesquisa no que tange à saúde mental, uma vez que aquela busca minimizar implicações negativas, promover essa saúde mental imersa num processo de mudanças bruscas,

de perdas e de transformações que foi intensificado no período pandêmico (Schmidt *et al.*, 2020). Já refletimos sobre isto anteriormente.

Adiante, vamos conhecer o método pelo qual se estruturou e seguiu esta nossa pesquisa que ambiciona o aperfeiçoamento da assistência à saúde ocupacional e do usuário de um serviço de saúde independente se entidade pública ou privada. É no percurso metodológico traçado no capítulo adiante que trouxemos a ambiência do local da pesquisa e seus instrumentos, além dos demais aspectos necessários à produção dos dados que tornaram possível este estudo.

CAPÍTULO 3 – O PERCURSO METODOLÓGICO DA TESE E A INSTRUMENTALIDADE DA PESQUISA

Das situações mais peculiares que nós pesquisadores nos deparamos é a escolha metodológica que nos mostrará as evidências de um tema que já nos levou muitas horas de leitura. Inicialmente porque necessitamos de um método que não apenas dê validade às conjecturas, sobretudo porque sem sonhos, cremos que dificilmente chegaremos a algum lugar. Depois, por assim dizer, o mais técnico dos estudos necessita mostrar os caminhos percorridos e que permitiram alcançar os resultados pretendidos (ou não). Ou seja, significa dizer que nos dados mais concretos obtidos de forma objetiva jazem subjetividades, bem como naquelas respostas mais subjetivas, certamente encontraremos elementos objetivos.

Por essa linha de raciocínio, seguimos então para delinear o percurso metodológico e em seguida a trajetória. Assim concordamos que um conjunto de processos que permitem a sistematização de dados críticos e empíricos é para Sampieri *et al* (2013) o que define uma pesquisa científica, no entanto, mesmo esses autores não se pretendem reducionistas e trazem um manual riquíssimo acerca das abordagens possíveis do “fazer pesquisa” na academia, o que nos leva quase que instantaneamente a lembrar os escritos do medievalista italiano Umberto Eco em sua obra *Come si fa una tesi di laurea* (1977), publicada no Brasil em 2008 e que inspirou muitos acadêmicos brasileiros.

As palavras do professor italiano davam conta de que muitos estudantes nos anos finais do ensino superior padeciam de dúvidas, sobretudo quando falamos sobre o tema, mas sugere adiante que a escolha seja feita de maneira muito honesta consigo mesmo e que “[...] o tema responda aos interesses do candidato (ligado tanto ao tipo de exame quanto às suas leituras, sua atitude política, cultural ou religiosa)” (Eco, 2008, p. 6), lembrando que ao se referir ao termo “exame”, o autor quis dizer “disciplina à qual será submetida a tese”.

Tomamos os bons conselhos de Eco (2008) e o parecer técnico apontado por Sampieri *et al.* (2013) para nessa pequena introdução que antecede ao que chamamos de “instrumentalidade da pesquisa”, explicar que o traçado metodológico dessa pesquisa evidencia que se trata de um estudo de alcance exploratório, de método transversal e de enfoque quali-quantitativo, cuja temática está longe de se esgotar apesar da rica literatura que aborda o binômio da linha “espiritualidade e saúde”, ainda que poucos tratem da espiritualidade/religiosidade dos médicos infectologistas no período da pandemia de COVID-19. Além do mais, estudar a E/R desses profissionais em Saúde do CHCF é para nós, uma questão paradoxal, pois se por um lado

estamos inseridos no mesmo ambiente laboral, significa que enquanto pesquisamos nos sentimos parte desse lugar e dessa fala, bem à moda de Eco (2008), o que pugna por respeito aos limites do pesquisador. Por outro, buscamos por meio de um questionário arguir questões que normalmente não são assuntos de conversas profissionais, isso bem à moda dos metodólogos, ou seja, o trazer as lentes para enxergar por trás das aparências.

Um estudo exploratório se remete a temas pouco estudados ou mais específicos, dizem Sampieri *et al.* (2013), que mais adiante apontam para o fato de que quando a revisão da literatura não é suficiente para explicar aquilo que queremos nos aprofundar ou trazer à tona questões mais profundas. E mais, quando desejamos novas abordagens sobre as quais existem orientações e ideias vagas, utilizamos esse tipo de pesquisa. E dizem os autores esse tipo de estudo serve inicialmente para nos familiarizarmos, para explorarmos.

No que tange ao “método transversal” ou “desenho de pesquisa transversal” é preciso compreender que advém de estudos não-experimentais, que por sua vez, ao contrário da pesquisa experimental, na qual as variáveis são constantes, as pesquisas não experimentais são realizadas durante o estudo e tem como uma das características principais, o fato de que o pesquisador não consegue controlar ou manipular os sujeitos, ou seja, há o critério de inalterabilidade. Também porque são estudos que se baseiam em interpretações ou observações para chegar a uma conclusão, dizem Sampieri *et al.* (2013). Assim, os desenhos de pesquisa transversal “coletam dados em um só momento, em um tempo único. Seu propósito é descrever variáveis e analisar sua incidência e inter-relação em um momento determinado, é como tirar uma fotografia de algo que acontece (Sampieri et al., 2013, p. 172).

Ainda de acordo com o pensamento de Sampieri *et al.* (2013), as pesquisas surgem de ideias, independente da abordagem ou dos parâmetros que seguimos. Por esse entendimento afirmam que o enfoque qualiquantitativo, também conhecido por muitas nomenclaturas, entre elas: “pesquisa integrativa” (Jonhson; Omwnegbuzie, 2004), “de triangulação”, “multimétodos” (Hunter; Brewer, 2003; Morse, 2003) e “pesquisa mista”. Acerca disso, Creswell (2014, p. 3), sobre isso, disserta “um estudo tende a ser mais qualitativo do que quantitativo ou vice-versa. A pesquisa de métodos mistos se encontra no meio deste *continuum* porque incorpora elementos de ambas as abordagens qualitativa e quantitativa”.

Diante do exposto, e após delinear o que chamamos de “percurso metodológico”, passamos para etapa de instrumentalização, na qual o leitor vai se familiarizar com o cenário e os dados obtidos pelas ferramentas que utilizamos para alcançar as amostras.

3.1 Local

Esta pesquisa teve como campo de realização para coleta de dados o CHCF, estabelecimento assistencial de saúde pertencente à rede estadual de saúde da Paraíba (PB), localizado na capital do estado mais precisamente no histórico bairro do Jaguaribe. Neste estabelecimento de saúde, de 64 anos de existência, é prestada assistência aos portadores de doenças infecto contagiosas, sendo referência para Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) / Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), tuberculose e hanseníase, assim como, aos portadores de outras patologias a depender da necessidade estadual, como é o caso do atendimento aos pacientes graves de infecção por SARS-CoV-2, infecção pela varíola dos macacos/monkeypox (Mpox) e os casos da febre hemorrágica Ebola. Deste último não tivemos nenhum caso registrado, mas o serviço foi todo adaptado a situação.

Como uma pequena cunha no assunto em questão, temos a alegria de informar de nossa participação na elaboração dos planos de contingência estadual e hospitalar para o atendimento do Ebola, da Mpox e da COVID-19. Estando dispostos nos anais da secretaria de estado da saúde da Paraíba e do CHCF.

A República Federativa do Brasil, via Ministério da Saúde e através da Secretaria de Vigilância em Saúde, realiza a vigilância (coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde) da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no país, desde a pandemia de Influenza A por H1N1. Sendo depois, a vigilância de SRAG implantada na Rede de Vigilância de Influenza e outros vírus respiratórios. No ano de 2020, ano de confirmação do primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus no Brasil, a vigilância da COVID-19 é ajuntada à Rede de Vigilância de Influenza e outros vírus respiratórios (Brasil, 2020c).

O Ministério da Saúde em 13 de maio de 2022, por meio da Portaria GM/MS nº 1.102, inclui o Sars-CoV-2 na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, no item da SRAG associada à coronavírus, juntamente com outras Síndromes associadas à COVID-19 (Brasil, 2022).

O CHCF registrou em 2020 a notificação de 510 casos de SRAG por COVID- 19, sendo o ano de maior registro, até o momento. Em 2021 foram notificados 395 casos de SRAG por COVID-19. E no ano de 2022 a notificação registrou 214 casos de SRAG por COVID-19. No

período referente aos três anos, foram notificados 1.119 casos de SRAG por COVID-19 (CHCF, 2023).

Tabela 4 - Casos notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) no período de 15 março de 2020 a 31 de dezembro de 2022

Anos	Casos de SRAG por COVID-19
2022	214
2021	395
2020	510
TOTAL	1.119

Fonte: CHCF, 2023.

A respeito dos óbitos confirmados por COVID-19 segundo a faixa etária, conforme Tabela 5 abaixo, o CHCF historiou os seguintes dados: em 2022 foram 10 óbitos em pacientes com 80 anos à acima; 7 óbitos em pacientes entre 65 e 79 anos de idade; 3 óbitos nas idades entre 50 e 64 anos e; 2 óbitos entre pessoas de 35 a 49 anos. No ano de 2021, foi registrado 18 óbitos em pacientes com 80 anos à acima; 43 óbitos em pacientes entre 65 e 79 anos de idade; 38 óbitos nas idades entre 50 e 64 anos; 2 óbitos entre pessoas de 35 a 49 anos e; 10 óbitos entre pessoas de 20 a 34 anos. No ano de 2020, fora registrado 38 óbitos em pacientes com 80 anos à acima; 68 óbitos em pacientes entre 65 e 79 anos de idade; 43 óbitos nas idades entre 50 e 64 anos; 27 óbitos entre pessoas de 35 a 49 anos; 04 óbitos nas idades entre 20 e 34 anos e, 1 óbito na faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Durante os três anos de pandemia, no CHCF foram registrados 314 óbitos por COVID-189 (CHCF, 2023).

Tabela 5 - Número de óbitos confirmados por COVID-19 por faixa etária no período de 15 março de 2020 a 31 de dezembro de 2022

Anos	15 - 19	20 - 34	35 - 49	50 - 64	65 - 79	80 e +	Total
2022	00	00	02	03	07	10	22
2021	00	10	02	38	43	18	111
2020	01	04	27	43	68	38	181
Total	01	14	31	84	118	66	314

Fonte: CHCF, 2023.

Como já foi dito os dados acima refletem a realidade de nosso campo de pesquisa e nela nossa amostra se encontrou imersa, mas não apenas, pois, lembremo-nos que além de estarem diretamente ligados à assistência à saúde dos pacientes graves de COVID-19 internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) respiratória do CHCF, ainda assistiam os pacientes portadores de outras infecções (HIV/ AIDS, hanseníase, hepatites virais, tuberculose e outras) atendidas pelo CHCF nas suas demais áreas assistenciais, como as clínicas médicas, o hospital dia, o pronto atendimento, o serviço do ambulatório e a UTI geral.

Queremos com isto ressaltar que além dos vitimados pelos SARS-CoV-2, estes médicos infectologistas ainda tinham sob suas responsabilidades o acompanhamento da saúde de tantos outros usuários internos ou não, assim como, também, dos colegas profissionais da saúde, todos igualmente susceptíveis ao COVID-19. Lembremos que o ambiente hospitalar se configura como um cenário evidente de risco para transmissão de doenças infectocontagiosas, com probabilidade de surtos e comprometimento dos mais vulneráveis (neste grupo se encontram as pessoas idosas, imunocomprometidas, profissionais de saúde e outros grupos de risco).

3.2 Amostra

A amostra dessa pesquisa é a de profissionais médicos infectologistas, da rede estadual de saúde e que prestam assistência hospitalar aos portadores de casos graves da COVID-19 no hospital de referência estadual para as doenças infectocontagiosas. Participaram deste estudo 20 profissionais da referida amostra, totalizando 100% da categoria da especialidade médica em questão no período da coleta de dados. Tratou-se, portanto, de uma amostragem muito específica e totalizante do universo objetivado para o estudo.

3.3 Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro semiestruturado, organizados em blocos de perguntas objetivas e um bloco de dez perguntas subjetivas que tomam para si uma real importância nesta pesquisa e, por conseguinte, nas tomadas de decisões em saúde, uma vez que

se constituem como disparadores de crenças, além de tudo, sendo pertinentes ao momento da pandemia e à amostra estudada.

O roteiro de perguntas “Questionário COVID-19: Espiritualidade/ Religiosidade do profissional de saúde”, sendo composto por perguntas que buscam angariar informações e conhecimentos de nossa amostra a respeito dos seguintes aspectos: “características sociodemográficas”, abrangendo questões referentes ao sexo, idade, estado civil, localização, bem como perguntas relacionadas à E/R e afiliação religiosa, renda, escolaridade e cor de pele. Permitindo-nos assim um conhecimento base das características da população em estudo e caracterizando o perfil de nossa amostra, mediante perguntas sobre: gênero/afiliação religiosa/ renda/ cor de pele e outras.

Segue a este um agregado de perguntas referente a “Escala de Satisfação com a vida (ESV- 5 itens)”, que objetiva analisar o julgamento dos indivíduos a respeito do quão estão satisfeitos com suas vidas. A referida medida, foi desenvolvida por Diener (et al., 1985), sendo composta por 5 itens, de natureza global, cujas respostas são dadas em uma escala tipo Likert de sete pontos, onde os participantes mostram seu grau de concordância -1 (Discordo Totalmente) a 7 (Concordo Totalmente). “Nesse sentido, são os próprios respondentes, em lugar dos pesquisadores, quem elegem que domínios deverão ser considerados no momento de expressar a satisfação geral com suas vidas, tendo em conta seus próprios interesses e valores” (Gouveia, *et al.*, 2005, p. 299). Respondendo perguntas como “Na maioria dos aspectos minha vida é próxima ao meu ideal? / As condições da minha vida são excelentes? / Estou satisfeito com a minha vida?” Assim, levantar a satisfação dos médicos infectologistas que prestaram assistência à saúde dos pacientes suspeitos ou confirmados por COVID-19 no período da pandemia é relevante para esta pesquisa uma vez que nos permitirá compreender a forma como as pessoas se julgam acerca do quanto estão satisfeitas com suas vidas, considerando os interesses e os valores de cada respondente.

Sobre o “Mal-estar espiritual” é constituído de 09 itens, assim batizada em discussão apurada e comum acordo com nossa orientação. Trata-se de uma derivação da Escala de Lutas Religiosas e Espirituais composta de 26 itens (RSS- 26 itens) compreendendo uma versão estendida, e que realiza a avaliação da presença de seis tipos de lutas espirituais, categorizadas em estratos: intrapessoais, interpessoais e sobrenaturais. Esperandio (*et al.*, 2022) que realiza a adaptação e validação brasileira da escala de lutas religiosas e espirituais (RSS) – em suas duas versões, ressalta que estas demonstraram confiabilidade, podendo ser aplicado em clínicas e em outros contextos de pesquisa (Esperandio *et al.*, 2022). Neste bloco se responde perguntas

como: Senti culpa por não viver de acordo com minhas crenças e valores morais? / Senti raiva de Deus? / Questionei-me se a vida realmente tem importância? Tal levantamento atende aos objetivos desta pesquisa porque coletar informações que nos permite compreender a relação entre E/R, o “mal-estar espirituais” (de ordem moral, interpessoal e de sentido) e a produção do CER.

“Escala Breve de Coping Espiritual/Religioso – SRCOPE-14” é composta pela Escala Breve de Coping Espiritual criada por Pargament *et al.* (2011), refere-se a uma medida constituída por 14 itens que envolve o enfrentamento religioso do estresse sendo sete referentes ao CRE positivo e os outros sete as estratégias de CRE negativo. No Brasil a referida escala foi validada por Esperandio (et al., 2018) apresentando com resultado positivo de confiabilidade em seu processo de validação, podendo ser bastante útil quando se busca conhecer melhor a forma como as pessoas faz uso do CRE no atitude do enfrentamento do estresse e do sofrimento. Respondendo a perguntas como “Procurei uma ligação maior com Deus? / Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva? / Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado?” Este construto está incluído dentre os objetivos desta pesquisa, e este questionário é específico para se aferir os dois tipos de CER (o positivo e o negativo) refletindo sobre quando a E/R foi utilizada como recurso para o enfrentamento (coping) do estresse e do sofrimento.

“Centralidade da religiosidade”, constituída pela Escala da Centralidade da Religiosidade de 5 itens (CRS-5BR), a qual se refere a versão mais curta da ECR de Huber e Huber (2012), validada no Brasil e bastante adequada quando há demanda de uma coleta de dados mais simples e célere. A título de informação a ECR foi aplicada em 25 países, inclusive o Brasil, e apresentou como resultados a altamente religiosidade da população brasileira (Esperandio, et al., 2019). Respondendo a perguntas como: Com que frequência você costuma participar de serviços religioso (cultos, missas, sessões, estudos bíblicos, reuniões, grupo de oração etc.)? Até que ponto você acredita na existência de Deus ou de algo divino? Com que frequência normalmente ora/ reza? Este instrumento de medida permite medir a influência de E/R sobre os sentimentos, cognições e ações dos indivíduos.

Para “Crenças e atitudes”, a escala de crenças e atitudes foi resultado das discussões do grupo de pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) coordenado pesquisadora na temática da Espiritualidade e Saúde e professora adjunta no Programa de Pós-Graduação em Teologia e no Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR, a professora Mary Rute Esperandio.

Respondendo a perguntas como: “Neste contexto da pandemia, você já pensou ou pensa – em pôr fim à própria vida? / Durante a pandemia de COVID-19, você sentiu a necessidade de uma busca maior da espiritualidade, exemplo, você pensou mais profundamente sobre o sentido da vida? / Você utilizou da espiritualidade como uma estratégia no manejo de pacientes infectados/as por COVID-19?” Este roteiro de perguntas permite verificar, nesta pesquisa, como a dimensão da E/R pode ser compreendida e integrada no cotidiano dos médicos infectologistas que prestaram assistência à saúde dos pacientes suspeitos ou confirmados por COVID-19 no período da pandemia.

“E/R no contexto da COVID-19” constituídos de dez perguntas subjetivas sobre E/R no contexto pandêmico da COVID-19. Para a construção deste bloco em específico utilizamos da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) que se trata de uma técnica projetiva onde se busca por meio da apresentação de estímulos manifestar os aspectos mais subjetivos do indivíduo, sua personalidade e/ou suas representações acerca de determinado objeto (Coutinho; Bú, 2027; Neves et al., 2014). Nesta pesquisa foi solicitado aos respondentes é solicitado aos entrevistados que expressem quais as primeiras ideias que lhe vêm à mente quando ouve ou pensa sobre: “Estou preparado para trabalhar na pandemia da COVID-19? Espiritualidade e religiosidade?; Os profissionais de saúde deveriam receber amparo religioso (ou espiritual) dentro do serviço de saúde?”. Abaixo de cada estímulo há espaços tracejados e enumerados, acolhendo as respostas de forma sequenciada para manutenção do critério de ordem de aparição das respostas. Nossa intenção com este bloco de perguntas é o de verificar a subjetividade na identificação da influência da E/R no cotidiano de nossa amostra (Neves et al., 2014).

3.4 Procedimentos

A coleta de dados da amostra escolhida ocorreu de modo presencial nas dependências do CHCF após autorização prévia da instituição, da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o parecer de Nº 5.439.644, após a concordância da assinatura pelos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Aos participantes foi informado o caráter voluntário da pesquisa, bem como os riscos e benefícios, a possibilidade de desistência a qualquer momento da coleta e o contato do

pesquisador. Dessa forma, a pesquisa seguiu todos os preceitos éticos recomendados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) mediante as determinações da resolução 466/12.

Compreende-se como critério de inclusão: a participação voluntária, ser maior de 18 anos, identificar-se como profissional médico infectologista, sendo condição, além dos critérios explicitados, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quanto aos critérios de exclusão: ser menores de 18 anos, profissional de saúde não médico infectologista (por exemplo, médicos de outras especialidades).

Os instrumentos foram aplicados num encontro único com cada participante, respeitando o tempo de cada um para leitura pessoal e seu preenchimento. É mister salientar que a aplicação deste instrumento se deu de forma assistida pelo pesquisador, pois de outra maneira não seria possível obter o número necessário amostral mediante o volume de trabalho que cerca o médico infectologista neste hospital. Serviço de saúde que apresenta uma grande demanda para este profissional.

Os dados quantitativos foram tabulados, calculados, categorizados e analisados no software IBM SPSS (versão 24) como um ferramental de informática importante que realiza análises estatísticas de forma rápida e confiável. Foram realizadas estatísticas descritivas (valores mínimo e máximo, média, desvio-padrão, frequências absolutas e porcentagens) para a caracterização da amostra e para traçar o perfil dos participantes dos construtos avaliados. Com objetivo de investigar as relações entre as variáveis estudadas, foram calculados coeficientes de correlação Rô de Spearman e Correlação ponto bisserial. Utilizando como nível de significância $p < 0,05$ para todas as estatísticas inferenciais (Sousa, 2019; Ferguson, 1981).

As informações obtidas com as entrevistas foram processadas pelo *software*, gratuito, *Iramuteq* (Interface de *R* pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), desenvolvido por Pierre Ratinuad. O *Iramuteq* permite ao usuário/pesquisador a análise de conteúdo, via análise simultânea de textos pelo cálculo de frequência de palavras, isto dentro de um espectro amplo que transita desde uma análise lexicográfica básica, até as multivariadas. A título de informação esta pesquisa buscou trabalhar com a nuvem de palavras, classificação hierárquica descendente, análise fatorial por correspondência e a análise de similitude. É mister ressaltar que o *Iramuteq* se configura como método de pesquisa qualitativa e quantitativa (Camargo; Justo, 2013; Viegas; Boralí, 2022).

CAPÍTULO 4 – MOSTRANDO OS DADOS, OS RESULTADOS E A DISCUSSÃO

4.1 Perfil da amostra

Dentre os 20 participantes da amostra, a maioria do sexo feminino ($f = 15$; 75%), com idades entre 34 e 60 anos ($m = 43,5$; $dp = 7,05$) e grande parte dos participantes eram casados ($f = 18$; 90%) e residentes na cidade de João Pessoa, capital da Paraíba ($f = 18$; 90%), com renda mensal de mais de 8 salários-mínimos ($f = 18$; 90%), com pós-graduação ($f = 17$; 85%) e cor de pele autodeclarada branca ($f = 14$; 70%). Na época da coleta, 45% tinham sido infectados pelo vírus da covid-19 e todos tomaram 2 doses da vacina e uma dose de reforço. A Tabela 6 a seguir, sumariza os resultados dessa caracterização sociodemográfica.

Tabela 6 - Frequências das características sociodemográficas dos profissionais ($N = 20$)

Variáveis	F	%
Sexo		
Masculino	5	25%
Feminino	15	75%
Idade		
Entre 34 e 40	8	45%
Entre 42 e 46	6	30%
Entre 47 e 60	5	25%
Localização		
João Pessoa	18	90%
Cabedelo	1	5%
Campina Grande	1	5%
Estado Civil		
Casado(a)	18	90%
Solteiro(a)	1	5%
Separado(a)/Divorciado(a)	1	5%
Renda Mensal		
Entre 4 e 8 salários-mínimos	1	5%
Mais de 8 salários-mínimos	18	90%

Prefiro não informar	1	5%
Pós-graduação		
Não	3	15%
Sim	17	85%
Cor de Pele autorreferida		
Branca	14	70%
Parda	6	30%
Infectou-se com Covid-19		
Sim	9	45%
Não	10	50%
Não sei	1	5%

Nota: f = frequência absoluta; % = porcentagem.

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

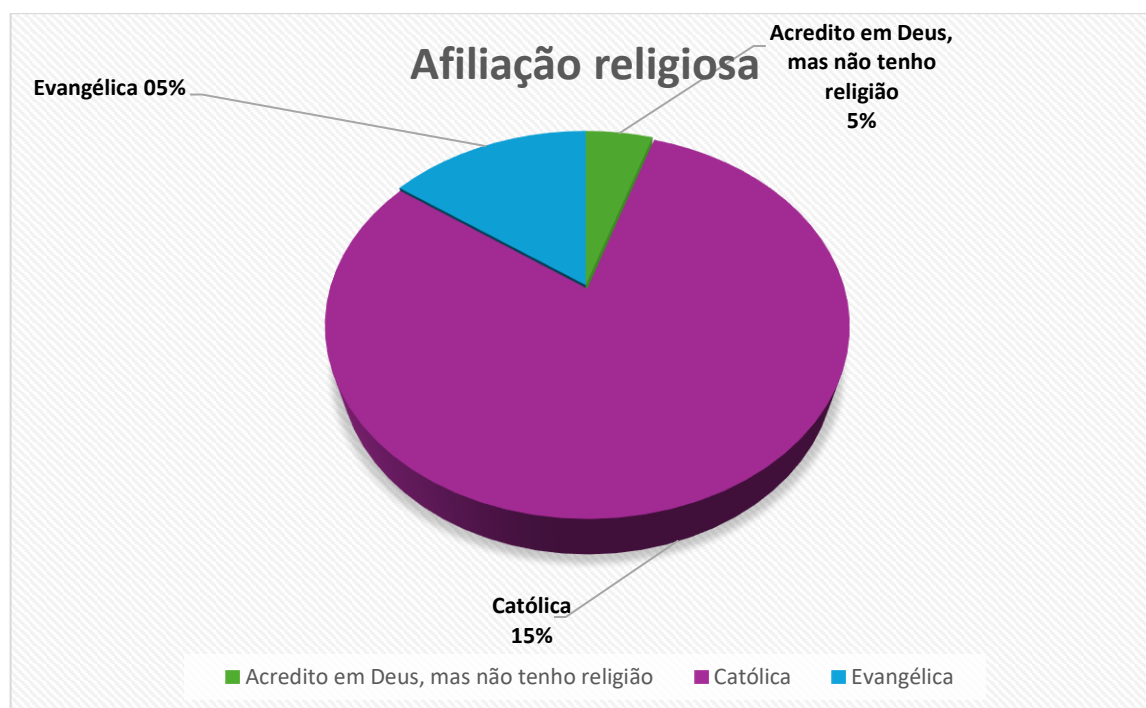
Em relação a religiosidade, a maior parte afirmou ser espiritualizada, mas não religiosa (f = 6; 33%) e de afiliação católica (f = 16; 80%), como está detalhado nos gráficos 1 e 2, adiante:

Gráfico 1 - Religiosidade e espiritualidade dos profissionais (N = 20)



Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Gráfico 2 - Afiliação religiosa dos profissionais (N = 20)



Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023)

4.2 Respostas da amostra nos instrumentos aplicados

As respostas estão apresentadas de forma detalhada por meio das estatísticas descritivas dos participantes nas seguintes escalas, isto é: (1) Escala de Satisfação com a vida (ESV- 5 itens), (2) Escala de Mal-estar Espiritual (9 itens), (3) Escala Breve de Coping Espiritual/Religioso – SRCOPE-14, (6) Escala da Centralidade da Religiosidade - ECR (5 itens) e o questionário que relacionou espiritualidade com o contexto pandêmico denominado de “bloco de Crenças e Atitudes”. O demonstrativo da (1) Escala de Satisfação com a vida (ESV- 5 itens) apresentado a Tabela 7 adiante inicia a sequência das estatísticas apuradas.

(1) Escala de Satisfação com a vida (ESV- 5 itens)

Tabela 7 – Estatísticas descritivas da Satisfação com a Vida

	M.	D.P.	Mín.	Máx.
1. Na maioria dos aspectos minha vida é próxima ao meu ideal	5,50	1,235	2	7

2. As condições da minha vida são excelentes	5,75	1,070	3	7
3. Estou satisfeito com a minha vida	5,65	1,182	2	7
4. Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero na vida	5,80	0,951	3	7
5. Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada da minha vida	4,85	1,461	2	7

Nota: M. = média; D.P. = Desvio-padrão; Mín. – Máx. – Valores mínimo e máximo.

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

As médias nos itens de satisfação com a vida variaram entre 4,85 (item 5. Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada da minha vida) e 5,80 (item 4. 4. Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero na vida), indicando alta satisfação com a vida para todas as questões, dado as médias acima do ponto médio da escala (4).

(2) Mal-estar espiritual (9 itens)

Tabela 8 - Estatísticas Descritivas Mal-estar espiritual

	M.	D.P.	Mín.	Máx.
1. Senti culpa por não viver de acordo com minhas crenças e valores morais	1,60	0,940	1	4
2. Senti raiva de Deus	1,00	0,000	1	1
3. Questionei-me se a vida realmente tem importância	1,40	0,681	1	3
4. Tive conflitos com outras pessoas sobre questões espirituais/religiosas	1,20	0,523	1	3
5. Eu me senti confuso em relação às minhas crenças espirituais/religiosas	1,35	0,671	1	3
6. Senti como se Deus tivesse me decepcionado	1,00	0,000	1	1
7. Senti como se Deus tivesse me abandonado	1,00	0,000	1	1
8. Fiquei preocupado (a) com a possibilidade de minhas ações serem incorretas do ponto de vista moral ou espiritual	1,85	1,182	1	4
9. Eu me senti perturbado (a) por dúvidas ou questões sobre religião e espiritualidade	1,60	0,995	1	4

Nota: M. = média; D.P. = desvio-padrão; Mín. – Máx. – Valores mínimo e máximo.

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

As médias nos itens desse instrumento variaram de 1 (itens 2, 6 e 7) e 1,85 (item 8. Fiquei preocupado (a) com a possibilidade de minhas ações serem incorretas do ponto de vista moral ou espiritual), indicando baixos níveis em lutas espirituais e religiosas da amostra, dado os valores abaixo do ponto médio da escala (2,5).

(3) Escala Breve de Coping Espiritual/Religioso – SRCOPE-14

Tabela 9 - Estatísticas Descritivas dos itens da SRCOPE-14

	M.	D.P.	Min.	Máx.
Coping Positivo				
1. Procurei uma ligação maior com Deus.	4,35	0,813	2	5
2. Procurei o amor e a proteção de Deus	4,40	0,821	2	5
3. Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva	3,75	1,020	1	5
4. Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus	4,40	0,681	3	5
5. Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação	4,45	0,686	3	5
6. Pedi perdão pelos meus erros (ou pecados)	4,30	0,733	3	6
7. Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas	2,47	1,124	1	4
Coping Negativo				
8. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado	1,15	0,366	1	2
9. Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé	1,30	0,657	1	3
10. Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar	1,10	0,308	1	2
11. Questionei o amor de Deus por mim	1,15	0,489	1	3
12. Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado	1,10	0,447	1	3
13. Cheguei à conclusão de que forças do mal atuaram para isso acontecer	1,25	0,639	1	3
14. Questionei o poder de Deus	1,00	0,000	1	1

Nota: M – média; DP = desvio-padrão; Mín - Máx – Valores mínimo e máximo.

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

As médias de coping positivo variaram entre 2,47 (item 7. Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas.) e 4,45 (item 5. Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação). As médias, no geral, foram acima do ponto médio (3,5), com exceção do item 7, indicando que o foco na religião não foi uma estratégia fortemente usada. Nesse contexto, as médias de coping negativo variaram entre 1 (item 14. Questionei o poder de Deus.) e 1,30 (item 9. Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé.) que se mostraram baixas, comparativamente ao ponto médio da escala de resposta.

(4) Escala da centralidade da religiosidade – ECR-5

Tabela 10 - Estatísticas Descritivas dos itens da Escala da centralidade da religiosidade - ECR (5 itens)

	M.	D.P.	Mín.	Máx.
1. Com que frequência você costuma participar de serviços religiosos?	2,80	1,43	1	5
2. Até que ponto você acredita na existência de Deus ou de algo divino?	4,70	0,410	3	5
3. Com que frequência você pensa sobre questões religiosas?	4,40	0,754	3	5
4. Com que frequência você passa por situações nas quais tem o sentimento de que Deus ou ser superior intervém em sua vida?	4,50	0,607	3	5
5. Com que frequência você normalmente ora/reza?	4,80	0,571	4	5

Nota: M. – média; D.P. -padrão; Mín. – Máx. – Valores mínimo e máximo.

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023)

As médias dos itens da ECR variaram entre 2,80 (item 1. Com que frequência você costuma participar de serviços religiosos?) e 4,80 (item 5. Com que frequência você normalmente ora/reza?). Com exceção do item 1, os demais itens apresentaram altas médias de centralidade religiosa comparado ao ponto médio da escala de resposta (3).

4.2.1 Crenças e atitudes

Inicialmente foram feitas perguntas sobre os sentimentos de medo na pandemia com uma escala de 1 a 5. Em relação a pergunta “A ideia de que eu pudesse (ou possa) morrer de

covid-19 causa-me ansiedade, 40% dos participantes assinalaram a opção um pouco, enquanto 30% assinalaram a opção bastante. A respeito da pergunta “A ideia de que alguém próximo (que eu amo) possa morrer de COVID-19 causa-me ansiedade”, observou-se que a maior parte assinalou a opção bastante (45%), e outra grande parcela assinalou a opção muitíssimo (30%). Sobre a pergunta “A ideia de transmitir o vírus de covid-19 a meus familiares causou-me (causa-me) preocupação”, metade da amostra (50%) assinalou a opção bastante.

Em seguida, foram feitas duas perguntas sobre a percepção de causa espiritual da pandemia também numa escala de 1 a 5. A respeito da frase “Acredito que a pandemia é causada por questões espirituais/religiosas”, observou-se que a quase totalidade dos participantes discordaram dessa afirmativa (95%), assinalando a opção nenhum pouco ou não se aplica, enquanto apenas 1 participante assinalou a opção um pouco. Sobre a frase “Acredito que a pandemia é uma forma de punição divina”, a maioria (85%) assinalou a opção nenhum pouco ou não se aplica, discordando a afirmativa

Também foi perguntado se no contexto de pandemia, houve pensamentos de pôr um fim a própria vida. Para essa pergunta, todos os participantes afirmaram que não. Na sequência, algumas perguntas sobre busca espiritual na pandemia foram conduzidas, evidenciando que durante a pandemia 90% sentiu necessidade de maior busca da espiritualidade, exemplo, pensando mais profundamente no sentido da vida; enquanto 45% sentiram necessidade de falar sobre questões espirituais com colegas de profissão.

Sobre emoções negativas vivenciadas o período de pandemia, observou-se que a maior parte (45%) assinalou a opção bastante para tristeza e medo, 35% assinalaram a opção bastante para ansiedade, 80% assinalaram as opções bastante e muitíssimo para exaustão, enquanto 70% assinalaram as opções mais ou menos e bastante para o medo de aumento de restrições por um possível aumento de casos de mortes. Além disso, 55% assinalaram as opções mais ou menos até muitíssimo para o fato de se sentir pressionado a exercer a profissão nesse contexto. Todos afirmaram não ter dificuldades para retornar do trabalho, ao assinalarem nenhum pouco. Na época, a frase “causa-me angústia não ter medicação cientificamente comprovada para a cura da covid-19” foi assinalada bastante ou muitíssimo em 55% da amostra.

Posteriormente, os participantes responderam algumas afirmativas sobre o impacto da pandemia na espiritualidade. Observou-se que o excesso de trabalho afetou espiritualmente 45% da amostra que assinalaram as opções mais ou menos até muitíssimo. Prejuízos materiais relacionados ao trabalho afetaram espiritualmente 25% da amostra que assinalou os pontos mais ou menos e muitíssimo. A perda de pessoas queridas afetou 35% da amostra que assinalou os

pontos mais ou menos até muitíssimo. A maioria assinalou bastante para o fato de a pandemia ter afetado positivamente a espiritualidade (60%), enquanto apenas 15% assinalaram pontos um pouco e mais ou menos para o fato de a pandemia ter afetado negativamente a espiritualidade.

A Tabela 11 abaixo apresenta as médias das escalas Likert e tipo Likert para as perguntas referidas.

Tabela 11 - Estatísticas Descritivas dos itens sobre espiritualidade e sentimentos na pandemia

	M.	D.P.	Mín.	Máx.
Sentimento de medo				
A ideia de que eu pudesse (ou possa) morrer de COVID 19 causa-me ansiedade (3)	3,10	1,25	1	5
A ideia de que alguém próximo (que eu amo) possa morrer de COVID 19 causa-me ansiedade (4)	3,80	1,19	1	5
A ideia de transmitir o vírus de COVID-19 a meus familiares causou-me (causa-me) preocupação (8)	4,10	0,96	1	5
Explicação religiosa da Pandemia				
Acredito que a pandemia é causada por questões espirituais/religiosas (5)	1,05	0,22	1	2
Acredito que esta pandemia é uma forma de punição divina (6)	1,45	1,27	1	6
Emoções Negativas no Pandemia				
Tive momentos de tristeza, mais do que normalmente (1)	3,50	1,05	2	5
Tive momentos de medo, mais do que normalmente (2)	3,60	0,94	2	5
Tive sensações de ansiedade, mais do que normalmente (3)	3,30	1,17	1	5
Tive sensação de cansaço mais do que o normal (espécie de exaustão) (12)	4,20	0,76	3	5
Tenho medo de que voltemos a ter maiores restrições e de um possível aumento no número de casos e mortes (4)	3,30	1,03	1	5
Senti-me pressionado/a exercer a profissão (8)	2,80	1,57	1	5
Causa-me angústia não ter medicação cientificamente comprovada para a cura da covid-19	3,25	1,16	1	5
Impacto negativo da Pandemia na Espiritualidade				
O excesso de trabalho me afetou espiritualmente (5)	2,45	1,27	1	5

Prejuízos materiais relacionadas ao trabalho me afetaram espiritualmente (6)	1,70	1,12	1	5
A perda de pessoas queridas me afetou espiritualmente (7)	2,42	1,57	1	5
A pandemia afetou positivamente minha espiritualidade (9)	3,89	0,73	2	5
A pandemia afetou minha espiritualidade negativamente (13)	1,25	0,63	1	3

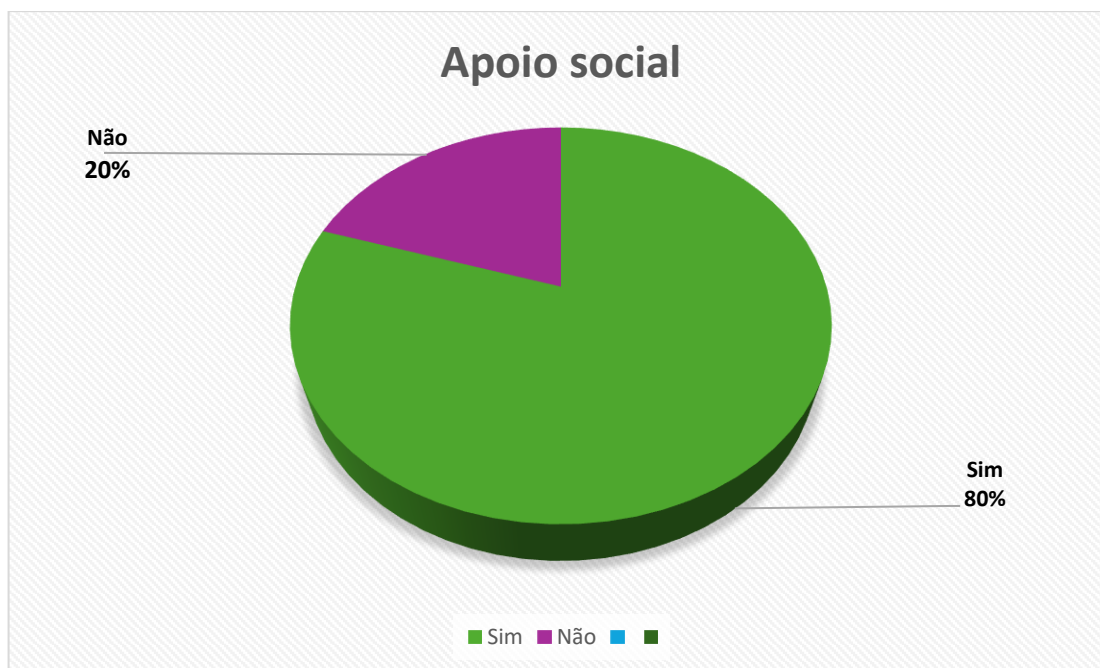
Nota: M. – média; D.P. -padrão; Mín. – Máx. – Valores mínimo e máximo.

Fonte: Dados da pesquisa (2023)

Em continuidade ao questionário, algumas perguntas foram feitas sobre a fé e prática religiosa durante o período de pandemia em uma escala de 1 a 5. Como resultados, mostrou-se que a maioria sente que a fé protege de consequências graves da covid-19 (70%), que assinalou os pontos mais ou menos até muitíssimo; 40% sentiram falta de participar de algum ritual religioso em local físico, assinalando os pontos mais ou menos até muitíssimo; Somente 35% concordaram que os rituais online supriram necessidades espirituais e religiosas, ao assinalarem mais ou menos ou bastante; 70% afirmaram que a pandemia fez orar e meditar mais, ao assinalarem bastante ou muitíssimo, bem como 70% discordaram que a pandemia afetou as crenças religiosas, ao marcarem nenhum pouco. Em uma escala de 1 a 5, verificou-se que grande maioria (90%) afirmou não realizar práticas do grupo religioso como prevenção ou cura contra covid-19. No entanto, todos que sentem Deus geralmente os respondem, e que sabe quando precisam de apoio, ao assinalarem os pontos 3, 4 ou 5.

A seguir são apresentados gráficos que resumem o apoio social, questionamento de crenças dos pacientes e estratégias de manejo de pacientes por meio da espiritualidade:

Gráfico 3 - Apoio Social (N = 20)



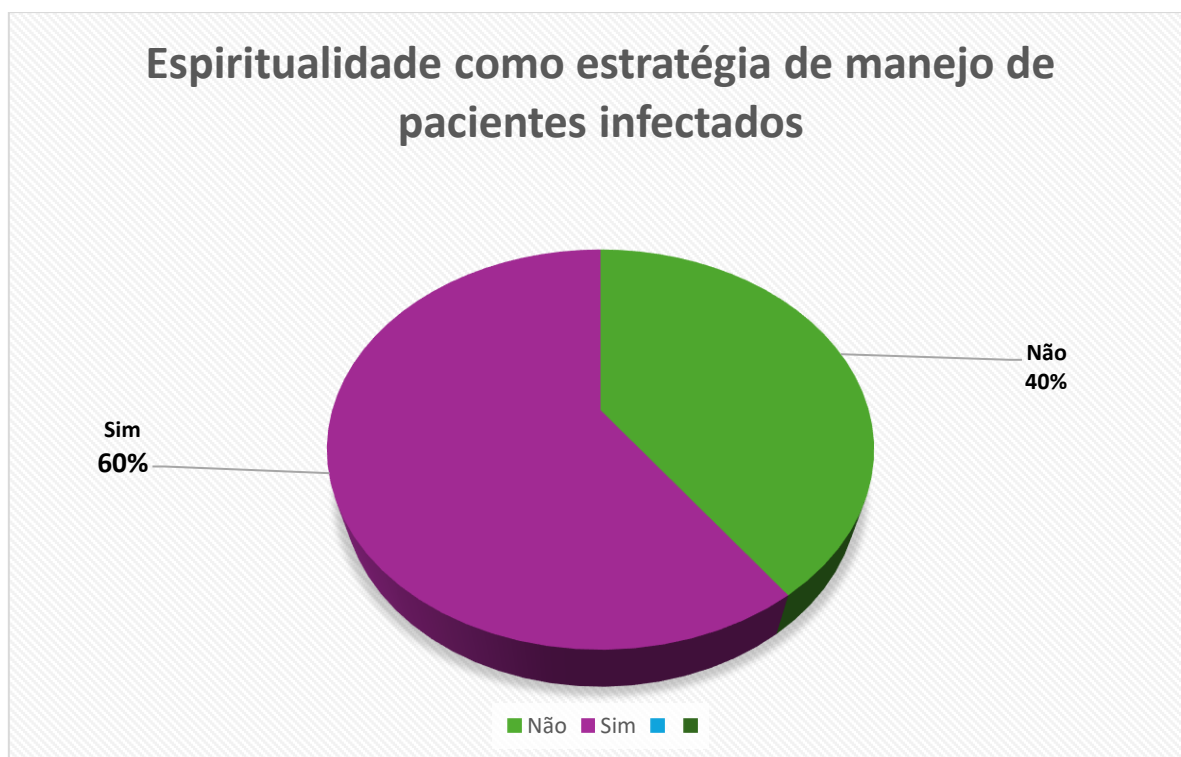
Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023)

Gráfico 4 - Questionamento de crenças de paciente (N = 20)



Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023)

Gráfico 5 - Espiritualidade como enfrentamento (N = 20)



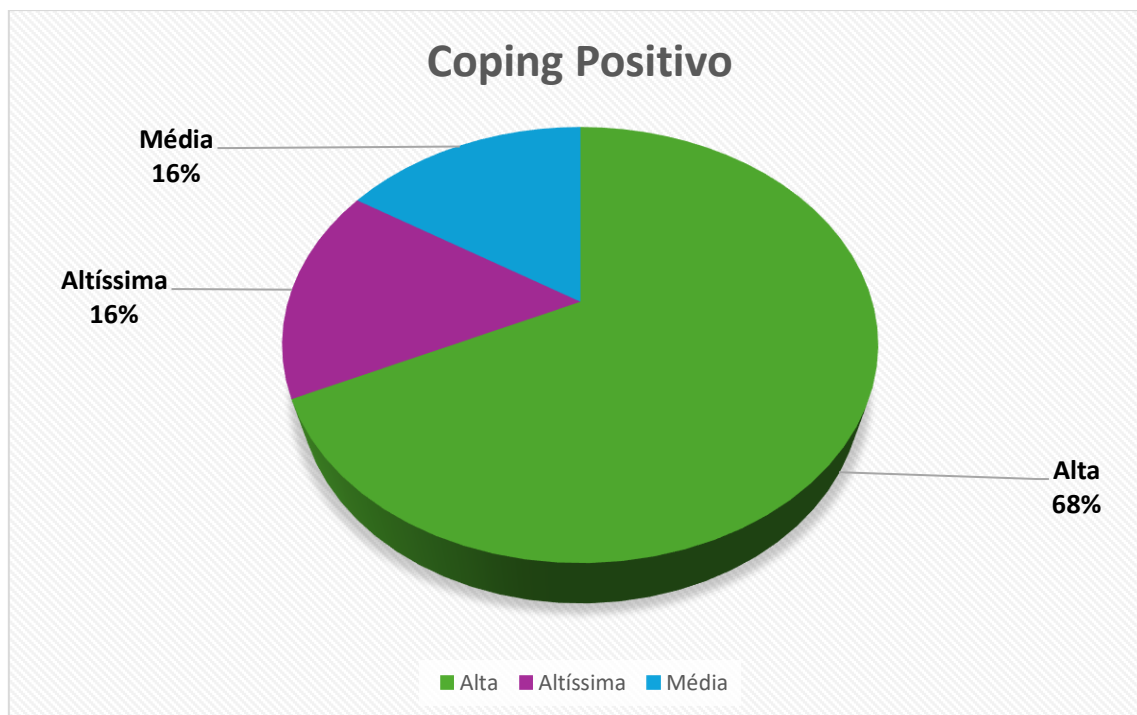
Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023)

Sobre a percepção de apoio, 80% da amostra afirmou que teve apoio de outras pessoas enquanto esteve em atendimento na pandemia. Grande parte (90%) não questionou crenças religiosas dos pacientes. A maioria dos profissionais (60%) utilizou da espiritualidade como uma estratégia no manejo de pacientes infectados por COVID-19.

4.2.2 Perfil geral da amostra nos construtos investigados

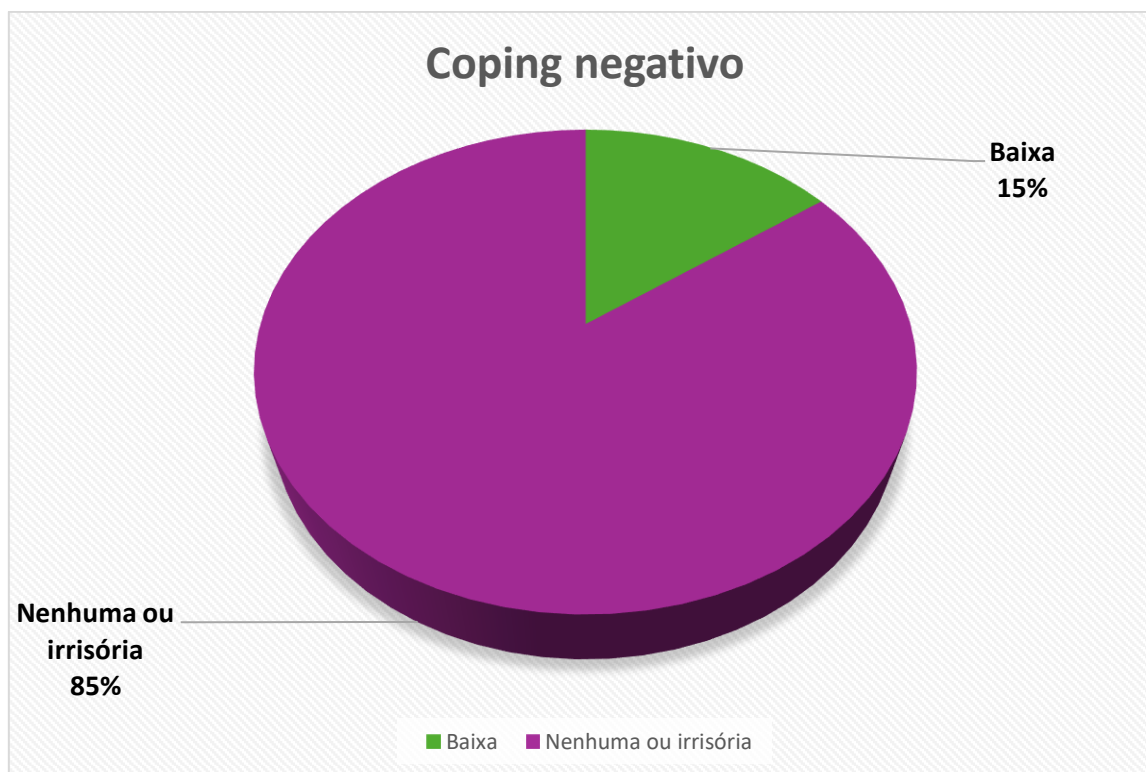
Com base das nos escores médios de Coping Positivo e Coping Negativo foi possível verificar a classificação nos parâmetros da escala: Nenhuma ou irrisória: 1.00 a 1.50, Baixa: 1.51 a 2.50, Média: 2.51 a 3.50, Alta: 3.51 a 4.50, Altíssima: 4.51 a 5.00. Como apresentado na figura 1 nenhum participante teve classificação de Coping positivo irrisório ou baixo. Grande parte apresentou Coping positivo com classificação alta ($f = 13$; 68%), seguido de média ($f = 3$; 16%) e altíssima ($f = 3$; 16%). Em relação ao Coping negativo, nenhum participante apresentou classificação média, alta ou altíssima. A maioria expressou Coping negativo com classificação irrisória ($f = 17$; 85%) ou baixa ($f = 3$; 15%).

Gráfico 6 - - Parametrização do coping religioso e espiritual (1)



Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Gráfico 7 - Parametrização do coping religioso e espiritual (2)



Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

As médias gerais da amostra em todos os instrumentos são apresentadas na Tabela 12, abaixo.

Tabela 12 - Estatísticas descritivas dos escores médios dos construtos avaliados

Escores	M.	D.P.	Mín.	Máx.
Satisfação com a vida	5,51	1,01	2,00	7,00
Mal-estar Espiritual	1,33	0,369	1,00	2,22
Coping Positivo	3,99	0,526	2,57	4,57
Coping Negativo	1,15	0,283	1,00	2,00
Sentimentos de Medo na Pandemia	3,66	1,00	1,00	5,00
Explicação Religiosa da Pandemia	1,25	0,65	1,00	3,00
Emoções Negativas na Pandemia	3,58	0,75	2,20	4,80
Impacto da Pandemia na Espiritualidade	2,43	0,68	1,33	3,50

Nota: M = média; DP = desvio-padrão; Mín. – Máx. – Valores mínimo e máximo.

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

De modo geral, os instrumentos evidenciaram altos níveis de satisfação com a vida, coping positivo, sentimentos de medo e emoções negativas durante a pandemia. Por outro lado, os participantes evidenciaram baixos níveis de lutas religiosas, coping negativo, explicação religiosa da pandemia e de impacto da pandemia na espiritualidade.

4.2.3 Correlações bivariadas entre os construtos investigados

Para investigar relações entre as variáveis do estudo, a Tabela 13 apresenta os coeficientes de correlação de Spearman e correlações bisseriais.

Tabela 13 - Coeficientes Rô de Spearman e bisseriais

Escores	1	2	3	4	5	6	7
1.Satisfação com a vida	1	-	-	-	-	-	-
2.Mal-estar Espiritual	-0,42	1	-	-	-	-	-
3.Coping Positivo	0,03	-0,60*	1	-	-	-	-
4.Coping Negativo	-0,47*	0,29	-0,01	1	-	-	-

5.Sentimentos de Medo na Pandemia	0,21	-0,14	0,02	0,15	1	-	-
6.Explicação Religiosa da Pandemia	-0,33	0,01	-0,07	0,20	-0,17	1	-
7.Emoções Negativas na Pandemia	-0,11	-0,07	0,14	0,51*	0,56*	0,24	1
Impacto Negativo da Pandemia na Espiritualidade	-0,05	0,45	-0,20	0,37	0,31	0,27	0,64*
Apoio Social ^b	0,59*	-0,29	0,35	-0,22	0,13	-0,10	0,07
Espiritualidade como estratégia de manejo ^b	0,38	-0,28	0,36	0,10	-0,05	0,08	-0,24

Nota: * ($p < 0,05$); ** ($p < 0,01$); subscrito b = correlação bisserial; Apoio Social (0 = não; 1 = sim); Espiritualidade como estratégia de manejo (0 = não; 1 = sim).

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Como resultados, evidenciou-se que a satisfação com a vida foi negativamente correlacionada com coping negativo ($R\hat{o} = -0,47$; $p = 0,034$) e com o apoio social ($R\hat{o} = -0,59$; $p = 0,006$). Ou seja, quanto maior o coping negativo menor a satisfação com a vida dos profissionais. Além disso, quanto maior o apoio social maior a satisfação com a vida.

As emoções negativas se correlacionaram negativamente com o coping positivo ($R\hat{o} = -0,60$; $p = 0,006$), positivamente com o coping negativo ($R\hat{o} = 0,56$; $p = 0,010$), e positivamente com a percepção de impacto da pandemia na espiritualidade ($R\hat{o} = 0,64$; $p = 0,004$). Dessa forma, quanto maiores as emoções negativas, menor o coping positivo, maior o coping negativo e maior impacto na espiritualidade durante a pandemia.

A explicação religiosa da pandemia se correlacionou positivamente com o coping negativo ($R\hat{o} = 0,51$; $p = 0,021$). Ou seja, evidenciou-se que quanto maiores as crenças de punição divina como causa da pandemia, maior o coping negativo.

4.2.4 Espiritualidade/ Religiosidade no contexto da COVID-19

A entrevista foi constituída de perguntas que versavam sobre a experiência do participante no contexto de trabalho na área da saúde e como a E/R se insere nesse contexto como estratégia de enfrentamento. Para quantificar e analisar de forma mais objetiva os dados,

foram feitas análises de frequência no *IRAMUTEQ*, ambicionando servir de auxílio para se realizar a análise de conteúdo. A seguir apresentaremos as análises de frequência das falas dos participantes acerca de cada tema questionado, dispostas sob o formato de tabelas e nuvens de palavras.

Dentre os temas foi questionado aos participantes qual tinha sido a situação de maior estresse ou sofrimento nos últimos três anos, e também a mais recente. Na situação de ocorrência de maior estresse ou sofrimento mais recente as palavras mais citadas foram paciente, remetendo ao afetamento que os trabalhadores da saúde sentiam na sua relação com os pacientes, seguido de COVID-19 e pandemia, contextualizando o aumento de infecções causado pela pandemia. As demais palavras como mãe, familiar, tio, irmão e família faziam referência a familiares tanto dos pacientes como do próprio trabalhador, bem como adjetivos que descrevia a situação vivenciada como sofrimento e grave.

Tabela 14 - *Palavras citadas frente ao tema “situação de maior estresse ou sofrimento dos últimos três anos”*

Palavra	Frequência geral
Paciente	6
COVID 19	6
Pandemia	5
Mãe	4
Familiar	4
Tio	3
Sufrimento	3
Irmão	3
Grave	3
Família	3

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Quando questionados acerca da situação de estresse e sofrimento mais recente as palavras mais citadas foram trabalho, localizando a sua atuação profissional como *locus* do sofrimento, novamente palavras relacionadas a família como mãe e filho assim como se manteve o destaque ao contexto de pandemia. Dificuldade aparece como marcador das situações de

sofrimento. Por fim, saúde aparece como um principal ponto de sofrimento devido o adoecimento do próprio participante ou de familiares.

Tabela 15 - Palavras citadas frente ao tema “situação de maior estresse ou sofrimento recente”

Palavra	Frequência geral
Trabalho	6
Mãe	3
Pandemia	3
Filho	3
Dificuldade	3
Saúde	3

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Quando questionados sobre se sentirem preparados para trabalhar no contexto de pandemia de COVID-19, as palavras mais presentes nas falas expressaram o medo frente ao risco de transmissão do vírus, principalmente com relação a família e a fé, como forma de enfrentamento nesse cenário de dificuldade.

Tabela 16 - "Estou preparado para trabalhar na pandemia de COVID-19"

Palavra	Frequência Geral
Medo	5
Fé	4
Família	4
Transmitir	3
Risco	3

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

A pergunta sobre o tema de E/R revelou que os participantes os associam principalmente ao sentimento fé.

Tabela 17 - "Espiritualidade e religiosidade"

Palavra	Frequência geral
Fé	13
Deus	6
Paz	5
Esperança	4
Prático	3
Palavra	3
Espiritualidade	3
Divino	3
Amor	3

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Quando questionados sobre o tema “fé” os entrevistados associaram este conceito à esperança e crença de que conseguirão passar pelas adversidades, por vezes até exprimindo que a fé lhe conferia uma certeza de que teriam o suporte necessário por meio da figura de Deus.

Tabela 18 – “Fé”

Palavra	Frequência Geral
Fé	7
Esperança	5
Confiança	5
Deus	4
Vida	3
Paz	3
Entrega	3
Crença	3

Certeza	3
Acreditar	3

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Questionou-se aos participantes sobre se sentirem preparados religiosamente ou espiritualmente para trabalhar na pandemia de COVID-19. As respostas versaram novamente sobre o conceito de fé, considerando-a algo importante para enfrentar o medo, ou situações de perda, assim como para lidar com o sofrimento de perder um paciente. Deus aparece novamente como figura central neste conceito.

Tabela 19 - "Estou preparado religiosamente (ou espiritualmente) para trabalhar na pandemia de COVID-19"

Palavra	Frequência geral
Fé	10
Oração	4
Deus	4
Medo	4
Enfrentar	3
Perda	3
Paciente	3

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Tabela 20 - "Me preocupo com meus colegas de trabalho, eles deveriam estar bem religiosamente (ou espiritualmente) para trabalhar"

Palavra	Frequência Geral
Fé	4
Cuidado	4
Colega	4
Religiosidade	3

Pensar	3
Força	3
Espiritualidade	3

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Tabela 21 - "Os profissionais de saúde deveriam receber amparo religioso (ou espiritual) dentro do serviço de saúde"

Palavra	Frequência Geral
Religioso	5
Apoio	4
Saúde	4
Fortalecer	3
Espiritual	3
Mental	3
Concordar	3
Amparo	3

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Tabela 22 - "A gente tem a obrigação de conhecer as necessidades religiosas (ou espirituais) dos nossos pacientes"

Palavra	Frequência geral
Paciente	11
Obrigação	5
Compreender	5
Crença	4
Religioso	4
Necessidade	4
Negação	3
Respeitar	3

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Tabela 23 - "E se a gente for questionado pelos pacientes ou pelos colegas sobre nossas crenças religiosas (ou espirituais)"

Palavra	Frequência Geral
Crença	8
Respeito	6
Religião	4
Dever	4
Tentar	3
Respeitar	3
Questionar	3

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Tabela 24 - "Deveriam incluir “espiritualidade” e “religiosidade” ligados à saúde, Na formação acadêmica e profissional da gente"

Palavra	Frequência geral
Paciente	7
Melhor	6
Crença	4
Saúde	4
Espiritualidade	4
Melhorar	4
Relação	4
Necessário	3
Importante	3
Entender	3
Formação	3
Incluir	3
Concordar	3

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Tabela 25 - "O que é a morte?"

Palavra	Frequência Geral
Passagem	8
Pensar	6
Vida	6
Morte	6
Momento	4
Saudade	4
Ficar	3
Viver	3
Descanso	3
Espiritual	3
Deus	3

Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

A seguir as questões organizadas na Tabela 26, apresentaram a numeração na coluna esquerda e as respostas correspondentes na coluna direita, de maneira que a disposição desses resultados seja vista de forma sistematizada.

Tabela 26 – Questões e respostas de acordo com os blocos de perguntas

1.Bloco: Dados sociodemográficos

Q10.8 Afiliação religiosa	Aos que especificaram pertencer à alguma igreja evangélica afirmaram ser das instituições: Assembléia de Deus e Igreja Batista.
---------------------------	---

2. Bloco: Crenças e atitudes

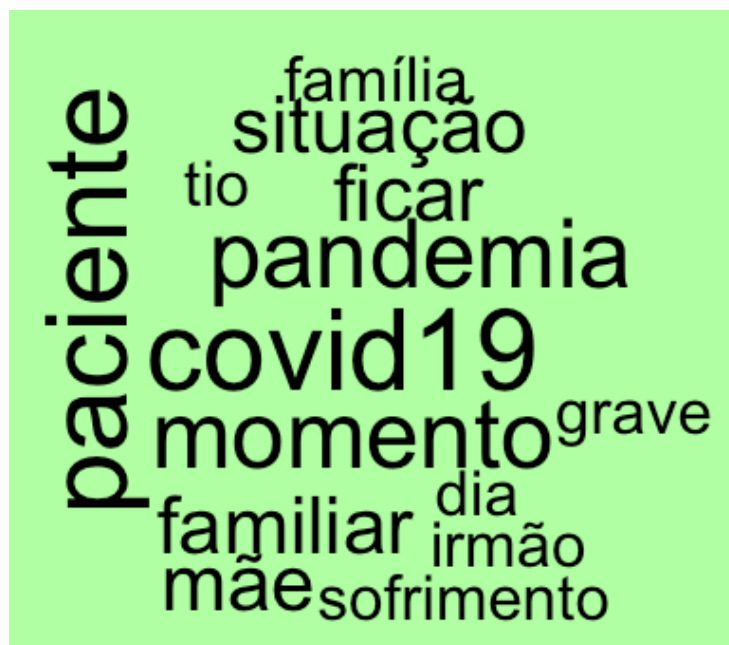
Q14.11.2: Suicídio	Quanto o suicídio, ninguém afirmou ter tentado pôr fim à própria vida.
Q17.13 Sentiu necessidade de falar sobre questões espirituais/religiosas com as seguintes pessoas.	Quando questionados sobre quais as pessoas com as quais sentiram necessidade de falar sobre questões espirituais/religiosas, os participantes citaram a familiares com maior

	frequência, seguido de amigos, cônjuge e grupo religioso.
Q23.16.3 Motivo pelo qual não completou o esquema vacinal	Ninguém afirmou não ter completado o esquema vacinal.
Q25.16.5 Motivo pelo qual não tomou a dose de reforço	Ninguém afirmou não ter tomado a dose de reforço.
Q27.18 Quais práticas do seu grupo religioso realizou como prevenção ou cura contra a COVID-19	As práticas citadas que foram utilizadas como prevenção ou cura contra a COVID-19 foram rezar o terço, fazer o sinal da cruz, acender velas e músicas.
Q29.20 Teve apoio de quais pessoas enquanto esteve em atendimento na pandemia de COVID-19	Sobre quando questionados sobre quais pessoas serviram de apoio enquanto estava atendendo os pacientes durante a pandemia citaram novamente a família em maior quantidade, seguidos de colegas de trabalho e cônjuge. Amigos próximos, Jesus Cristo, psicólogo foram citados apenas uma vez.
Q30.21 De qual maneira utilizou a espiritualidade como estratégia no manejo de pacientes infectados por COVID-19	Quando questionados sobre de que forma utilizaram a espiritualidade como estratégia no manejo de pacientes infectados por COVID-19 os participantes citaram que a se utilizaram de orações e meditação, usando aspectos da espiritualidade como forma de conforto e enfrentamento diante da situação do adoecimento. Uma profissional também relatou que se utilizou da espiritualidade como forma de se autorregular emocionalmente para conseguir atender os pacientes da melhor forma.
3. Do Bloco: Escala breve de coping espiritual/religioso – Srcope-14	
Q36.27 Situação de maior estresse ou sofrimento que você viveu nos últimos três anos	Dentre as situações que trouxeram maior sofrimento para o participante foram citadas questões de adoecimento familiar.

Fonte: Dados da Pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Dando prosseguimento em nossa análise qualitativa das informações angariadas em nossa pesquisa, realizamos à análise lexical – método de nuvem de palavras, sendo estas organizadas da seguinte forma, quanto maior for o tamanho dos termos apresentados, maior é a frequência destes na entrevista. O software IRAMUTEQ fez com que tivéssemos um olhar mais apurado e criterioso sobre aquilo que fora angariado, potencializando assim nosso estudo na esfera qualitativa. Essas informações dispostas sob a forma de “nuvens de palavras” estão representadas nas 12 (doze) figuras a seguir, sendo iniciada pelas palavras referentes a situação de maior estresse ou sofrimento nos últimos três anos (Q36.27).

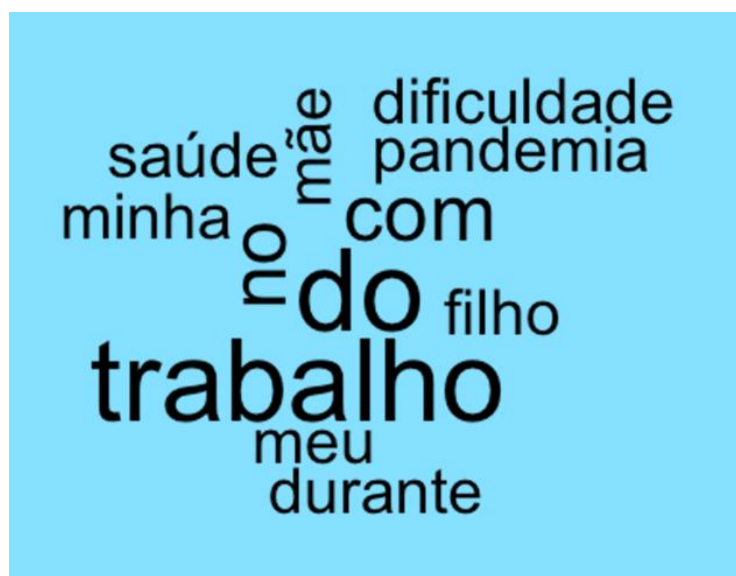
Figura 1 - Nuvem de palavras referentes a situação de maior estresse ou sofrimento nos últimos três anos



Fonte: Iramuteq, 2023.

A Figura 2, adiante, mostra as respostas à questão “Q38.29 Evento estressante recente”, que frequentemente fez referência ao trabalho, bem como piora na própria saúde e na de sua família.

Figura 2 - Nuvem de palavras referentes à situação de maior estresse ou sofrimento recentes



Fonte: Dados da pesquisa (Oliveira da Silva, 2023).

Nessa etapa da pesquisa foi solicitada a amostra, tomando por base a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) que escrevesse quais as primeiras palavras que lhe vem à mente quando ouve ou pensa sobre as questões que intitulam cada Figura, sendo a (1) E/R 1: "Estou preparado para trabalhar na pandemia de COVID-19", a primeira delas que deu origem a Figura 3, abaixo.

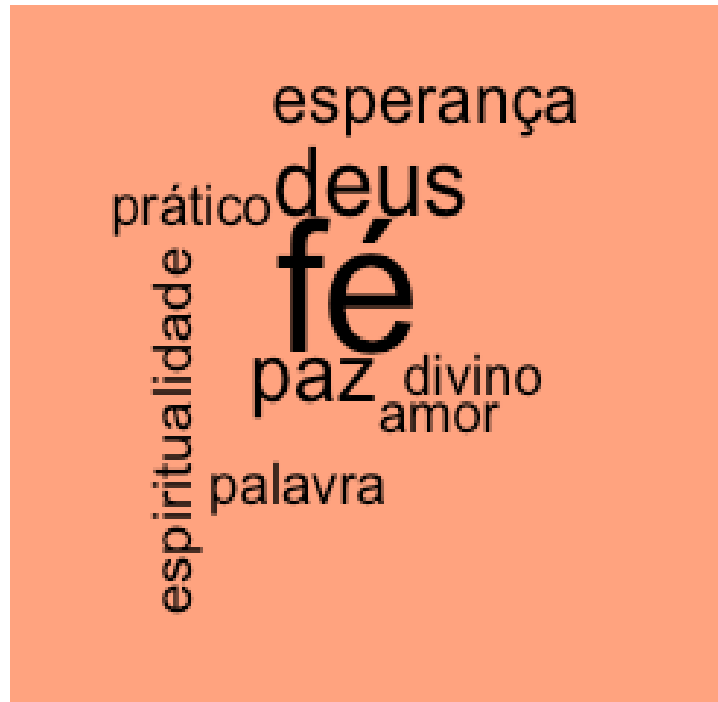
Figura 3 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias de se estar preparado ou não para trabalhar na pandemia de COVID-19.



Fonte: Iramuteq, 2023.

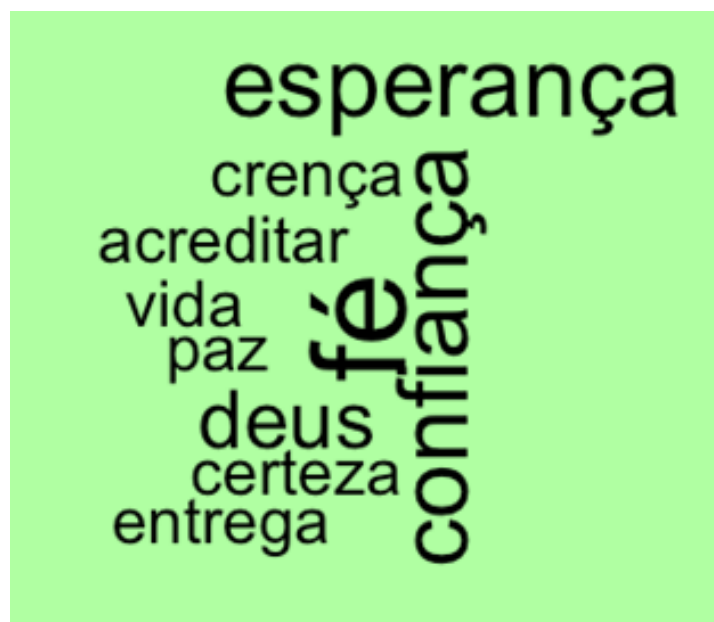
Sobre a questão (2) E/R 2: "Espiritualidade e religiosidade", a Figura 4 abaixo mostrou, enquanto E/R (3) E/R 3 fala sobre "Fé", evidenciou o termo nas Figuras 5, 6 e 7 mais adiante, como já apareceu anteriormente na Figura 3. Vejamos:

Figura 4 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre "espiritualidade e religiosidade".



Fonte: Iramuteq, 2023.

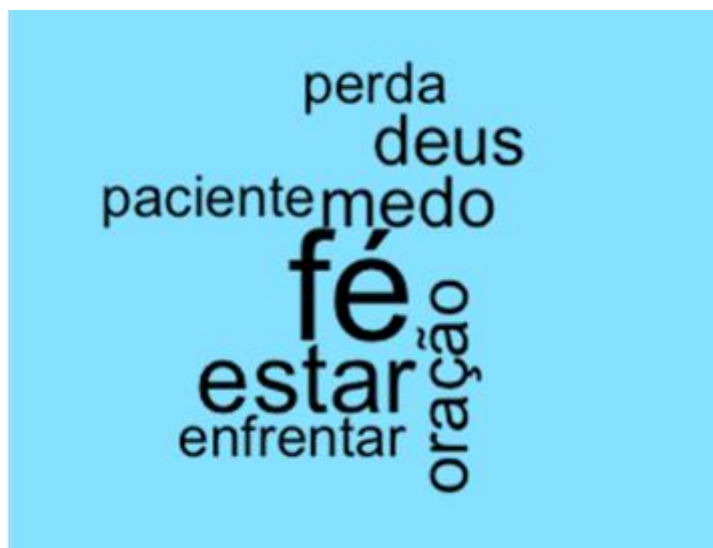
Figura 5 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias quando se ouve ou pensa sobre “fé”.



Fonte: Iramuteq, 2023.

(4) E/R 4: "Estou preparado religiosamente ou espiritualmente para trabalhar na pandemia de COVID-19"

Figura 6 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre o estar preparado religiosamente (ou espiritualmente) para trabalhar na pandemia.



Fonte: Iramuteq, 2023.

(5) E/R 5: "Me preocupo com meus colegas de trabalho, eles deveriam estar bem religiosamente (ou espiritualmente) para trabalhar"

Figura 7 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre minha preocupação com meus colegas de trabalho religiosa ou espiritualmente



Fonte: Iramuteq, 2023.

(6) E/R 6: "Os profissionais de saúde deveriam receber amparo religioso (ou espiritual) dentro do serviço de saúde"

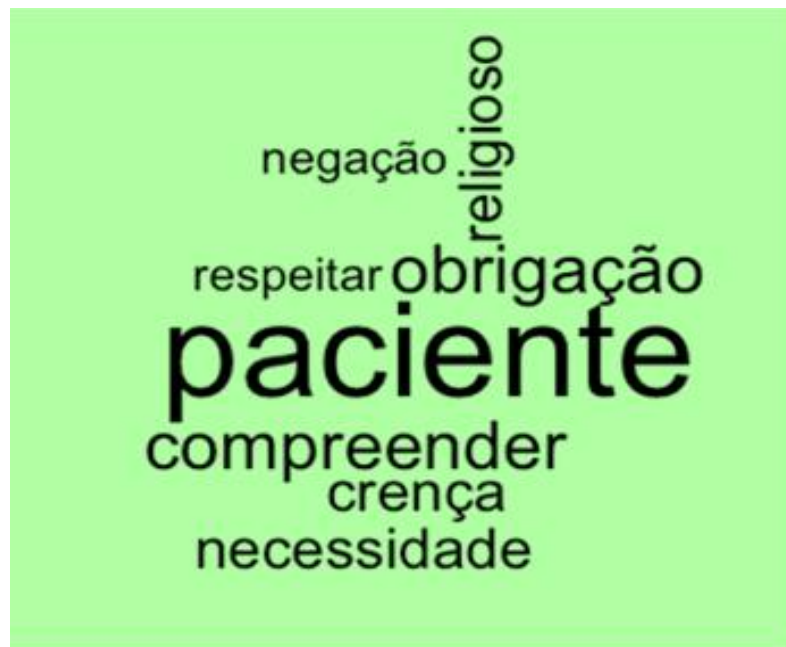
Figura 8 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre amparo religioso (ou espiritual) dentro do serviço de saúde para os profissionais da área.



Fonte: Iramuteq, 2023.

(7) E/R 7: "A gente tem a obrigação de conhecer as necessidades religiosas (ou espirituais) dos nossos pacientes"

Figura 9 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre obrigação de conhecer as necessidades religiosas (ou espirituais) dos nossos pacientes".



Fonte: Iramuteq, 2023.

(8) E/R 8: "E se a gente for questionado pelos pacientes ou pelos colegas sobre nossas crenças religiosas (ou espirituais)"

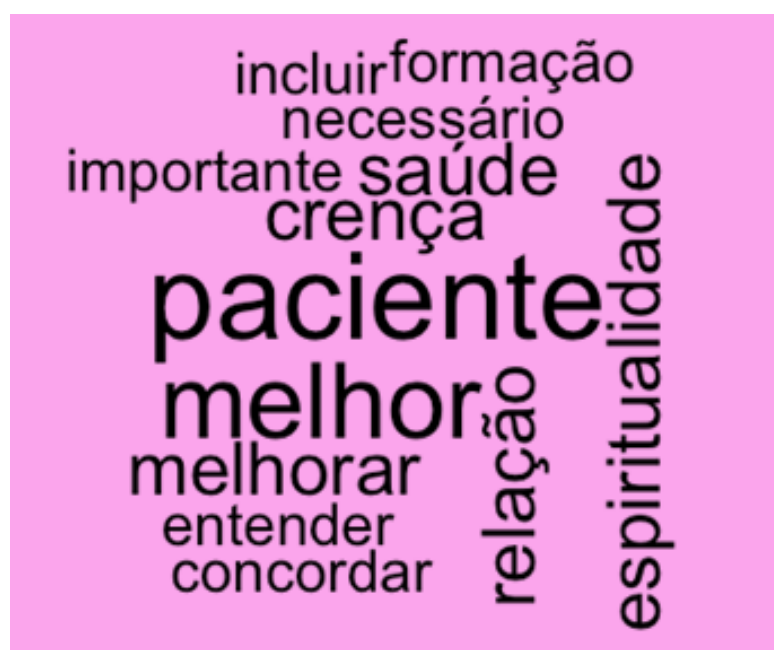
Figura 10 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre nossas crenças religiosas (ou espirituais).



Fonte: Iramuteq, 2023.

(9) E/R 9: "Deveriam incluir E/R ligados à saúde, na formação acadêmica e profissional da gente".

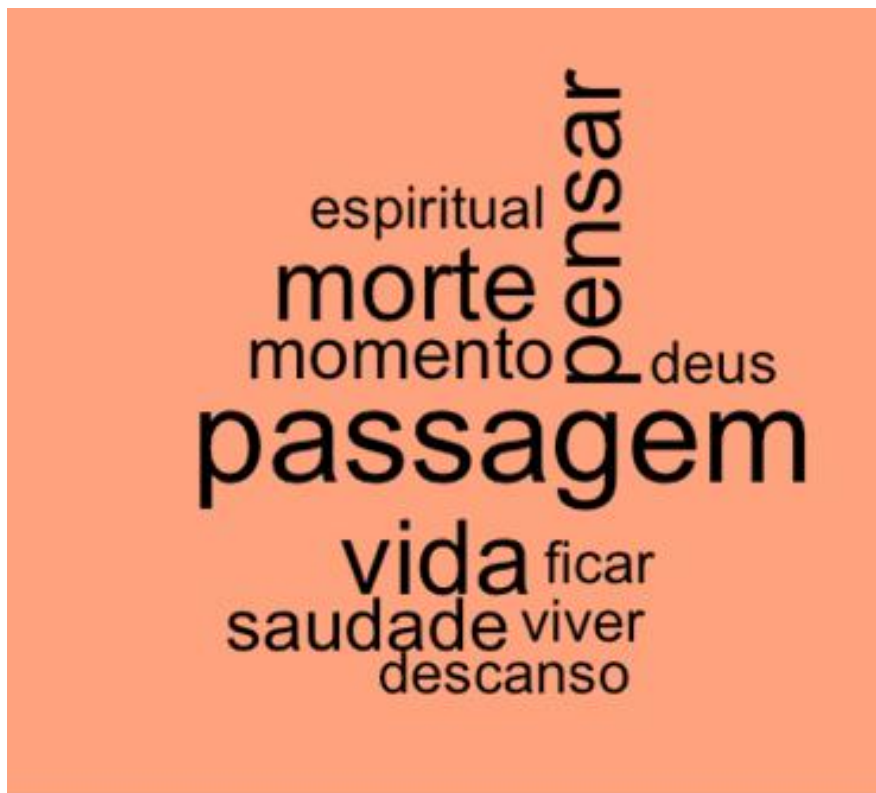
Figura 11 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre E/R na formação acadêmica do profissional da saúde.



Fonte: Iramuteq, 2023.

(10) E/R 10: "O que é a morte?"

Figura 11 - Nuvem de palavras referentes às primeiras ideias sobre o evento “morte”.



Fonte: Iramuteq, 2023.

Entre gráficos, tabelas e nuvens de palavras transformadas em figuras, as respostas ao questionário que suscitou o entendimento dessa pesquisa sobre a espiritualidade e ou religiosidade dos médicos infectologistas do CHCF, deixou transparecer considerações pertinentes e significativas que estão disponíveis na discussão seguinte.

4.3 Discussão

No entendimento se a E/R influenciou na vida do profissional médico infectologista e se repercutiu no atendimento à saúde de pacientes graves suspeito e/ou confirmado de COVID-19 no período da pandemia, a hipótese principal, foi a de que a maioria dos médicos

infectologistas que atuaram na assistência à saúde do paciente suspeito e/ou confirmado de COVID-19, no período da pandemia, acharam relevante a E/R no seu cotidiano, em especial nos aspectos laborais.

Concluimos nosso esforço com o alcance do objetivo e a confirmação da hipótese. O presente estudo revelou uma importante fotografia dos médicos infectologistas que atuaram na linha de frente da Pandemia da Covid-19. Os resultados evidenciados demonstraram o impacto que esta situação de calamidade pública provocou nos trabalhadores da saúde, especialmente no que tange ao surgimento de sentimentos desagradáveis de estresse ou sofrimento tais como medo, morte, incerteza, ansiedade e preocupação. Simultaneamente, manifestam-se também sentimentos de esperança, fé, Deus, paz, confiança e cuidado, revelando a face humana da crise.

Os achados da pesquisa deram conta de explicar a hipótese do estudo; e os resultados fornecem subsídios relevantes para a compreensão da importância atribuída à religiosidade/espiritualidade no contexto da prática clínica da equipe de saúde. Portanto, é perceptível a E/R vivenciada nas últimas décadas como uma dimensão que interfere nas condições de saúde da população, sendo um determinante social importante de ser considerada na saúde pública (Ransome, 2020; Shattuck; Muehlenbein, 2020). Desse modo, o reconhecimento da necessidade da observação dos aspectos religiosos e espirituais no cuidado/assistência em saúde tem ganhado significativa notoriedade na atualidade (Kelly *et al.*, 2020; Amerongen-Meeuse *et al.*, 2021).

No decorrer desta tese fizemos uma pequena fala sobre a busca de sentido de vida e alegamos que se deu pela proximidade essencial desta com a E/R. A vivência da E/R também é uma das formas, que nós seres humanos, possuímos para a busca e o encontro de sentido de vida, o que ocorre mediante as situações vividas por cada ser humano dentro de sua história pessoal. Lembremos que a maior parte de nossa amostra relatou ter a pandemia repercutido positivamente em sua espiritualidade, instigando-os a refletir mais profundamente no sentido da vida. Nenhum dos entrevistados apresentou pensamentos de por um fim na própria existência. Ao contrário, buscou-se amparo e força na prática da oração e da meditação que passou a ser mais intensificada.

No contexto pandêmico da COVID-19, extremo problema de saúde pública na China, em 2020, e no restante do mundo, acelerou a busca do homem por algo que lhe ajudasse a lidar com o risco de morte que envolvia a doença. No caso da religiosidade, uma busca humana por um ser supremo que lhe preservasse a vida. No caso da espiritualidade, uma busca humana por algo que lhe elevasse, transcendesse e sublimasse, subtraindo-lhe da finitude (Silva *et al.*, 2023).

Neste contexto, apesar de estarem atreladas, a espiritualidade e a religiosidade não trazem em si o mesmo significado.

Por esse entendimento, é pertinente a afirmação de que a religiosidade, como aponta o próprio nome, está ligada à prática de uma religião específica, ou seja, há o desenvolvimento de crenças específicas ligadas a uma determinada doutrina. Esta, deve ser comum entre um grupo de pessoas, podendo ter, então, práticas religiosas de cultos ou rituais (Underwood, 1999). Já a espiritualidade, compreende-se como um relacionamento com o transcendente, sendo manifestada de forma mais individualizada. Do mesmo modo, a espiritualidade pode estar associada a crenças religiosas, por isso que são conceitos que se cruzam, mas se diferem na raiz do significado (Teixeira *et al.*, 2021). Embora tenham conceitos dicotômicos, a religiosidade seria uma forma de exercer a espiritualidade, estando alicerçada pela cultura vivida pelos grupos de pessoas, não podendo ser desconsiderada (Biondo *et al.*, 2023).

Com relação as crenças e atitudes, os sentimentos de medo, transmissão do vírus a familiares e a morte, causaram ansiedade em grande parte da nossa amostra. Nesse contexto, a maioria dos médicos infectologistas sentiu necessidade de maior busca da espiritualidade e entendimento do sentido da vida, observando que a pandemia afetou positivamente a espiritualidade, fez orar, meditar mais e acreditar que a fé protegia de consequências graves da covid-19 (70%), independente de práticas religiosas.

De acordo com Bentzen (2021), para lidar com todos esses desafios enfrentados decorrente de uma pandemia tão letal como a da COVID-19, os profissionais de saúde precisaram desenvolver estratégias de enfrentamento. Dentre elas, a espiritualidade e a religiosidade funcionaram como um suporte nesse momento tão difícil, sendo as práticas mais utilizadas para enfrentar os momentos de incertezas e adversidades.

Embora existam poucos estudos disponíveis sobre a pandemia atual, o *Google* pesquisas sobre “oração” dobraram a cada 80 mil novos casos da COVID-19 (Taylor, 2020), além de uma grande demanda por linhas diretas religiosas e espirituais (Ribeiro *et al.*, 2020). Não só a busca por E/R parece ter aumentado, mas também essas crenças parecem ter uma influência notável em saúde mental durante a pandemia. As descobertas de Lucchetti *et al.*, (2021) revelaram que E/R estavam associados a melhores resultados de saúde, tais como níveis mais baixos de tristeza, medo e preocupação, enquanto eles também foram associados a níveis mais elevados de esperança.

Considerando a apresentação dos resultados desta pesquisa, com relação a religiosidade, a maior parte da amostra afirmou ser espiritualizada, mas não religiosa, todavia, quando

associados à religião institucionalizada, a maioria se mostrou de afiliação católica. Foi observado também baixos níveis em lutas espirituais e religiosas e altas médias de centralidade religiosa na amostra. Segundo o estudo de Biondo e colaboradores (2023), com uma amostra de 50 profissionais de saúde que trabalharam com pacientes hospitalizados pela COVID-19, os dados evidenciaram que 84% (42) dos participantes se consideravam espiritualizados, destes a maioria exercia alguma prática espiritual 74% (37), nem sempre associada ao exercício da religião 26%.

No que refere a religião autodeclarada, contou com maior predominância de evangélicos, seguidos de católicos e candomblecistas. Nesse sentido, Sena e Silva (2023), referenciam que apesar dos católicos serem ainda maioria no Brasil, a comunidade evangélica tem ganho rápido e expressivo relevo. Além disso, tem sido demonstrado que apesar de muitos se declararem católicos, dentre aqueles que se declaram evangélicos, a adesão, de fato, à ritualística costuma ser mais fervorosa (Matos *et al.*, 2018).

Corroborando com os nossos achados, a respeito da religiosidade dos nossos entrevistados, onde a maior parte afirmou ser espiritualizada, mas não religiosa (f = 6; 33%) e de afiliação católica (f = 16; 80%), Biondo e colaboradores (2023) refere-se àqueles que se dizem espiritualizados, creem em Deus, praticam orações, porém não são religiosos, permitindo assim, a compreensão de que práticas espirituais podem existir sem a correlação direta com a ligação religiosa. É possível notar ainda, que a prática da oração, pertencente a ritos religiosos diversos, pode ser redirecionada a um modelo de exercício da espiritualidade e manutenção do bem-estar, sem a correlação direta com a autoidentificação religiosa.

Campos e Oliveira (2022), ao discutirem a percepção da espiritualidade e religiosidade entre enfermeiros que trabalhavam em um hospital-escola, apontam para a influência do catolicismo na população brasileira. Essa predominância do catolicismo é uma tendência observada em estudos anteriores e está de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). No entanto, é importante destacar que a conjuntura religiosa tem passado por transformações ao longo dos anos, com um aumento da diversidade religiosa no país. Além disso, observa-se um fenômeno crescente de pessoas que se identificam como espiritualizadas, mas não necessariamente religiosas (Assis, 2019).

Nesse sentido, conforme Biondo e colaboradores (2023), os participantes ao serem questionados sobre se a espiritualidade influenciou no combate a pandemia, estando eles atuando na linha de frente, foi evidenciada uma dicotomia na amostra, uma vez que 36% (18) referiram não ter influenciado em nada e 30% (15) que influenciou totalmente. Mesmo que os

participantes de sua pesquisa se autodesignassem espiritualizados e relatem a adoção de práticas espirituais/ religiosas (E/R), não é possível afirmar que estes elementos atuem de modo positivo ou negativo no enfrentamento da pandemia, todavia outros estudos mais específicos apontam para esta correlação positiva afirmando que a esperança destes profissionais está em grande medida sustentada em sua E/R (Costa *et al.*, 2021; Scorsolini-Comin *et al.*, 2020).

Conforme em nossa nuvem de palavras, quanto ao maior estresse ou sofrimento vivenciado mais recente, as palavras mais citadas foram paciente, remetendo ao afetamento que os trabalhadores da saúde sentiam na sua relação com os pacientes. As demais palavras como mãe, tio, irmão e família faziam referência a familiares tanto dos pacientes como do próprio trabalhador. O trabalho, como *locus* do sofrimento; o medo, frente ao risco de transmissão do vírus, principalmente com relação a família; a fé e a figura de Deus, como forma de enfrentamento do medo e das perdas neste cenário de dificuldade foi considerado algo importante.

Confirmando os resultados da nossa pesquisa, na análise da nuvem de palavras de Biondo *et al.* (2023), obtida a partir do TALP, a palavra “medo” ficou como destaque e entre as frequências das palavras mais evocadas: “Medo” (f=26); “Cuidado” e “Insegurança” (f=10); “Esperança” (f=6); “Atenção”; “Ansiedade” e “Tristeza” (f=5); “Empatia” (f=4); “Compaixão”; “Incerteza”; “Preocupação” e “Assistência” (f=3). No entanto, diferente do presente estudo, quando solicitaram que o participante escrevesse 03 palavras que representassem sua primeira experiência no atendimento ao paciente com Covid-19, a palavra fé só apareceu uma única vez citada por 27,1% (62).

Também de acordo com o presente estudo, Wang *et al* (2020) observaram que estar atuando na linha de frente contra a COVID-19 é extremamente desafiador para os profissionais de saúde. Isso acontece por inúmeros motivos, um deles seria a exposição prolongada a um número muito grande de pacientes infectados com o vírus, aumentando o risco de infecção e transmissão para a família, gerando um desgaste emocional enorme nos profissionais. Além disso, a pressão nos hospitais, a dificuldade do tratamento de uma doença ainda desconhecida, a carga intensa de trabalho e falta de descanso contribuíram tanto para o aumento da infecção por parte dos profissionais de saúde, quanto para o aumento do desgaste e sobrecarga emocional. Ainda segundo Sena e Silva (2023), pode-se confirmar que os profissionais apresentaram vários medos e sensações como: preocupações em contrair a doença, preocupações com a segurança de sua família, isolamento, sensação de perda de controle, entre outros.

Conforme em nosso trabalho, Mehta *et al.* (2021) perceberam que aliado à exaustão física decorrente dos plantões, havia o medo de se infectar e transmitir a doença, a morte de amigos e familiares, a perda de pacientes em proporção sem precedente e a privação de liberdade refletida no isolamento social. Por outro lado, mas ainda corroborando com os nossos resultados, Kowalczyk *et al.* (2020) em sua pesquisa desenvolvida na Polônia, demonstrou que parte dos participantes descreveram acreditar que a fé os protegia da infecção por Coronavírus, demonstrando, talvez, uma percepção relacionada com a imagem de Deus como um pai bom e misericordioso que pode salvá-los do mal e do sofrimento.

A pandemia causada pelo SARS-COV-2 trouxe grandes impactos nas diversas esferas e para toda a população global, sobretudo, no grupo de trabalhadores da área da saúde que ainda atuam na linha de frente contra essa doença. Neste sentido, com relação ao estudo de Teixeira e colaboradores (2021), no tocante ao domínio fé, foi afirmado pela maior parte dos profissionais (55,9%) que a fé os ajuda a gozar (aproveitar) a vida, destacando-se também o fato de a fé lhes dá força (44,1%) e conforto (42,3%) no dia a dia. Corroborando com os entrevistados da presente pesquisa, a fé é apresentada como um dos fatores que percorrem a espiritualidade, influenciando positivamente a saúde e resultando em esperança (Gerone, 2016).

Do mesmo modo, a fé e a espiritualidade têm fundamental importância em ressignificar a vida, sendo geradoras de força e superação, tendo em vista as situações impossíveis de serem modificadas, mas passíveis de serem reestruturadas (Moura *et al.*, 2020).

No presente estudo, as práticas citadas como utilizadas para prevenção ou cura contra a COVID-19 foram rezar o terço, fazer o sinal da cruz, acender velas e músicas. Os participantes citaram também o apoio de parentes e que se utilizaram de orações e meditação, usando aspectos da espiritualidade como forma de conforto e enfrentamento diante da situação do adoecimento.

De acordo com Koenig (2020), a distância social vivenciada na pandemia era uma oportunidade para desenvolver um relacionamento mais forte com Deus por meio de atividades religiosas pessoais, lendo as Sagradas Escrituras e ouvindo ou assistindo programas inspiradores de rádio, podcast ou TV. No estudo de Lucchetti *et al.* (2021) foi possível verificar que pelo menos um terço dos participantes relataram ter aumentado suas atividades religiosas durante a pandemia.

O ato de orar, refletir e meditar podem ser consideradas práticas espirituais na sua forma de manifestação comportamental que aproximam as pessoas de uma busca de sentido. Destaca-se, portanto, a importância da dimensão espiritual na assistência à saúde. A valorização da

espiritualidade pode colaborar para um melhor entendimento e aceitação do contexto, assim como contribui para uma melhor qualidade de vida (Barbosa, 2020a). Nas falas das entrevistadas de Sena e Silva (2023), foi possível perceber a importância e o impacto positivo que a espiritualidade e as suas práticas religiosas oferecem como suporte em um momento delicado e de sofrimento como o de uma pandemia.

Para Teixeira *et al.* (2021), a dimensão espiritual do ser humano se apresenta como uma aliada na busca pelo bem-estar e no enfrentamento do processo saúde-doença. Neste contexto, de acordo com Martins *et al.* (2022), a COVID-19 trouxe uma situação pandêmica com muitos desafios para a sociedade que tiveram que lidar com uma nova realidade, com um processo de adoecimento e muitos com o luto. Assim, a espiritualidade se revelou como um dos principais recursos para se compreender os sofrimentos e fortalecer a humanidade para esses novos desafios, pois ela traz significados e propósitos à vida daqueles que necessitam se restabelecer. Para Koenig (2020), a epidemia de COVID-19 revelou, por um lado, um aumento no estado de ansiedade e, por outro, uma oportunidade para aprofundar a fé religiosa ou um relacionamento pessoal com Deus.

A espiritualidade ajuda a mente e o corpo, ativando as áreas neurológicas dos lobos frontais responsáveis pela emoção, que por sua vez, ativam áreas fisiológicas como o relaxamento do corpo, bem-estar, diminuição do estresse e ânimo, de modo que, práticas como oração e meditação trazem um relaxamento profundo para a mente. Com isso, ao meditarmos, o cérebro ativa os lobos temporal, frontal e sistema límbico, mandando impulsos elétricos para todo o corpo. Neste processo, o lobo pré-frontal e frontal, responsáveis pelo controle das emoções aumentam de tamanho, e em contrapartida, a região parietal, responsável pela lógica passa a ter sua função reduzida, facilitando o acreditar em algo (Saybold, 2007).

Ademais, assim como a ativação de áreas corticais, a liberação de neurotransmissores como a dopamina, também está diretamente envolvida com os comportamentos religiosos, pois eles geram uma cascata nos sistemas pré-frontais, envolvidos com impulso, tomada de decisões e julgamento moral, cujo funcionamento é diretamente influenciado pela dopamina, atuando em regiões como a região negra e a região tegmental ventral, que são regiões do mesencéfalo. Desse modo, a religiosidade ativa os níveis de dopamina que agem gerando uma maior sensação de motivação, confirmando a contribuição da religiosidade e espiritualidade na saúde, uma vez que, apresenta uma influência regulatória sobre os sistemas endócrino, autonômico e hipotálamo (Saybold, 2007). Nesse contexto, na perspectiva desse cenário pandêmico, eleva a aproximação dos profissionais com a E/R, o que é um importante aliado no processo de

enfrentamento ou coping, além do entendimento sobre o que vivenciam, buscando condições e respostas para reagirem diante dessas situações.

Com relação a Escala Breve de Coping Espiritual/Religioso, a amostra do presente estudo sinaliza que Deus é importante para se fortalecer na situação, porém o foco na religião não foi uma estratégia fortemente usada. De acordo com Lancuna e colaboradores (2021) o coping, ou estratégia de enfrentamento é um mecanismo cognitivo e comportamental de manejo do estresse, sendo um dos seus tipos o coping religioso/espiritual, associado ao uso da fé e crenças religiosas na solução de problemas.

A religiosidade e a espiritualidade são buscadas e utilizadas, frequentemente, quando a saúde é afetada, tendo em vista a procura por conforto e estratégias para lidar com as situações adversas que produzem medo e angústia. Tanto para os pacientes quanto para os profissionais, a espiritualidade e a religiosidade são estratégias de enfrentamento utilizadas a fim de minimizar a dor e sofrimento, assim como aumentar o nível de esperança, impactando sua qualidade de vida (Penha *et al.*, 2012).

Estudos disponibilizados têm dado ênfase para a importante relação estabelecida entre religiosidade, espiritualidade e enfrentamento da COVID-19 (Corpuz, 2021; Lucchetti *et al.*, 2021; Roberto *et al.*, 2020). Dados encontrados na literatura científica indicam aspectos positivos da utilização da E/R durante a pandemia, sendo esse uso associado a melhores resultados de saúde, evidenciado por níveis mais elevados de esperança e níveis mais baixos de medo, preocupação e tristeza nas pessoas mais religiosas/espiritualizadas (Lucchetti *et al.*, 2021). Entretanto, para Rossato, Ullán e Scorsolini-Comin (2021), embora a E/R seja uma temática amplamente encontrada na literatura científica demonstrando suas influências nas condições de saúde mental da população, suas associações com o enfrentamento da COVID-19 ainda são pouco exploradas, e isso ocorre pelo fato da pandemia da COVID-19 ser um evento recente e com impactos que não são totalmente possíveis de serem mensurados.

Segundo os estudos de Abu-Raiya *et al.* (2020) e Costa *et al.* (2019), a E/R pode auxiliar na manutenção da esperança, oferecer suporte social e institucional diante de situações inesperadas, auxiliar a lidar com aspectos subjetivos, ajudar a lidar com as dores do adoecimento, dar suporte para os aspectos emocionais, servir de amparo quando os procedimentos tradicionais de cuidado não surtem o efeito esperado, auxiliar no processo de aceitação da condição de adoecimento quando não há mais alternativas terapêuticas convencionais e oferecer condições para lidar com o final de vida. Ainda neste sentido, em estudo realizado com 579 profissionais da saúde, durante a pandemia de COVID-19, pôde-se

perceber a influência positiva da religiosidade e/ou espiritualidade na diminuição de sintomas como medo, ansiedade, inquietação e incertezas (Costa *et al.*, 2021).

Sob o olhar de Santo *et al.* (2013), a E/R caracteriza-se como um instrumento de promoção da saúde, possibilitando um olhar mais humanizado que transcende os limites da razão científica, já que nestas dimensões é possível conferir significado à vida e suas finitudes da existência individual e coletiva. Neste contexto, como observado em Góes e Crossetti (2020) essa dimensão tem sido evidenciada também como um importante recurso de enfrentamento em situações de adoecimento ou que podem comprometer a vida.

De acordo com Monteiro *et al.* (2020), em termos práticos, isso significa que índices maiores de envolvimento religioso costumam estar associado positivamente a medidas de qualidade de vida como bem-estar, satisfação, afetividade positiva, e sentimentos de esperança, empatia e cuidado. Freitas e colaboradores (2015) corrobora com tal ideia, afirmando ser possível identificar correlação entre a E/R como estratégia utilizada para o enfrentamento de situações adversas, como doenças físicas e luto, sendo utilizada como coping, além de ferramenta de apoio social e de auxiliar os indivíduos na ressignificação dos percalços e experiências.

Como em nossa amostra, Gomes *et al.* (2020) observaram que diante de todas as dificuldades e complexidades impostas aos profissionais de saúde na realização do cuidado frente à COVID19, a prática da espiritualidade traz benéficos para saúde emocional e qualidade de vida no envolvimento destes profissionais em suas atividades. Para tanto, em situações de crise, entender o sentido da vida dispondo-se da espiritualidade, pode tornar mais fácil o alcance da resiliência, ressignificação e esperança. O estudo de Costa *et al.* (2021) identificou que muitos profissionais da saúde apresentavam medo, estavam muitos preocupados com a situação, se sentiam tristes, mas eram bastante esperançosos e em sua maioria tinham esta esperança baseada na E/R para o enfrentamento da situação que a pandemia COVID-19 vinha causando.

Vários estudos mostraram que os profissionais de saúde, ao entrarem em contato com pacientes com infecção suspeita ou confirmada da COVID-19, exibiram maior religiosidade e espiritualidade e maior confiança em Deus, associados a uma menor ansiedade e poucas chances de desenvolver depressão e demais problemas de saúde mental (George *et al.*, 2020; Pirutinsky *et al.*, 2021; Prazeres *et al.*, 2021; Kim *et al.*, 2021). Dessa forma, a espiritualidade e a fé são primordiais ao ser humano, uma vez que, por meio delas o indivíduo consegue enfrentar as adversidades e encontrar forças para superar e modificar determinada situação

apresentada no contexto da pandemia. Logo, segundo Hott (2020), a busca da espiritualidade e do autoconhecimento promove qualidade da saúde mental e física. Diante da pandemia, a espiritualidade aponta para o sentido da esperança, o poder da resiliência, a reflexão sobre o processamento da notícia de testagem positiva e a disposição dos meios internos para esse enfrentamento, a percepção de reencontro das relações interpessoais – família e outros, o reconhecimento da fragilidade e vulnerabilidade individual e coletiva, a reaproximação de culturas, crenças e da própria religião (Tavares, 2020).

De acordo com Pirutinsky e colaboradores (2021) e Mahamid e Bdier (2021), o bem-estar espiritual e o enfrentamento religioso positivo foram associados à menor ansiedade da morte, à redução dos sintomas depressivos e do estresse percebido. Além disso, foi negativamente incluído aos sintomas depressivos, ou seja, os indivíduos submetidos a situações estressantes manifestam relações mais intensas com Deus, favorecendo a formação de pensamentos positivos em relação a essas situações, auxiliando-os a enfrentar os impactos dos sintomas depressivos e ansiedade da morte. Neste sentido, existe um crescente corpo de evidências que indicam que a religiosidade e espiritualidade possuem um impacto marcante e positivo sobre a saúde e bem-estar (Koenig *et al.*, 2012).

Sabendo que a pandemia de COVID-19 trouxe diversos impactos para a saúde mental da população em geral e, principalmente, para os profissionais de saúde que trabalharam diretamente com pacientes acometidos por essa doença (Lai *et al.*, 2020), estratégias de enfrentamento puderam ser utilizadas pelos profissionais de saúde naquele momento, e isso foi evidenciado pelos dados encontrados em Miranda *et al.* (2023) em que a religiosidade intrínseca foi fator protetor para depressão. No mesmo sentido, Rodrigues *et al.* (2020) afirmaram que a religiosidade, a fé e a oração auxiliam em momentos de angústia e incerteza, e muitos conseguem enfrentar melhor essas situações com o auxílio dessas crenças, que agem de forma positiva para saúde mental.

Por esse entendimento e mediante o que expõe a literatura, fica à mostra que as estratégias de enfrentamento do estresse, o sofrimento psicológico e os transtornos mentais entre os profissionais de saúde na linha de frente durante a pandemia da COVID-19 são alvo de muitos estudos, pois além de representar um impacto contínuo e imediato, elas podem causar efeitos a longo prazo na saúde do profissional (Kim *et al.*, 2021; Junior *et al.*, 2020; Moreira; Lucca, 2020).

Corroborando com a amostra do presente estudo que mostrou satisfação com a vida, de acordo com o estudo de Teixeira *et al.* (2021), 111 profissionais de saúde que responderam um

instrumento usado para a verificação da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, o *World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness e Personal Beliefs* (WHOQOL-SRPB), com relação aos domínios sentido na vida e admiração, a maior parte dos profissionais entrevistados afirmou, respectivamente, ter um sentido na vida (51,4%), sentir que a sua vida tem uma finalidade (43,2%), que cuidar de outras pessoas lhes proporciona um sentido na vida (43,2%) e que possuem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida (62,2%).

Continuamente, de acordo com a pesquisa realizada por Sena e Silva (2023), no tocante ao Questionário do Sentido da Vida, foi observado que há uma abordagem de dois domínios predominantes, sendo estes, "Presença" e "Busca". As questões sugerem que o indivíduo ou tem o sentido da vida ou encontra-se em busca dele. Compreendeu-se que as pessoas do sexo feminino apresentaram mais Presença de Sentido, enquanto apontou-se para os homens mais Busca de Sentido. Entendendo que o sentido da vida está diretamente ligado à forma que enfrentamos as situações adversas da caminhada, com influência do luto e perda de familiar, no total observou-se a prevalência da categoria de Alta Presença de Sentido (61,76%) em relação a Alta Busca de Sentido (16,18%).

Conforme relatado por Enumo *et al.* (2020), os impactos dessa pandemia abrangem diversos fatores como distanciamento social, alteração de rotina, redução de estímulo social, gerando sentimentos ruins como o medo, que é um importante estressor, podendo causar também reações de ordem física, emocional, comportamental e cognitiva como, por exemplo, dor de cabeça e batimentos acelerados. Portanto, seria interessante encontrar estratégias para superar este momento de estresse e sofrimento. E dessa forma, segundo o psiquiatra Viktor Frankl, citado por Esperandio (2020), o enfrentamento de sofrimentos como o causado pela atual crise só ocorre por meio da construção de sentido, e a espiritualidade se mostra como uma importante ferramenta de ressignificação.

Nesse sentido, para alguns estudiosos, a espiritualidade/religiosidade elevou a sensação de bem-estar psicológico durante a pandemia, desempenhando importante papel na ressignificação da crise, auxiliando a encontrar aspectos positivos na ocasião, melhorando e/ou fortalecendo a saúde mental, ajudando a lidar com as experiências cotidianas de viver durante a pandemia e favorecendo o sentimento de esperança (Roberto *et al.*, 2020; Tuason *et al.*, 2021; Büssing *et al.*, 2020). Entretanto, a utilização da religiosidade e espiritualidade nem sempre constitui um coping religioso/espiritual positivo, podendo manifestar-se de forma negativa, chamado de Coping religioso/espiritual negativo; observou-se que pequenos grupos, com medo

da exposição a COVID-19, apresentaram um CRE e desconfiança em Deus, correlacionando-se com maior estresse e aumento do impacto negativo na saúde mental, evidenciando um possível fator de risco para ansiedade e estresse (Roberto *et al.*, 2020; Pirutinsky et al., 2021).

Para Hott (2020), a pandemia trouxe impactos na saúde mental, elevando o índice de ansiedade, estresse e depressão na população mundial, assim, alguns indivíduos se apegaram na espiritualidade para instigar a qualidade de vida, diante da situação vivenciada, sendo a fé em algo, o componente estratégico para enfrentar as adversidades. Além disso, para Sant'ana, Silva e Vasconcelos (2020), a espiritualidade age como um meio de enfrentamento, como apoio, otimismo, cooperação e compreensão frente ao indivíduo e a situação vivida.

Moreira e colaboradores (2020) compreenderam que maiores níveis de envolvimento espiritual e religioso se associam de forma positiva com indicadores que contribuem para a saúde mental de indivíduos sociais, sendo possível afirmar a influência da fé religiosa/espiritual sobre a vida de saúde mental dos pesquisados. Os autores ainda consideram e defendem a necessidade da espiritualidade/religiosidade como aspectos a serem levados em consideração pelos profissionais nos cuidados a esses pacientes.

Recorrer a esse binômio (E/R) é uma forma de aliviar o sofrimento mental decorrente de estímulos estressantes, como os causados pela pandemia de COVID-19. As práticas de E/R podem ser adotadas de formas diferentes: oração individual, meditação, leitura de texto, gratidão, frequentar templos, igrejas e outros locais para oração comunitária e busca de ajuda espiritual. Neste contexto, o estudo de Souza, Anunciação e Landeira-Fernandez (2023) encontrou que pessoas com altos níveis de E/R foram significativamente menos impactados em relação aos aspectos de depressão e ansiedade. Ainda, de acordo com Koenig (2012), acredita-se que indivíduos com altos níveis de E/R tendem a apresentar resultados mais significativos em termos de saúde mental, pois desenvolvem mecanismos cognitivos e comportamentais para enfrentar as adversidades ao longo do processo de vida.

De acordo com Newberg e Dáquili (2001), a conexão com Deus e a oração causam uma maior produção de serotonina, melatonina, assim como, aumentos nos níveis de GABA, hormônio neurotransmissor que reduz a atividade dos neurônios em várias regiões do cérebro, produzindo uma sensação de calma e relaxamento. Em adição, assim como o córtex parietal, a região do hemisfério esquerdo do cérebro também é particularmente afetada durante a oração, desencadeando um padrão conhecido como afeto positivo e repostas imunológicas elevadas, permitindo que as emoções afetem a saúde através do sistema nervoso central, imunológico,

endócrino, sistema cardiovasculares e neuroendócrino, diante das respostas aos níveis de cortisol, e desse modo, atuando como um tampão para o estresse psicológico (Saybold, 2007).

Fazendo referência ao estudo de Ferreira e colaboradores (2021), a morte se tornou realidade imposta na pandemia para quase 50% dos participantes, os quais conheciam ao menos uma pessoa que morreu de Covid-19. No Brasil, até o final de fevereiro de 2022, quase 650 mil óbitos foram confirmados (MS, 2020). Isso levou a uma necessidade de aproveitar o tempo, a vida e as pessoas. O papel positivo da religiosidade no enfrentamento da incerteza se aplica à situação de pandemia vivida e se exemplifica pelo aumento nas pesquisas do Google por orações em 95 países desde o início da pandemia, referentes a todas as grandes religiões (Gut *et al.*, 2021).

Neste contexto, Sant'ana, Silva e Vasconcelos (2020) mencionaram alguns relatos de profissionais que vivenciaram a pandemia, demonstrando que as habilidades espirituais podem ser utilizadas para aliviar o estresse e o sofrimento psíquico tanto dos profissionais quanto dos pacientes e suas famílias. Os efeitos da religiosidade/espiritualidade sobre a saúde mental estão relacionados às alterações que as crenças desta natureza promovem no modo como as pessoas vivem como lidam com fatores estressores, o amparo e suporte social que recebem nesses contextos.

Oman (2020, p. 225), ao analisar o papel da religião e da espiritualidade nos indicadores de saúde pública, considerou as evidências, as implicações e os recursos da interação entre ambos e a saúde física e mental, destacando que, no mundo atual, “evidências apoiam a associação entre espiritualidade e religiosidade (E/R) com taxas mais baixas de depressão, ansiedade, suicídio, demência e doenças relacionadas ao estresse e relações mistas com formas graves de doença mental”. Como consequência, espiritualidade e religiosidade têm reduzido complicações cirúrgicas, internações e mortalidade, bem como, melhorado condições de funcionamento físico do organismo, qualidade de vida e bem-estar subjetivo, além de diminuir o stress.

Nesse sentido, dentre as várias estratégias de enfrentamento para lidar com os desafios impostos pela pandemia da COVID-19, os profissionais de saúde podem apresentar a espiritualidade como uma das principais maneiras de aumentar o seu bem-estar. Por isso, pode-se perceber a espiritualidade como uma dimensão importante do ser humano que serve como suporte para o sofrimento e também como fortalecimento diante de sentimentos como medo, angústia, ansiedade, insegurança e frustração (Tavares, 2020).

Para Barbosa *et al.* (2020b), é bem verdade que as práticas espirituais auxiliam os profissionais e as equipes a lidarem com o sofrimento psicológico e os fatores estressores decorrentes da pandemia da COVID-19. Dessa forma, o desenvolvimento da espiritualidade pode ser entendido como um grande suporte de enfrentamento para os profissionais da área da saúde. Alguns dos inúmeros efeitos positivos que a espiritualidade pode trazer são: redução das preocupações, ansiedades, medos e pânico, aumento do sentimento de solidariedade e cooperação com a sociedade.

A saúde é o bem-estar físico, mental, social e espiritual (WHO, 1999). Portanto, no processo de cuidar é fundamental considerar a saúde física, mental, social e espiritual do indivíduo, ou seja, é importante atentar também para a espiritualidade, sem a qual impossibilita praticar um atendimento integral (Silva *et al.*, 2020). A espiritualidade é o meio pelo qual as pessoas encontram conforto, esperança e paz interior, esta busca pode dar-se através da religião ou não, alguns indivíduos encontram significado para suas vidas através da arte, da música ou da interação com a natureza, alcançando assim o bem-estar espiritual (Anandarajah; Hight, 2001). A religiosidade, por sua vez, é a prática da crença de forma organizada, através da filiação aos templos religiosos e da prática de rituais (Koenig *et al.*, 2012).

Neste contexto, embora o movimento de espiritualidade nos locais de trabalho tenha começado no início da década de 1920, ganhou impulso no final da década de 1990 com a disseminação de um desejo crescente entre os funcionários de ter significado e propósito no trabalho, e não apenas dinheiro. As organizações que incentivam ativamente a espiritualidade no local de trabalho relataram o seu impacto positivo no bem-estar dos funcionários (Hawley; Hawley, 1993) e no desempenho no trabalho (Duchon; Plowman, 2005).

Na visão de Zamulak (2015), a realização do ser humano encontra-se justamente na capacidade de sair de si para amar, servir e ajudar. Por isso, a autotranscendência evidencia o fato da existência humana sempre se referir a alguma coisa ou a alguém, ou seja, um objetivo a abraçar ou alguém para amar. Essa visão antropológica do ser humano pode ser percebida através dos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19, que ao olharem para algo além de si mesmos, se expuseram para poderem cuidar e ajudar os pacientes.

Foi observado em nossa amostra que grande parte (90%) não questionou crenças religiosas dos pacientes e a maioria dos profissionais (60%) utilizou da espiritualidade como uma estratégia no manejo de pacientes infectados por COVID-19. Nesse sentido, conforme em Barbosa *et al.* (2020a), a espiritualidade é um elemento contribuinte do cuidar, buscando diminuir o sofrimento e alcançar esperança, principalmente em situações de desespero e sem

terapêutica, então, quanto maior a espiritualidade do profissional, maior será o impacto positivo sobre a recuperação e qualidade de vida do paciente. Além disso, Farinha *et al.* (2018) destacam que essa espiritualidade do profissional não deve ser confundida com religião, ambos se complementam, porém são coisas distintas, espiritualidade traz sentido, conforto e significado, por outro a religião é uma instituição onde as pessoas que concordam com aquelas crenças, dogmas pré-estabelecidos e a práticas exercendo assim sua religiosidade.

Nesse cenário, o profissional de saúde ao desenvolver sua espiritualidade em prol da comunidade, poderá reduzir aflições e pânico inerentes desse momento e que interferem no entendimento das medidas preventivas/protetivas e na adesão aos cuidados estabelecidos. Além disso, a espiritualidade tende a aumentar no profissional, a atenção e valorização da pessoa, e, conseqüentemente, com o abandono de vaidades e pretensões individuais, absorve todo sentido de solidariedade, cooperação e do seu juramento profissional a partir da premissa que “amará o teu próximo como a ti mesmo” (Tavares, 2020).

Além do exposto, para Scorsolini-Comin *et al.* (2020), a E/R pode ter sido um recurso justamente por acolher a incerteza que atingiu as vivências das pessoas no momento da pandemia. Como ainda não havia recursos de saúde que pudessem ser disponibilizados para proteção de toda população, as dúvidas e angústias das pessoas em relação à doença ainda eram significativas. Ademais, Matos (2020) destaca que esse quadro de incertezas ainda foi atenuado por informações inverídicas referentes à doença e as vacinas desenvolvidas, e que tal instabilidade faz com que as pessoas recorram a recursos complementares e alternativos que estejam ao alcance no momento, como a E/R que acaba promovendo reflexões importantes na manutenção da saúde mental e de uma atividade de vigilância associada a uma atitude de esperança. Para Harmuch, Cavalcante e Zanoti-Jeronymo (2019), o enfoque na E/R permite aos profissionais oferecerem cuidado integral, podendo ser considerado, inclusive, como terapêutico e valorizado, já que a tecnologia muitas vezes não alcança de maneira efetiva todas as intervenções e soluções nos serviços de saúde.

Como disse Sena e Silva (2023), torna-se inquestionável a importância do propósito e de um sentido da vida como recurso para os profissionais de saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. Apesar de um cenário difícil e complexo, o que importa são os valores humanos e universais como a solidariedade, compaixão, altruísmo e coisas imateriais e espirituais como a fé, a oração, o valor do sofrimento, do trabalho e do amor. A espiritualidade, portanto, revela-se como um dos principais recursos dos profissionais de saúde e da sociedade

para compreender os sofrimentos que perpassam a vida e fortalecer a humanidade no contexto pandêmico.

Com base nas percepções de Kristeller *et al.* (2005) e Mccord *et al.* (2004), muitos dos pacientes possuem alguma forma de religiosidade/espiritualidade e desejam que questões relacionadas sejam feitas pelo profissional de saúde, especialmente o médico. Essa interação agrupa maior empatia, confiança no profissional e dá ao paciente uma percepção de melhor acolhimento, o que fortalece a relação médico-paciente.

Em um estudo realizado com 53 profissionais de saúde que atuavam em uma Unidade de Terapia Intensiva, no interior da Bahia, os profissionais afirmaram que a sua religiosidade/espiritualidade exerce influência importante no entendimento de cada um quanto ao processo saúde-doença, bem como na condução de sua relação com o paciente, portanto, a espiritualidade dos profissionais de saúde assume um importante papel, não somente sobre o cuidado prestado, como também proporcionando bem-estar, melhorando o relacionamento e a qualidade de vida de cada indivíduo (Longuiniere *et al.*, 2018).

Para verificar se as diferentes interpretações sobre a influência da espiritualidade e/ou religiosidade na saúde são reflexos das próprias características religiosas, um estudo realizado nos Estados Unidos analisou essa probabilidade com 1144 médicos. O estudo de Curlin *et al.* (2007) conclui que as noções sobre a relação entre espiritualidade e/ou religiosidade e saúde do paciente estão fortemente associadas às características religiosas dos próprios médicos, e que a maioria dos médicos acredita que a espiritualidade e/ou religiosidade possui influência positiva sobre a saúde. Neste sentido, estudiosos na Itália em meio à pandemia de COVID-19 afirmaram que as habilidades espirituais são especialmente importantes para aliviar o estresse e o sofrimento psíquico dos profissionais de saúde, bem como dos pacientes e suas famílias (Chirico; Nucera, 2020).

Neste contexto, um aspecto que deve ser discutido é o de que todo o contato corporal entre equipe de saúde e paciente acabou sendo fragilizado, sendo mediado por equipamentos de proteção indispensáveis e de algum modo, afastou esses sujeitos em interação. O contato não apenas mediado por esses equipamentos, mas também o medo desses profissionais se infectarem, no momento de consultas e de tratamentos, puderam comprometer a própria assistência em saúde, gerando afastamento, estigma e falta de acolhimento. Em que pesem as regras e protocolos de proteção aos pacientes e equipes de saúde, essas características do atendimento em um contexto de pandemia podem ser consideradas, em uma leitura mais estreita, como desumanizadoras. Assim, a E/R podia ser um aspecto a ser trabalhado pelas

equipes e com os próprios pacientes, podendo funcionar como uma dimensão sobre a qual poderia refletir em busca de inteligibilidades, em busca de um acolhimento que não podia ser oferecido, por exemplo, a partir do toque e de uma proximidade corporal maior (Scorsolini-Comin *et al.*, 2020).

A dimensão espiritual foi incluída pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no conceito multidimensional de saúde, que considera o conceito de espiritualidade desvinculado de qualquer tipo de práticas religiosas. A espiritualidade pode ser definida como forma de se conectar com o sagrado, mas para que isso aconteça são necessários fatores como religião por meio da fé, oração, meios que correspondam às perguntas mais íntimas e profundas como a busca do sentido real da vida (Puchalski *et al.*, 2011). Mas, se a espiritualidade pode ser importante para os pacientes e seus familiares, ela também pode ser relevante para quem está envolvido com os cuidados, não apenas para que se sensibilizem com seus pacientes, mas também para seu autocuidado (Goyal *et al.*, 2020).

Assim, de forma geral, desenvolver a E/R em cenários de cuidado pode ser uma ferramenta positiva, de enfrentamento e importante para diminuir estressores gerados em ambientes hospitalares e no contexto de saúde. E apesar da falta de uma formação profissional sensível a essa temática em cursos de saúde dificultar esse diálogo (Cunha *et al.*, 2020; Cunha; Scorsolini-Comin, 2019), a busca por respostas no contexto da E/R para as situações vivenciadas contemporaneamente pode ser um indicativo que o cuidado religioso-espiritual não deve ser algo apartado de outras formas de cuidar, onde a escuta para essa dimensão não deve ser exclusiva, mas estar integrada a demais formas de atenção que se revelem importantes, ou melhor, o cuidado espiritual deve estar presente em todo sistema de saúde (Ferrell *et al.*, 2020).

Os estudos ainda são bastante novos e a Covid-19 foi um acontecimento muito particular na história recente da humanidade, portanto este estudo pode trazer profundas reflexões e adaptações para o futuro, sendo necessário mais pesquisas. O estudo também traz contribuições importantes para trabalhadores de saúde e pacientes, mostrando que a E/R contribui positivamente para o profissional, de forma a auxiliar em sua saúde mental, maior bem-estar e mais disposição para enfrentar as demandas e desafios do trabalho, reduzindo o estresse ocupacional, assim como pode trazer benefícios para a forma como esses trabalhadores da saúde oferecem a sua assistência e cuidado aos seus pacientes em ambiente de trabalho, estando sob estresse e diante de momentos difíceis e extremos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizar um trabalho científico não é tarefa das mais fáceis em todas as etapas pelas quais metodicamente passamos se buscamos a excelência acadêmica, em respeito aos vários autores citados por pertinência à temática, também na busca por seguir mais de perto a sistematização aconselhada pela orientação. No entanto, todo esforço empreendido, bem como o reconhecimento de que mediante a problemática optamos por uma pesquisa exequível e que trouxe resultados que serão somados aos estudos em CR, no sentido de reforçar a importância de que muitos outros sejam estimulados, realizados e difundidos.

A peculiaridade da temática, do local da pesquisa e da população que compôs a amostra foram fatores que se revelaram positivos. Por um lado, a ambiência foi favorecida porque desenvolvemos há mais de uma década as nossas atividades laborais na área de saúde, por outro, essa população amostral esteve reunida no período pandêmico e na “trincheira da batalha”, no que convencionamos chamar “linha de frente” do combate à doença. Então, o enfrentamento apesar de ser realizado individualmente e ter como parâmetro os valores pessoais e éticos de cada um, partilharam protocolos, pacientes, orientações governamentais, além de toda sorte de pertinências desse período pandêmico.

Outro aspecto positivo que foi relevante para essa investigação foi o volume de estudos acadêmicos encontrados. Evidentemente, que uma revisão da literatura mais acurada é uma atividade inerente de um estudo exploratório, se constituindo por isso, uma etapa essencial que busca refinar o entendimento dos pesquisadores, de modo que haja uma aproximação dos termos descritores com a construção teórica dos textos encontrados e que possam ser utilizados na fundamentação que buscamos construir como *corpus* teórico. Nesse sentido, muitos textos sobre a COVID-19 e do enfrentamento dessa doença, além dos aspectos que falavam das situações de estresse pelas quais as pessoas foram obrigadas a passar por causa da doença, também pelo isolamento social.

No entanto, não que seja considerado um aspecto negativo, mas se constituiu um viés que nos obrigou a ampliar ainda mais o nosso olhar em busca de similaridades semânticas e lexicais. Dizemos isso pela nossa aproximação com o objeto de estudo, por pertencimento à área de Saúde e pelas convicções que nortearam esse estudo em forma de hipótese, sendo confirmadas em seguida. Destarte toda a elaboração e sistematização da literatura, ainda muito pouco é escrito sobre a importância da E/R para os profissionais médicos, embora as respostas ao questionário confirmaram a essencialidade do aspecto de contarem com a espiritualidade em

maior número, do que com a religiosidade, embora ambas sejam referenciadas dentro desse contexto.

Por esse entendimento, compreender a E/R na vida pessoal e no exercício profissional do médico infectologista no atendimento à saúde de pacientes graves suspeitos e/ou confirmados de COVID-19 no período pandêmico nos permitiu perceber quanto a E/R influi na vida pessoal e profissional, sendo também capaz de repercutir de forma positiva na vida de outrem. A E/R serviu de amparo frente a pandemia da COVID-19.

Os instrumentos aplicados nos permitiram enxergar ainda mais a E/R como uma importante dimensão que interfere nas condições de saúde da população (individual e coletivamente), sendo um determinante social importante de ser considerada na saúde pública. Tal situação acaba por sustentar a importância das escalas utilizadas e respaldar sua pertinência na investigação da E/R como essa dimensão humana que não se pode ser evitada, o que leva a sugestão da aplicação de tais instrumentos, com o mesmo foco, em outras populações avaliando cada caso com suas devidas especificidades.

Uma das grandezas deste estudo é a impossibilidade de o repetir. O mesmo foi realizado num momento único da história da humanidade que talvez não se repita. Além do mais, encontravamos-nos inseridos no momento histórico em questão, vivendo as dores reais da pandemia, como que um espinho inserido na carne. Além do mais, nossa pesquisa vem refletir sobre uma temática que saiu recentemente do hermetismo religioso para um campo do saber prismático que tenta compreender o homem e sua interação com o fenômeno religioso nas suas mais diversas esferas – psicológica, antropológica, histórica, sociológica entre outras e, que tem, no decorrer dos últimos anos, aglomerado um rico espólio intelectual.

Este estudo permitiu conhecer os impactos da E/R na vida dos profissionais médicos infectologistas durante a pandemia de COVID-19 e pode auxiliar na busca de ferramentas e meios que venham ser aplicadas para reduzir os agravos à saúde mental em meio a situações extremas, como foi o caso de uma pandemia vivenciada e, também, contribuir para o enfrentamento e melhorar a qualidade do cuidado prestado por esses profissionais em seus locais de trabalho.

Nessa relação dicotômica, entre a E/R e os cuidados de saúde, temos uma longa peregrinação a fazer, não mais como o “Solitário” de Augusto dos Anjos, mas como um ser vivo cujo pulso ainda pulsa ressaltando que na matéria humana há uma entidade animada que torna o homem cada vez mais ampla, mais complexo e mais extenso.

É com uma imensa alegria e sentimento de dever cumprido que ratificamos o alcance dos objetivos propostos nesta nossa empreitada científica e, por conseguinte, abrir portas para a produção de muitos outros estudos, sobretudo com outras abordagens, outras localidades e outras populações que necessitam de olhares investigativos no sentido de mostrar as experiências vivenciadas pelos seres humanos em relação ao seu sagrado. Seus ritos, mitos e fenômenos religiosos, tradições culturais, crenças e cosmovisões variadas que sejam somadas em outras pesquisas que não esgotarão a temática, como nós não esgotamos, mas ajudarão a preencher uma lacuna essencial, que é o saber “de si” e dos outros.

REFERÊNCIAS

- ABU-RAIYA, H. *et al.* Religious coping and health and well-being among jews and muslims in Israel. **The International Journal for the Psychology of Religion**, v.30, n.3, p. 202-215, 2020.
- AL EID, N. A. *et al.* The mediating role of religiosity and hope for the effect of self-stigma on psychological well-being among COVID-19 patients. **Work**, v. 68, n. 3, p. 525-541, 2021.
- AL MAQBALI, M *et al.* Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **J Psychosom Res.**, v. 141, 2021.
- AMARAL, Rodrigo Claudino *et al.*. Relevância da religiosidade e da espiritualidade na medicina. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 2, p. e3313244448-e3313244448, 2024.
- AMERONGEN-MEEUSE, V.N. J. C. *et al.* Religious/spiritual care needs and treatment alliance among clinical mental health patients. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.28, n.3, p.370–383, 2021.
- ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. **Am Fam Physician**, v.63, n.1, p.81-89, 2001.
- ANDRADE, H. M. de. **Corpo e psicanálise**. São Leopoldo, RS, Brasil: UNISINOS, 1998.
- ANJOS, A. dos. **Eu e outras poesias**. 42^a. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.
- AQUINO, T. A. A. **et al.** Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicol. cienc. prof.** v. 29 (2), p. 228-243, 2009.
- ARSLAN, G.; ALLEN, K.-A. Exploring the association between coronavirus stress, meaning in life, psychological flexibility, and subjective well-being. **Psychology, Health & Medicine**, v. 27, n. 4, p. 803–814, 21 abr. 2022.
- ASSIS, T. S. Entre o religioso e o secular. **CSONline** - revista eletrônica de ciências sociais, [S. l.], n. 29, 2019. DOI: 10.34019/1981-2140.2019.17569. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17569>. Acesso em: 10 fev. 2024.
- AWAAD, R. *et al.* Islamic Civilizations and Plagues: The Role of Religion, Faith and Psychology During Pandemics. **Journal of Religion and Health**, 23 fev. 2023.
- BALBONI, M. J. *et al.* The Relationship between Medicine, Spirituality and Religion: Three Models for Integration. **Journal of Religion and Health**, v. 53, n. 5, p. 1586–1598, out. 2014.
- BAMONTI, P. *et al.* Spirituality attenuates the association between depression symptom severity and meaning in life. **Aging & Mental Health**, v. 20, n. 5, p. 494–499, 3 maio 2016.

BARBOSA, D. *et al.* A Espiritualidade e o cuidar em enfermagem em tempos de Pandemia. **Enfermagem em Foco**, v.11, n.1, p. 131-134, 2020a.

BARBOSA, D. J. *et al.* Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19. **Com. Ciências Saúde**, p. 31–47, 2020.

BARROS, Vitor de Jesus Costa. *et al.* A influência da espiritualidade no contexto de pacientes oncológicos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 3, p. e15439-e15439, 2024.

BATRA, K. *et al.* Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 23, p. 9096, 2020.

BENTZEN, J. In Crisis, We Pray: Religiosity and the COVID-19 Pandemic. **Journal of Economic Behavior & Organization**, v.192, p.541-583, dez, 2021.

BEYER, P. Conceptions of Religion: On Distinguishing Scientific, Theological, and “Official” Meanings. **Social Compass**, v. 50, n. 2, p. 141–160, jun. 2003.

BÍBLIA DE JERUSALÉM. **Tradução da Escola Bíblica de Jerusalém**. 6ª ed. São Paulo: Paulus, 2010.

BIONDO, C.S. A influência da espiritualidade/religiosidade no enfrentamento da Covid-19 pelos profissionais de saúde. **Revista Pró-univerSUS**, v.14, n.3, p.27-34, set-dez, 2023.

BOFF, L. **Espiritualidade** – Um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BORGES, Bernardo Sesana. *et al.* Abordagem espiritual por profissionais da saúde no processo ativo de morte nos pacientes em cuidados paliativos. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 16, n. 2 Edição Especial, 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 – 09/09/2021**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília: ANVISA, 2021a.

BRASIL. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). **Dados da Religião no Brasil**. Mapa da religião no Brasil IBGE. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?tema=censodemog2010_religiao. Acesso em: 3 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil**. 2020 Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em 28 fev 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Máscaras caseiras podem ajudar na prevenção contra o coronavírus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa CGGAP/DESF/SAPS/MS N° 3/2020**. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 1.102**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/group/about/dados-sobre-srag> Acesso em: 27/07/2023.

BRASIL. Senado Federal. **Falta de normas claras e de ações coordenadas para distanciamento social prejudica combate à COVID**. Brasília, DF: Agência de notícias do Senado Federal, 2021b.

BRITT, K. C. *et al.* Religion, Spirituality, and Coping During the Pandemic: Perspectives of Dementia Caregivers. **Clinical Nursing Research**, v. 32, n. 1, p. 94–104, jan. 2023.

BROOKS, S. K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912–920, mar. 2020.

BUCHTOVA, M. *et al.* The Associations of Experiencing the COVID-19 Pandemic With Religiosity and Spirituality: A Cross-Sectional Study in Czech Adults. **International Journal of Public Health**, v. 67, p. 1604712, 2022.

BUCK, H. G. Spirituality: Concept Analysis and Model Development. **Holistic Nursing Practice**, v. 20, n. 6, p. 288–292, nov. 2006.

BÜSSING, A. Application and Implementation of the Spiritual Needs Questionnaire in Spiritual Care Processes. Em: BÜSSING, A. (Ed.). **Spiritual Needs in Research and Practice**. Cham: Springer International Publishing, 2021. p. 79–85.

BÜSSING, A. *et al.* Perceived changes of specific attitudes, perceptions and behaviors during the Corona pandemic and their relation to wellbeing. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 18, n. 1, p. 374, dez. 2020.

BÜSSING, A. *et al.* Perceived changes of specific attitudes, perceptions and behaviors during the Corona pandemic and their relation to wellbeing. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 18, n.374, p.1-17, 2020.

BÜSSING, A. *et al.* Perceptions of Spiritual Dryness in Iran During the COVID-19 Pandemic. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 5, p. 3347–3371, out. 2021.

BÜSSING, A. *et al.* Tumor Patients' Perceived Changes of Specific Attitudes, Perceptions, and Behaviors Due to the COVID-19 Pandemic and Its Relation to Reduced Wellbeing. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, p. 574314, 2020.

BÜYÜKBAYRAM, Z *et al.* Analysis of the Spiritual Orientations and the Hopelessness Levels of the Patients Diagnosed with COVID-19: A Cross-Sectional Study. **Florence Nightingale Journal of Nursing**, v. 30, n. 2, p. 182–189, 13 jun. 2022.

CABATBAT, K. P. M.; CAMARINES, T. M. Self-actualization through religious coping is needed in the time of COVID-19 pandemic. **Journal of Public Health**, v. 44, n. 2, p. e335–e335, 27 jun. 2022.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27/07/2023.

CAMPOS, Gastão W. S. O pesadelo macabro da COVID-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-5, 2020.

CAMPOS, R. C. A.; OLIVEIRA, R. A percepção da saúde, espiritualidade, e religiosidade em enfermeiros de um hospital escola. **Revista de Ciências Médicas**, v. 31, p. 1–10, 2022.

CÂNDIDO, D. da S. *et al.* Routes for COVID-19 Importation in Brazil. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, p. 1-3, 2020.

CARDOSO, E. A. O. *et al.* The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020.

CARDOSO, Alexandra Sombrio *et al.* Religiosidade e espiritualidade na perspectiva dos profissionais da saúde no contexto das doenças crônicas: uma revisão integrativa. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 11, n. 4, p. 3260-3270, 2023.

CARNEIRO, C.; ABRITTA, S. Formas de existir: a busca de sentido para a vida. **Rev. Abordagem Gestalt**, 2. v. 14, p. 190–194, 2008.

CARVALHO, P. O. *et al.* The Impact of the COVID-19 Lockdown on European Students' Negative Emotional Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Behavioral Sciences (Basel)**, v. 12, n. 1, p. 3, 2021.

CASALEIRO, T. *et al.* Instruments for Assessing Spiritual/Religious Coping in Multicultural Clinical Settings. **Journal of Christian Nursing**, v. 39, n. 4, p. 236–243, out. 2022.

CÉNAT, J. M. *et al.* Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Psychiatry Research**, v. 295, p. 113599, 2021.

CHANG, M.-C. *et al.* The Effect of Religion on Psychological Resilience in Healthcare Workers During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. **Frontiers in Psychology**, v. 12, p. 628894, 11 mar. 2021.

CHEN, Q. *et al.* Prevalence and Risk Factors Associated with Postpartum Depression during the COVID-19 Pandemic: A Literature Review and Meta-Analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 4, p. 2219, 2022.

CHIRICO, F.; NUCERA, G. An Italian Experience of Spirituality from the Coronavirus Pandemic. **Journal of Religion and Health**, v. 59, n. 5, p. 2193-2195, 2020.

CHIU, L. *et al.* An Integrative Review of the Concept of Spirituality in the Health Sciences. **Western Journal of Nursing Research**, v. 26, n. 4, p. 405–428, jun. 2004.

CHOW, S. K. *et al.* Religious Coping, Depression and Anxiety among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: A Malaysian Perspective. **Healthcare**, v. 9, n. 1, p. 79, 2021.

COHEN, D. *et al.* Examining Cultural, Ethnic, and Religious Differences with the Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality in the U.S. and India. **Journal of Religion and Health**, v. 61, n. 4, p. 3492–3506, ago. 2022.

COPPOLA, I. *et al.* Spiritual Well-Being and Mental Health During the COVID-19 Pandemic in Italy. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, p. 626944, 2021.

CORDERO, D. A. “And with your spirit”: a holistic support for healthcare workers in the midst of COVID-19 pandemic. **Journal of Public Health**, v. 43, n. 2, p. e319–e320, 7 jun. 2021.

CORPUZ, J. C. G. Religions in action: the role of interreligious dialogue in the COVID-19 pandemic. **Journal of Public Health**, v. 43, n. 2, p. 236-237, 2021b.

CORPUZ, J. C. G. Science, religion and state: a multidimensional perspective. **Journal of Public Health**, v. 43, n. 3, p. 547-548, 2021a.

CORPUZ, J. Religions in action: The role of interreligious dialogue in the COVID-19 pandemic. **Journal of Public Health**, v. 43, n.2, p.e236-237, jun, 2021.

COSTA, B.C.P. *et al.* Religiosidade e Espiritualidade entre Profissionais da Saúde em tempos de Pandemia. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n.4, p. 18329-18341, 2021.

COSTA, D. T. *et al.* Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, n.3, p.640-645, 2019.

COSTANZA, A. *et al.* Meaning in life and demoralization: a mental-health reading perspective of suicidality in the time of COVID-19. **Acta Bio Medica Atenei Parmensis**, v. 91, n. 4, p. e2020163, 10 nov. 2020.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; BÚ, Emerson do. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software Tri-deux (version 5.2). **Revista Campo do Saber**, Cabedelo, v. 3, 2017, p. 219-243.

CREPALDI, M. A. *et al.* Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, p. e200090, 2020.

CRUZ, T. A. CARVALHO, A. M. C. SILVA, R. D da. Reflexão do autocuidado entre os profissionais de enfermagem. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v. 5, n. 1, Jan./Jun, 2016, p. 96 - 108.

CUNHA, M. N. **Entre a informação e a “infodemia”**: a COVID-19 e as mídias. In: PASSOS, J. D. A pandemia do coronavírus - onde estivemos? para onde iremos? Paulinas, 2020, p. 131 - 149.

CUNHA, V. F. *et al.* Religiosidade/Espiritualidade em saúde: uma disciplina de pós-graduação. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v.11, n.3, p.232-251, 2020.

CUNHA, V. F.; SCORSOLINI-COMIN, F. A religiosidade/espiritualidade (E/R) como componente curricular na graduação em Psicologia: Relato de experiência. **Psicologia Revista**, v.28, n.1, p. 193-214, 2019.

CURLIN, F. A. *et al.* Physicians’ observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. **Arch Intern Med**, v.167, n.7, p.649-54, 2007.

CURRIN-MCCULLOCH, J. *et al.* Searching for the “Aha Moments”: Healthcare Social Workers’ Experiences of Hope and Meaning-Making during COVID-19. **Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care**, v. 18, n. 4, p. 325–344, 2 out. 2022.

DALLE AVE, A. L.; SULMASY, D. P. Health Care Professionals’ Spirituality and COVID-19: Meaning, Compassion, Relationship. **JAMA**, v. 326, n. 16, p. 1577, 26 out. 2021.

DAMIANO, R. F. *et al.* Mental health interventions following COVID-19 and other coronavirus infections: a systematic review of current recommendations and meta- analysis of randomized controlled trials. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 43, n. 6, p. 665–678, 2021.

DAVID, A. B. *et al.* Religiousness in the first year of COVID-19: A systematic review of empirical research. **Current Research in Ecological and Social Psychology**, v. 4, p. 100075, 2023.

DA SILVA, A. B.; GUERRA, V. M. Espiritualidade e Sentido de Vida: correlatos sociodemográficos. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 18, n. 2, 2024.

DA SILVA, R de C. F. *et al.* Percepção dos graduandos de enfermagem acerca da dimensão espiritual no processo saúde-doença-cuidado em perspectiva fenomenológica. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 2, p. e023081-e023081, 2023.

DA SILVA, T. F. *et al.* Religiosidade e espiritualidade de universitários com ideação e tentativa de suicídio. **Contribuciones a las ciencias sociales**, v. 16, n. 8, p. 12240-12257, 2023.

DE JESUS, G. T. *et al.* O papel da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, p. e19812139531-e19812139531, 2023.

DE MACEDO, E. P. N.; ESPERANDIO, M. R. E. Cuidado Espiritual em Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas–Estudo de caso. **Revista Pistis & Praxis**, v. 15, n. 2, p. 257-269, 2023.

DE SOUSA, G. M. *et al.* Mental Health in COVID-19 Pandemic: A Meta-Review of Prevalence Meta-Analyses. **Frontiers in Psychology**, v. 12, p. 703838, 2021.

DEL CASTILLO, F. A. Health, spirituality and COVID-19: Themes and insights. **Journal of Public Health**, v. 43, n. 2, p. e254–e255, 7 jun. 2021.

DEL CASTILLO, F.A. *et al.* Church In Action: the role of religious interventions in times of COVID-19. **Journal of Public Health**, v. 42, n. 3, p. 633-4, 2020.

DEMISSIE, D. B.; BITEW, Z. W. Mental health effect of COVID-19 pandemic among women who are pregnant and/or lactating: A systematic review and meta-analysis. **SAGE Open Medicine**, v. 9, 2021.

DEROSSETT, T. *et al.* Religious Coping Amidst a Pandemic: Impact on COVID-19-Related Anxiety. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 5, p. 3161–3176, out. 2021.

DIEHL, A. A; TATIM, D. C. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Pearson Brasil, 2004.

DIENER, E. *et al.* The satisfaction with life scale. **Journal of Personality Assessment**, v. 49, p. 71-75, 1985.

DOBRAKOWSKI, P. P. *et al.* Religious Coping and Life Satisfaction during the COVID-19 Pandemic among Polish Catholics. The Mediating Effect of Coronavirus Anxiety. **Journal of Clinical Medicine**, v. 10, n. 21, p. 4865, 22 out. 2021.

DOLCOS, F. *et al.* Religiosity and Resilience: Cognitive Reappraisal and Coping Self-Efficacy Mediate the Link between Religious Coping and Well-Being. **J Relig Health**, n 60, 2892–2905, 2021.

DOWBOR, L. Além da pandemia: numa convergência de crises. In: PASSOS, J. D. A **Pandemia do coronavírus - onde estivemos? para onde iremos?** Paulinas, 2020, p. 25 - 47.

DRUMMOND DE ANDRADE, Carlos. **Lição de Coisas: poesia**. São Paulo: J. Olympio, 1965.

DUCHON, D.; PLOWMAN, D. A. Nurturing the spirit at work: Impact on work unit performance. **Leadership Quarterly**, v. 16, n.5, p. 807-833, 2005.

DÜNDAR, M.; ASLAN, H. Association Between Nurses' Spirituality and Frequency of Spiritual Therapeutic Care in Turkey. **Journal of Religion and Health**, v. 61, n. 3, p. 1922–1935, jun. 2022.

DUTRA, C. C. D.; ROCHA, H. S. Religious Support as a Contribution to Face the Effects of Social Isolation in Mental Health During the Pandemic of COVID-19. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 1, p. 99–111, fev. 2021.

ENUMO, S. R. F. *et al.* **Enfrentando o estresse em tempos de pandemia**: proposição de uma cartilha. vol.37, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/19820275202037e200065>. Acesso em 06 de fev de 2024.

ESPERANDIO, M. Cuidar da mente é cuidar do espírito: Espiritualidade e saúde em tempos de coronavírus. **Sempre família**, 2020. Artigo publicado em 25/03/2020. Disponível em: <https://www.semprefamilia.com.br/comportamento/cuidardamenteecuidardoespiritoemtemposcoronavirus/> Acesso em 10 de fev de 2024.

ESPERANDIO, M. Espiritualidade e saúde: a emergência de um campo de pesquisa interdisciplinar. **REVER - Revista de Estudos da Religião**, v. 20, n. 2, p. 7–10, 28 set. 2020.

ESPERANDIO, M. R. G. *et al.* Brazilian Validation of the Brief Scale for Spiritual/Religious Coping-SRCOPE-14. **Religions**, v. 9, p. 31, 2018.

ESPERANDIO, M. R. G. *et al.* Coping religioso/espiritual na antessala de UTI: reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. **Interações**, 12(22), 303-322. ISSN: 1809- 8479. 2017.

ESPERANDIO, M. R. G. *et al.* Spirituality in Clinical Practice: The Perspective of Brazilian Medical Students. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 3, p. 2154–2169, jun. 2021.

ESPERANDIO, M. R. G.; *et al.* Brazilian Adaptation and Validation of the Religious and Spiritual Struggles (RSS) Scale - Extended and Short Version. **Religions**, v. 13, n. 4, p. 282, 2022.

ESPERANDIO, M. R. G.; *et al.* Brazilian Validation of Centrality of Religiosity Scale (CRS-10BR and CRS-5BR). **Religions**, v. 10, p. 508, 2019.

ESPERANDIO, M. R. G. *et al.* Abordagens Narrativas em Espiritualidade e Saúde: teoria, metodologia e pesquisa aplicada. **Revista Pistis Praxis**, v. 14, n. 3, 26 dez. 2022.

ESPERANDIO, M. R. G. “O elefante na sala”: a dimensão espiritual nas práticas de cuidado em Saúde. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em português), v. 19, n. 2, p. 4-5, 2023.

ESQUIVEL, N. N. V. S. **COVID-19 no município de Manaus**: perfil dos óbitos no período de março de 2020 a junho de 2021. 2022. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Mestre em Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz. 2022.

FARINHA, F.T. *et al.* Correlação entre espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em adolescentes. **Revista Bioética**, v.26, n.4, Out/Dez, 2018.

FARRIS, J. R. Aconselhamento psicológico e espiritualidade. In: AMATUZZI, M. M. **Psicologia e espiritualidade**. 2ª ed. São Paulo: Paulus, 2008.

FERGUSON, G. A. **Statistical analysis in psychology and education**. 5.ed. New York: McGraw-Hill book, 1981.

FERRANTE, L. *et al.* Brazil's policies condemn Amazonia to a second wave of COVID-19. **Nature Medicine**, v 26, September, 2020.

FERREIRA, L.C. Mental health and illness of medical students and newly graduated doctors during the pandemic of Sars-Cov-2/Covid-19. **Plos One**, v. 16, n.5, 1-10, 2021.

FERRELL, B.R. *et al.* The urgency of spiritual care: COVID-19 and the critical need for whole-person palliation. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.60, n.3, p. e7–e11, 2020.

FORNAZARI, S. A. FERREIRA, R. El Rafihi. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Abr- Jun 2010, Vol. 26 n. 2, pp. 265-272. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a08v26n2.pdf>
Acesso em: 26/03/2022.

FOSTER, Ana Beatriz. TONIOL, Rodrigo. 2022. **Espiritualidade Incorporada: Pesquisas médicas, usos clínicos e políticas públicas na legitimação da espiritualidade como fator de saúde**, vol. 1. Porto Alegre: Editora Zouk. 206 p. 2024.

FOUND, G. *et al.* Association Between Mental Health Disorders and Mortality Among Patients With COVID-19 in 7 Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Psychiatry**, v. 78, n. 11, p. 1208-1217, 2021.

FRANCIS, B. *et al.* Religious Coping During the COVID-19 Pandemic: Gender, Occupational and Socio-economic Perspectives Among Malaysian Frontline Healthcare Workers. **Alpha Psychiatry**, v. 22, n. 4, p. 194–199, 2 jul. 2021.

FRANKL, V. E.; LAPENTA, V. H. S. **Um sentido para a vida psicoterapia e humanismo**. Terceira edição ed. Aparecida, SP: Santuário, 1989.

FREITAS, M.C. *et al.* Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.15, n.2, p. 447-464, 2015.

FREUD, S. *et al.* **O futuro de uma ilusão**. Tradução: Renato Zwick. Porto Alegre, RS, Brasil: L & PM Editores, 2010.

GALANG, J. R. F. Science and religion for COVID-19 vaccine promotion. **Journal of Public Health**, v. 43, n. 3, p. 513-514, 2021.

GARCIA, L. P. Uso de máscara facial para limitar a transmissão da COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v 29 (Supl.2) p. 1-4, 2020.

GARDNER, F.; TAN, H.; RUMBOLD, B. What Spirituality Means for Patients and Families in Health Care. **Journal of Religion and Health**, v. 59, n. 1, p. 195–203, fev. 2020.

GEERTZ, C. A religião como sistema cultural. In: **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GEORGE CE, *et al.* Challenges, experience and coping of health professionals in delivering healthcare in an urban slum in India during the first 40 days of COVID-19 crisis: a mixed method study. **BMJ Open**, v. 10, n. 11, p.1-14, 2020.

GEORGE, L. S.; PARK, C. L. Meaning in Life as Comprehension, Purpose, and Mattering: Toward Integration and New Research Questions. **Review of General Psychology**, v. 20, n. 3, p. 205–220, set. 2016.

GERONE, L. G. T. A religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre profissionais da saúde. **Interações – cultura e comunidade**, Belo Horizonte, Brasil, v.11 n.20, p. 129-151, Jul./Dez, 2016.

GIOVANETTI, J. P. **Psicologia existencial e espiritualidade**. In: AMATUZZI, M. M. Psicologia e espiritualidade. 2ª ed. São Paulo: Paulus, 2008.

GISILANBE VETBUJE, B. *et al.* Relationship between perceived threat of COVID-19 and burnout among frontline nurses: A mediation analysis. **Brain and Behavior**, v. 12, n. 6, jun. 2022.

GLAW, X. *et al.* Meaning in Life and Meaning of Life in Mental Health Care: An Integrative Literature Review. **Issues in Mental Health Nursing**, p. 1–13, 8 dez. 2016.

GŁAZ, S. The Relationship Between Meaning in Life, Life Satisfaction and Job Satisfaction with Religious Experience in the Life of Polish Nurses. **Journal of Religion and Health**, <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01589-3>, 2022.

GODOR, B. P.; VAN DER HALLEN, R. Investigating the susceptibility to change of coping and resiliency during COVID-19. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 63, n. 3, p. 238–245, jun. 2022.

GÓES, M. G. O.; CROSSETTI, M. G. O. Desenvolvimento de um modelo de cuidado espiritual para pacientes e familiares no adoecimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.41(spe), P.e20190150, 2020.

GOMES, A. M. T. *et al.* Apontamentos de pesquisa: a pandemia COVID-19- teologia, ciência e arte em conversas Vol. V/ organização de Everton Nery Carneiro, Sandra Célia Coelho Gomes da Silva, Luis Távora Furtado Ribeiro – Curitiba: **Brazil Publishing**. [recurso eletrônico], 2020.

GONZÁLEZ-SANGUINO, C. *et al.* Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. **Brain, Behavior and Immunity**, v. 87, p. 172–176, 2020.

GOUVEIA, V. V. *et al.* Medindo a satisfação com a vida dos médicos no Brasil [Measuring life satisfaction among physicians in Brazil]. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n.4, p. 298–305, 2005.

GOYAL, K. *et al.* Fear of COVID 2019: First suicidal case in India! **Asian J Psychiatry**. v.49, p.101989, mar, 2020.

GREEN, C. Spiritual Health First Aid for Self-Care: Nursing During COVID-19. *Journal of Christian Nursing*, v. 38, n. 3, p. E28–E31, jul. 2021.

GUCK, T. P.; KAVAN, M. G. Medical student beliefs: spirituality's relationship to health and place in the medical school curriculum. *Medical Teacher*, v. 28, n. 8, p. 702–707, jan. 2006.

GUO, S. *et al.* Depression and Coping Styles of College Students in China During COVID-19 Pandemic: A Systemic Review and Meta- Analysis. *Frontiers in Public Health*, v. 9, p. 613321, 2021.

GUT, A. *et al.* Cultural management of terror and worry during the Covid-19 pandemic: how religiosity and a dream of human solidarity help the polish people cope. *Front Psychol*, v.12, p.1-7, 2021.

HABIBI SOOLA, A. *et al.* Spiritual Coping of Emergency Department Nurses and Emergency Medical Services Staff During the COVID-19 Pandemic in Iran: An Exploratory Study. *Journal of Religion and Health*, v. 61, n. 2, p. 1657–1670, abr. 2022.

HAIDER, S. I. *et al.* Life satisfaction, resilience and coping mechanisms among medical students during COVID-19. *Plos One*, v. 17, n. 10, p. e0275319, 5 out. 2022.

HAMILTON, J. B. *et al.* Using Spirituality to Cope with COVID-19: the Experiences of African American Breast Cancer Survivors. *Journal of Cancer Education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, p. 1-7, 2021.

HAMMELL, K. W. Dimensions of Meaning in the Occupations of Daily Life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, v. 71, n. 5, p. 296–305, dez. 2004.

HAO, Q. *et al.* Prevalence and Risk Factors of Mental Health Problems Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta- Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, p. 567381, 2021.

HARMUCH, C. *et al.* Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem na visão dos estudantes: Uma revisão. *Revista UNINGÁ*, p.56, n.2, p.243-254, 2019.

HARRIS, J. I.; KLEE, A. Who owns spiritual care, and why does it matter? *Psychological Services*, v. 20, n. 1, p. 1–5, fev. 2023.

HART, C. W.; KOENIG, H. G. Religion and Health During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Religion and Health*, v. 59, n. 3, p. 1141-1143, 2020.

HAWLEY, J.; HAWLEY, J. A. **Reawakening the spirit in work:** The power of dharmic management. Berrett-Koehler Publishers, 1993.

HEINE, S. J. *et al.* The Meaning Maintenance Model: On the Coherence of Social Motivations. *Personality and Social Psychology Review*, v. 10, n. 2, p. 88–110, maio 2006.

HESSAME, K. *et al.* COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Materno Fetal & Neonatal Medicine*, p. 1-8, 2020.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**. v. 20, s.2, p. 1 - 9, 2005.

HOTT, M.C.M. COVID-19: spirituality harmonizing mental and physical health. **Journal of Health and Biological Sciences**, v. 8, n. 1, p.1-3, 2020.

HUANG, L. *et al.* Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during COVID-19 outbreak: A comparative study. **Plos One**, v. 15, n. 8, p. e0237303, 2020.

HUBER, Stefan; HUBER, Odilo. Centrality of Religiosity Scale (CRS). **Religions**, vol. 3, n. 3, pp. 710-724, 2012.

IBDAH, R. *et al.* Jordanian Nurses' Perspectives of Spirituality and Spiritual Care: A Qualitative Study. **Cancer Nursing**, v. **Publish Ahead of Print**, 1 dez. 2022.

JANUARIO, E. M. *et al.* Protective factors against depressive symptoms among Brazilian healthcare workers during the initial stages of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 12, n. 9, p. e056326, set. 2022.

JIN, S. *et al.* The relationship between active coping and hope during the COVID-19 pandemic: The mediating role of meaning in life. **Journal of Health Psychology**, v. 27, n. 12, p. 2685–2695, out. 2022.

JIN, Y. *et al.* Mass quarantine and mental health during COVID-19: A meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 295, p. 1335-1346, 2021.

JÚNIOR, B.S.S. *et al.* Pandemia do coronavírus: Estratégias amenizadoras do estresse ocupacional em trabalhadores da saúde. **Enferm. Foco**, v.11, n.1, p.148-154, 2020.

KELLY, E. P. *et al.* Does spiritual and religious orientation impact the clinical practice of healthcare providers? **Journal of Interprofessional Care**, v.34, n.4, p.520-527, 2020.

KHAN, Y. H. *et al.* Threat of COVID-19 Vaccine Hesitancy in Pakistan: The Need for Measures to Neutralize Misleading Narratives. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 103, n. 2, p. 603-604, 2020.

KIM, S. C.; RANKIN, L. COVID-19: Update on Health Care Workers' Mental Health and Coping During the Pandemic. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 45, n. 1, p. 22–24, jan. 2022.

KIM, S.C. *et al.* A. Predictors of poor mental health among nurses during COVID-19 pandemic. **Nursing Open**, v.8, n.2, p.900-907, 2021.

KING, M. B.; KOENIG, H. G. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. **BMC Health Services Research**, v. 9, n. 1, p. 116, dez. 2009.

KOENIG, H. G. Maintaining health and well-being by putting faith into action during the COVID-19 pandemic. **Journal of Religion and Health**, v.59, n.5, p.2205–2214, 2020.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. LPM, 2012.

KOENIG, H. G. *et al.* Training to Conduct Research on Religion, Spirituality and Health: A Commentary. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 3, p. 2178-2189, 2021.

KOENIG, H. G. *et al.* Religion, spirituality and mental health in the West and the Middle East. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 5, n. 2, p. 180– 182, jun. 2012.

KOENIG, H.G. *et al.* **Handbook of religion and health**. 2nd ed. Oxford; New York: Oxford University Press. 2012.

KONASZEWSKI, K. *et al.* Religious struggles and mental health in the Polish population during the COVID-19 pandemic. Mediation effects of resilience as an “ability to bounce back”. **Journal of Beliefs & Values**, v. 44, n. 1, p. 135–153, 2 jan. 2023.

KØRUP, A. *et al.* Health professionals’ attitudes toward religiosity and spirituality: a NERSH Data Pool based on 23 surveys from six continents. **F1000Research**, v. 10, p. 446, 21 set. 2021.

KOWALCZYK, O. *et al.* Religion and Faith Perception in a Pandemic of COVID-19. **Journal of Religion and Health**, v. 59, n. 6, p. 2671–2677, 2020.

KRISTELLER, J.L. *et al.* Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. **Int J Psychiatry Med**, v.35, n.4, p.329-347, 2005.

LAI, J. *et al.* Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Netw Open**. v.3, n.3, p.203-976, mar, 2020.

LALANI, N.; CHEN, A. Spirituality in Nursing and Health: A Historical Context, Challenges, and Way Forward. **Holistic Nursing Practice**, v. 35, n. 4, p. 206–210, jul. 2021.

LALWANI, P. *et al.* Soroprevalência de SARS-CoV-2 e fatores associados em Manaus, Brasil: resultados iniciais do estudo de coorte DETECTCoV-19. **International Journal of Infectious Diseases**, v.110, 2021, 141–150.

LANA, R. M.; T. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. 1-5, 2020.

LANCUNA, A. C. *et al.* Religiosidade e Espiritualidade no Enfrentamento da Ansiedade, Estresse e Depressão. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.2, p. 5441-5453, 2021.

LEE, M. *et al.* “A Divine Infection”: A Systematic Review on the Roles of Religious Communities During the Early Stage of COVID-19. **Journal of Religion and Health**, v. 61, n. 1, p. 866–919, 2022.

LEUNG, C. M. C. *et al.* Mental disorders following COVID-19 and other epidemics: a systematic review and meta-analysis. **Translational Psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 205, 2022.

LEVIN, J. The Faith Community and the SARS-CoV-2 Outbreak: Part of the Problem or Part of the Solution? **Journal of Religion and Health**, v. 59, n. 5, p. 2215-2228, 2020.

LI, Y. *et al.* Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta- analysis. **Plos One**, v. 16, n. 3, p. e0246454, 2021.

LIMA, E. J. *et al.* Vacinas para COVID-19 - o estado da arte. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 21 (Supl. 1), p. 21-27, 2021.

LIU, X. *et al.* Spirituality Concern Toward Patients in Hospice Care during COVID-19 Pandemic in China. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 39, n. 12, p. 1505–1506, dez. 2022.

LONGUINIÈRE, A. C. F. *et al.* Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. **Rev Cuid**, v. 9, n.1, p.1961-72, 2018.

LOPES, F. G. *et al.* A dor que não pode calar: reflexões sobre o luto em tempos de Covid-19. **Psicologia USP**, v. 32, p. e210112, 2021.

LUCCHETTI, G. *et al.* Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during COVID-19 pandemic. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 67, n. 6, p. 672–679, 2021.

LUO, M. *et al.* The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta- analysis. **Psychiatry Research**, v. 291, p. 113-190, 2020.

MA, L. *et al.* Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 293, p. 78-89, 2021.

MAHAMID, F. A.; BDIER, D. The Association Between Positive Religious Coping, Perceived Stress, and Depressive Symptoms During the Spread of Coronavírus (COVID-19) Among a Sample of Adults in Palestine: Across Sectional Study. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 1, p. 34-49, 2021.

MAHAMID, F. A.; BDIER, D. The Association Between Positive Religious Coping, Perceived Stress, and Depressive Symptoms During the Spread of Coronavírus (COVID-19) Among a Sample of Adults in Palestine: Across Sectional Study. **J Relig Health**, v.60, n.1, p.34-49, 2021.

MAHMOOD, Q. K. *et al.* A Cross-Sectional Survey of Pakistani Muslims Coping with Health Anxiety through Religiosity during the COVID-19 Pandemic. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 3, p. 1462-1474, 2021.

MARCELLO, Carolina. **Eu, de Augusto dos Anjos: 7 poemas do livro (com análise)**. Cultura genial, 2017. Disponível em: <https://www.culturagenial.com/eu-de-augusto-dos-anjos-poemas-do-livro-com-analise/> Acessado em: 21/02/2024

MARCHICA, B. *et al.* Spiritual Counseling During the COVID-19 Pandemic in Italy: a Qualitative Study. **Pastoral Psychology**, v. 71, n. 2, p. 233-244, 2022.

MARTELA, F.; STEGER, M. F. The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. **The Journal of Positive Psychology**, v. 11, n. 5, p. 531–545, 2 set. 2016.

MARTINS, T. P. *et al.* Espiritualidade na prática clínica em tempos de pandemia. **Revista Interação Interdisciplinar** v. 1, n.1, p.31-35, jan, 2022.

MARVALDI, M. *et al.* Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta- analysis. **Neuro science and Biobehavioral Reviews**, v. 126, p. 252-264, 2021.

MASSARANI, L. *et al.* Confiança, atitudes, informação: um estudo sobre a percepção da pandemia de COVID-19 em 12 cidades brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3265-3276, 2021.

MATOS, R. *et al.* As mudanças nas preferências religiosas no Brasil contemporâneo. **Cadernos do Leste**, v.18, n.18, 2018.

MATOS, R.C. Fake news frente a pandemia de COVID-19. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v.8, n.3, p.78-85, 2020.

MCCORD, G. *et al.* Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. **Ann Fam Med**, v. 2, n.4, jul/ago, 2004.

MELO, Ádonis Pereira de. **Influência da espiritualidade na qualidade de vida dos profissionais de saúde em unidade de cirurgia de hospital público do Recife**. Faculdade Pernambucana de Saúde: Programa de Iniciação Científica. Graduação em Medicina. Recife, 2023.

MENEZES, Renata Ramos *et al.* Espiritualidade e qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 37, 2023.

MEHTA, S. *et al.* Covid-19: a heavy toll on health-care workers. **Lancet Respir Med**, v.9, n.3, p.226-8, 2021.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239- 262, 1993.

MIRANDA, K.S. *et al.* Impact of occupational profile, mental health and religiosity on depression, anxiety and stress among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. **J Bras Psiquiatr**, v.72, n.4, p.239-246, 2023.

MODELL, S. M.; KARDIA, S. L. R. Religion as a Health Promoter During the 2019/2020 COVID Outbreak: View from Detroit. **Journal of Religion and Health**, v. 59, n. 5, p. 2243–2255, 2020.

- MODRO, N. R. **A obra poética de Arnaldo Antunes**. 1996. 166f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Faculdade de Ciências Humanas Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 1996.
- MONTEIRO, D.D. *et al.* Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no brasil: uma revisão. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v.40, n.98, p.129-139, 2020.
- MOREIRA, A.S.; LUCCA, S.R. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate ao COVID-19. **Enferm. Foco**, v.11, n.1, p.155-161, 2020.
- MOREIRA, W.C. *et al.* Efeitos da associação entre espiritualidade, religiosidade e atividade física na saúde/saúde mental: revisão sistemática. **Rev Esc Enferm USP**, v.54:03631, 2020.
- MOURA, H. C. G. B. *et al.* Faith and spirituality in the meaning of life of the elderly with chronic kidney disease. **Rev Bras Enferm**, v.73, n. 3, p. e20190323, 2020.
- MYLAN, S.; HARDMAN, C. COVID-19, cults, and the anti-vax movement. **Lancet**, v. 397, n. 10280, p. 1181, 2021.
- NAGARAJAN, R. *et al.* Prevalence of post-traumatic stress disorder among survivors of severe COVID-19 infections: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 299, p. 52–59, 2022.
- NAM, S. H. *et al.* Comparison of the Mental Health Impact of COVID-19 on Vulnerable and Non-Vulnerable Groups: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 20, p. 10830, 2021.
- NASCIMENTO, A. M. *et al.* Autoconsciência, Coping e Espiritualidade: Sentidos e Vivências de Sofrimento em Tempo de Pandemia COVID-19 - Perspectivas da Psicologia Cognitiva. **AMazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq**, Vol. 15, n. 1, pág. 330-375, jan-jun, 2022.
- NEWBERG, A.; D'AQUILI, E. **Why God won't go away: Brain science & the biology of belief**. New York: Ballantine Books. 2001.
- NEWMAN, D. B. *et al.* The dynamics of searching for meaning and presence of meaning in daily life. **Journal of Personality**, v. 86, n. 3, p. 368–379, jun. 2018.
- NEVES, D. A. B. *et al.* Protocolo verbal e teste de associação livre de palavras: perspectivas de instrumentos de pesquisa introspectiva e projetiva na ciência da informação. **Ponto de Acesso**, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 64–79, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaici/article/view/12917>. Acesso em: 3 mar. 2024.
- NIU, Y. *et al.* Exploring the Meaning of Spirituality and Spiritual Care in Chinese Contexts: A Scoping Review. **Journal of Religion and Health**, v. 61, n. 4, p. 2643–2662, ago. 2022.
- OMAN, D. Why religion and spirituality matter for public health: Evidence, implications, and resources. **Springer Nature Publishing**, 2020, p.225.

OMIDVARI, S. Culturally based coping with COVID-19 pandemic: using constructive roles of the spiritual systems with appropriate function. **Health Promotion International**, v. 37, n. 2, p. 1-6, 2021.

OREM, D. **Nursing concepts of practice**. 2ª ed. New York: Me Graw-Hill Book, 1980.

ORO, I. P. **O fenômeno religioso**. São Paulo: Paulinas, 2013.

OTTO, E. C.; NIENOV, H. (org.). **Bioestatística quantitativa aplicada**. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2020.

OZAMIZ-ETXEBARRIA, N. *et al.* Prevalence of Anxiety, Depression, and Stress among Teachers during the COVID-19 Pandemic: A Rapid Systematic Review with Meta-Analysis. **Brain Sciences**, v. 11, n. 9, p. 1172, 2021.

PAHO. Pan America Health Organization/ WHO. World Health Organization. **WHO characterizes COVID-19 as a pandemic**. 11 March 2020.

PANDA, P. K. *et al.* Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 67, n. 1, p. 122, 2021.

PANKOWSKI, D.; WYTRYCHIEWICZ-PANKOWSKA, K. Turning to Religion During COVID-19 (Part I): A Systematic Review, Meta-analysis and Meta-regression of Studies on the Relationship Between Religious Coping and Mental Health Throughout COVID-19. **Journal of Religion and Health**, v. 62, n. 1, p. 510–543, fev. 2023a.

PANKOWSKI, D.; WYTRYCHIEWICZ-PANKOWSKA, K. Turning to Religion During COVID-19 (Part II): A Systematic Review, Meta-analysis and Meta-regression of Studies on the Relationship between Religious Coping and Mental Health throughout COVID-19. **Journal of Religion and Health**, v. 62, n. 1, p. 544–584, fev. 2023b.

PANZINI, R. G. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE)**: Tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. Curso de Pós- Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2004. 238 f. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7100/000539280.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 16 dez. 2022.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, dez. 2005.

PAPPA, S. *et al.* Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Brain, Behavior and Immunity**, v. 88, p. 901-907, 2020.

PARAÍBA. **Boletim epidemiológico nº 001 RENAVEH**. João Pessoa (PB). Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF): Núcleo de epidemiologia hospitalar (NEH), 2023.

PARGAMENT, K. I. *et al.* The Brief RCOPE: current psychometric status of a short measure of religious coping. **Religions**, 2011.

PARGAMENT, K. I. *et al.* God help me: (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. **American Journal of Community Psychology**, v. 18, n. 6, p. 793–824, dez. 1990.

PARGAMENT, K. I. *et al.* The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**. V. 56, n.6, p. 519 – 543, 2000.

PARK, C. L. *et al.* Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 40, n. 1, p. 39–51, fev. 2017.

PARK, C. L. Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. **Psychological Bulletin**, v. 136, n. 2, p. 257–301, 2010.

PARK, C. L. *et al.* Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 59, n. 3, p. 562–574, 1990.

PAUL VICTOR, C. G.; TRESCHUK, J. V. Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality. **Journal of Holistic Nursing**, v. 38, n. 1, p. 107–113, mar. 2020.

PEDROSO, V. S. M. *et al.* Espiritualidade como fator de sucesso no transplante renal: subsídios para enfermeiros e suas orientações. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 16, n. 1, p. 1920-1938, 2024.

PESSINI, Leo. A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 187-195, 2007.

PENHA, R. M.; SILVA, M. J. P. D. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.21, n.2, p.260–268, 2012.

PESUT, B. *et al.* Conceptualising spirituality and religion for healthcare. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, n. 21, p. 2803–2810, nov. 2008.

PINCHAS LAPIDE; VIKTOR FRANKL. **Búsqueda de Dios y sentido de la vida: diálogo entre un teólogo y un psicólogo**. [s.l.] Herder Editorial, 2011.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318 - 325, 1995.

PIRUTINSKY, S. *et al.* COVID-19, Mental Health, and Religious Coping Among American Orthodox Jews. **Journal of Religion and Health**, v. 59, n. 4, p. 2288-2301, 2021.

POLLOCK, A. *et al.* Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 11, n. 11, p. CD013779, 2020.

PRAZERES, F. *et al.* COVID-19-Related Fear and Anxiety: Spiritual-Religious Coping in Healthcare Workers in Portugal. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 1, p. 220, 30 dez. 2020.

PUCHALSKI, C. *et al.* Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **Med Paliat**, v.18, n.1, p.20–40, mar, 2011.

PUCHALSKI, C. M. *et al.* Spirituality and Health: The Development of a Field. **Academic Medicine**, v. 89, n. 1, p. 10–16, jan. 2014.

PUCHALSKI, C. M.; GUENTHER, M. Restoration and re-creation: spirituality in the lives of healthcare professionals. **Current Opinion in Supportive & Palliative Care**, v. 6, n. 2, p. 254–258, jun. 2012.

RABABA, M; HAYAJNEH, A. A.; BANI-ISS, W. Association of Death Anxiety with Spiritual Well-Being and Religious Coping in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 1, p. 50-63, 2021.

RAIMONDO M. L. *et al.* Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.** v.65, n. 3, p. 529-534, 2012).

RANSOME, Y. Religion, spirituality, and health: New considerations for epidemiology. **American Journal of Epidemiology**, v.189, n.8, p.755-758, 2020.

RATINAUD, Pierre. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. 2009. [Software]. Acesso em: 26 nov. 2023.

RIBEIRO, L. Bolsonaro veta obrigatoriedade de leitos para índios. **Terra**. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/coronavírus/bolsonaro-veta-obrigatoriedade-de-leitos-para-indios,3abdc72829dde67c4926f38ff0a55323nymo8r7k.html> Acessado em: 18/09/2023

RIBEIRO, M. R. C. *et al.* The role of spirituality in the COVID-19 pandemic: A spiritual hotline project. **Journal of Public Health**, v.42, n.4, p.855-856, 2020.

RIGOLI, F. The Link Between COVID-19, Anxiety, and Religious Beliefs in the United States and the United Kingdom. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 4, p. 2196-2208, 2021.

ROBERTO, A. *et al.* Impact of spirituality on resilience and coping during the COVID-19 crisis: A mixed-method approach investigating the impact on women. **Health Care for Women International**, v.41, n. 11, p. 1313-1334, 2020.

RODRIGUES, Caroline Legramanti; ZIEGELMANN, Patrícia Klarmann. Metanálise: um guia prático. **Rev. HCPA**. Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul ; 30(4): 436-447, 2010.

RODRIGUES, D.D. *et al.* Religiosidade e espiritualidade na prática clínica em saúde mental. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.12, n.7, p.e3327, jun, 2020.

ROGERS, J. P. *et al.* Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. **Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 7, p. 611-627, 2020.

ROGERS, M. *et al.* Global emotional and spiritual WELL-BEING and resilience of Advanced Practice Nurses during the COVID -19 pandemic: A cross-sectional study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 78, n. 5, p. 1483–1492, maio 2022.

ROMERO, N. S.; PEREIRA-SILVA, N. L. O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 332–339, maio 2011.

ROSSATO, L. *et al.* Religious and spiritual practices used by children and adolescents to cope with cancer. **Journal of Religion & Health**, p.60, n.2, p.1-17, 2021.

RUIZ-FERNÁNDEZ, M. D. *et al.* Professional quality of life, self-compassion, resilience, and empathy in healthcare professionals during COVID-19 crisis in Spain. **Research in Nursing & Health**, v. 44, n. 4, p. 620–632, ago. 2021.

RUSHTON, C. H. *et al.* Moral Injury and Moral Resilience in Health Care Workers during COVID-19 Pandemic. **Journal of Palliative Medicine**, v. 25, n. 5, p. 712–719, 1 maio 2022.

SALARI, N. *et al.* The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta- regression. **Human Resources of Health**, v. 18, n. 1, p. 100, 2020b.

SALAZAR DE PABLO, G. *et al.* Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 275, p. 48-57, 2020.

SAMIOS, C.; *et al.* The relationship between COVID-19 pandemic-related stress and meaning in life: testing the moderating effects of self- compassion and savoring. **Anxiety, Stress, & Coping**, v. 35, n. 1, p. 9–24, 2 jan. 2022.

SANT'ANA, G.; SILVA, C.D.; VASCONCELOS, M.B.A. Espiritualidade e a pandemia da COVID-19: um estudo bibliográfico. **Com. Ciências Saúde**, v.31, n.03, p.71-77, 2020.

SANTO, C. C. E. *et al.* Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: Uma revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, v.18, n.2, p.372-378, 2013.

SARAGIH, I. D. *et al.* Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 121, p. 104002, 2021.

SARMIENTO, P. J. D. Wounded healers: a call for spiritual care towards healthcare professionals in time of COVID-19 pandemic. **Journal of Public Health**, v. 43, n. 2, p. e273–e274, 7 jun. 2021.

SAYBOLD, K. Physiological Mechanisms Involved in Religiosity/Spirituality and Health. **Springer Science + Business Media**, v. 30, n. 1, p. 303 – 309, 2007.

SCHMIDT, B., *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**, v.37, p. 1 – 13, 2020.

SCORSOLINI-COMIN, F. *et al.* A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.10, p.e3723, 2020.

SEIDEL, L. J. *et al.* The role of meaning in life in psychological distress during the COVID-19 pandemic. **Anxiety, Stress, & Coping**, v. 36, n. 1, p. 67–82, 2 jan. 2023.

SENA, L.F.R.S.; SILVA, T.C.M. Healthcare professionals: spirituality and meaning of life during the COVID-19 pandemic. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, p. e21712139605, 2023.

SHATTUCK, E. C.; MUEHLENBEIN, M. P. Religiosity/spirituality and physiological markers of health. **Journal of Religion and Health**, v.59, n.2, p.1035-1054, 2020.

SILVA, D. F. O. *et al.*, Prevalence of anxiety, depression, and stress among teachers during the COVID-19 pandemic. **Medicine (Baltimore)**, v. 100, n. 44, p. e27684, 2021.

SILVA, J.A. *et al.* Múltiplas facetas de espiritualidade e religiosidade na pandemia da covid-19 no brasil. **Cad. de Filosofia e Psic. da Educação**. n. 29 p. 252-266. Jan./Jun. 2023.

SILVA, L.L. *et al.* Espiritualidade, saúde e cuidado humanizado em ambiente de ensino: relato de experiência **Disciplinarum Scientia - Ciências da Saúde**, v.21, n.2, p.11–18, 2020.

SILVA. C. A. O. da. **Acalanto**: perfil espiritual de pacientes com HIV/ AIDS. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, p. 160. 2019.

SILVEIRA, M. R. *et al.* Novo coronavírus (SARS-COV-2): difusão espacial e outro patamar para a socialização dos investimentos no brasil. **Revista brasileira de estudos urbanos e regionais**, v.22, p. 1-36 , 2020.

SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA do SUS (UNA-SUS). **Coronavírus**: Brasil confirma primeiro caso da doença. Ministério da Saúde: Brasília, 2020.

SKALSKI-BEDNARZ, S. B. *et al.* Positive religious coping acts through perception of nature and silence in its association with well-being and life satisfaction among Polish Catholics. **Frontiers in Public Health**, v. 10, p. 1020007, 7 nov. 2022.

SOARES, A.; MENEZES, R.F. Coronavírus no Brasil: a marcha da insensatez. **Saúde Soc.** São Paulo, v.30, n.2, p. 1-17, 2021.

SOHAIL, M. M. *et al.* Spiritual Care Competences among Health Care Professionals in Pakistan: Findings from a Cross-Sectional Survey. **Religions**, v. 13, n. 4, p. 370, 16 abr. 2022.

SONG, Y. K. et al. Morally Injurious Experiences and Emotions of Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic Before Vaccine Availability. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 11, p. e2136150, 24 nov. 2021.

SOUSA, Á. Coeficiente de correlação de Pearson e coeficiente de correlação de Spearman. O que medem e em que situações devem ser utilizados? **Correio dos Açores: Matemática**. Disponível em: <https://repositorio.uac.pt/handle/10400.3/5365> Acesso em: 27/27/2023.

SOUZA, A.V.; ANUNCIAÇÃO, L.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Espiritualidade, religiosidade e saúde mental durante a pandemia de COVID-19. **Estudos de Psicologia I Campinas I** v.40 I e210206, 2023.

SOUZA, C. D. F. de. Brazilian Justice response to protect the prison population from COVID-19. **Rev Assoc Med Bras**, v. 66 (Supl 5), p. 577-579, 2020.

STEGER, M. F. Making Meaning in Life. **Psychological Inquiry**, v. 23, n. 4, p. 381– 385, out. 2012.

SUN, P. et al. The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Health Care Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in Psychology**, v. 12, p. 626547, 2021.

SUTIN, A. R. et al. Meaning in life and risk of cognitive impairment: A 9-Year prospective study in 14 countries. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 88, p. 104033, maio 2020.

TAVARES, A. P. et al. Spiritual comfort, spiritual support, and spiritual care: A simultaneous concept analysis. **Nursing Forum**, v. 57, n. 6, p. 1559–1566, nov. 2022.

TAVARES, C.Q. Dimensions of care from the perspective of spirituality during the new coronavirus pandemic (COVID-19). **Journal Health NPEPS**, v.5, n.1, p.1–4, 2020.

TAYLOR, E. J. During the COVID-19 pandemic, should nurses offer to pray with patients?. **Nursing**, v.50, n.7, p.42–46, jul, 2020.

TAYLOR, L. **Covid-19: Is Manaus the final nail in the coffin for natural herd immunity?** BMJ, 2021.

TEIXEIRA, V. M. S. *et al.* Espiritualidade entre os profissionais da saúde que atuam na linha de frente do enfrentamento à COVID–19, em um município do Sudoeste da Bahia e sua correlação com a qualidade de vida, transtornos mentais e medo da COVID. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p.e545101019196, 2021.

THOMAS, J.; BARBATO, M. Positive Religious Coping and Mental Health among Christians and Muslims in Response to the COVID-19 Pandemic. **Religions**, v. 11, n. 10, p. 498, 2020.

TOLENTINO, J. C. *et al.* Spirituality as a protective factor for chronic and acute anxiety in Brazilian healthcare workers during the COVID-19 outbreak. **Plos One**, v. 17, n. 5, 2022.

TORRES-LONDOÑO, F. História das religiões. In: PASSOS, J. D. USARKI, F. (Org.) **Compêndio de ciência da religião**. São Paulo: Paulus, 2013.

TREPANOWSKI, R.; DRAZKOWSKI, D. Cross-National Comparison of Religion as a Predictor of COVID-19 Vaccination Rates. **Journal of Religion and Health**, v. 61, n. 3, p. 2198-2211, 2022.

TSIBIDAKI, A. Anxiety, meaning in life, self-efficacy and resilience in families with one or more members with special educational needs and disability during COVID-19 pandemic in Greece. **Research in Developmental Disabilities**, v. 109, 2021.

TUASON, M.T.; GUSS, C.D.; BOYD, L. Thriving during COVID-19: Predictors of psychological well-being and ways of coping. **Plos One**, v.16, n.3, p.1-19, 2021.

UNDERWOOD, L. G. A Working Model of Health. **Journal of Religion, Disability & Health**, v.3, n.3, p.51-71, 1999.

UNESCO. United Nations Educational, **Scientific and Cultural Organization**. Adverse effects of school closures. 2020.

UNIVERSIDADE JOHNS HOPKINS (JHU). **COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE)** at JHU. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> Acesso em: 01/08/2022.

USARKI, F. **Constituintes da Ciência da Religião**: cinco ensaios em prol de uma disciplina autônoma. São Paulo: Paulinas, 2006.

VACHON, M. *et al.* Conceptual Analysis of Spirituality at the End of Life. **Journal of Palliative Medicine**, v. 12, n. 1, p. 53–59, jan. 2009.

VARGHESE, A. *et al.* Decline in the mental health of nurses across the globe during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Global Health**, v. 11, 2021.

VASCONCELOS, Sarah Xavier Peixoto.; AQUINO, Thiago Antonio Avellar. **Cuidados Paliativos e Logoterapia**: o modo humano de morrer. João Pessoa: Editora UFPB, 2015.

VESEL, T. *et al.* A Qualitative Study of the Role of Palliative Care During the COVID- 19 Pandemic: Perceptions and Experiences Among Critical Care Clinicians, Hospital Leaders, and Spiritual Care Providers. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 39, n. 10, p. 1236–1243, out. 2022.

VIEGAS, R. R; BORALI, N. Análise de conteúdo e o uso do Iramuteq. **Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social**, n. 23, p. 21-37, 2022.

VILLEGAS, V. C. A. *et al.* Coping espiritual/religioso e fim de vida: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, p. 3011, 30 jul. 2022.

VITORINO, L. M. *et al.* Factors associated with mental health and quality of life during the COVID-19 pandemic in Brazil. **BJPsych Open**, v. 7, n. 3, p. e103, maio 2021.

WALSH, F. Loss and Resilience in the Time of COVID-19: Meaning Making, Hope, and Transcendence. **Family Process**, v. 59, n. 3, p. 898-911, 2020.

WANG, J. *et al.* Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. **Journal of Hospital Infection**, v.105, n.1, p.100–101, 2020.

WANG, Y. *et al.* Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. **Plos One**, v. 15, n. 12, p. e0244630, 2020.

WHITE, M. L.*et al.* Spirituality and spiritual self-care. **Nursing Science Quarterly**, v. 24, p. 48-56, 2011.

WHITEHEAD, I. O. *et al.* A national study of burnout and spiritual health in UK general practitioners during the COVID-19 pandemic. **Plos One**, v. 17, n. 11, p. e0276739, 2 nov. 2022.

WHITEHEAD, I. O.; JAGGER, C.; HANRATTY, B. Discussing spiritual health in primary care and the HOPE tool—A mixed methods survey of GP views. **Plos One**, v. 17, n. 11, p. e0276281, 8 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and other common mental disorders**: Global health estimates. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global research on coronavirus disease (COVID- 19)**, 23 July 2022d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Amendments to the Constitution**. [Internet]. 1999 [cited April 26 2021]; Switzerland, Geneva: WHO. Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ew_24.pdf

WU, J. *et al.* Young hospital pharmacists’ job stress and career prospects amidst the COVID-19 pandemic in China. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, v. 14, n. 1, p. 66, dez. 2021.

YAN, H. *et al.* Mental Health of Pregnant and Postpartum Women During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systematic Review and Meta- Analysis. **Frontiers in Psychology**, v. 11, p. 617001, 2020.

YILDIRIM, M. *et al.* Do fear of COVID-19 and religious coping predict depression, anxiety, and stress among the Arab population during health crisis? **Death Studies**, v. 46, n. 9, p. 2070–2076, 21 out. 2022.

YILDIRIM, M. *et al.* Why do people high in covid-19 worry have more mental health disorders? The roles of resilience and meaning in life. **Psychiatr Danub.**, v. 32, n. 3–4, p. 505–512, 2020.

YILDIRIM, M.*et al.* Meaning in Life, Religious Coping, and Loneliness During the Coronavirus Health Crisis in Turkey. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 4, p. 2371-2385, 2021.

YUAN, M.-Z. et al. The Relationship between Medical Staff's Emotional Labor, Leisure Coping Strategies, Workplace Spirituality, and Organizational Commitment during the COVID-19 Pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 10, p. 6186, 19 maio 2022.

ZAMULAK, J. Autotranscendência: caminho para a superação do individualismo. **Logos & Existência**, v. 4, n.2, p.130-142,2015.

ZARROUQ, B. *et al.* An investigation of the association between religious coping, fatigue, anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic in Morocco: a web-based cross-sectional survey. **BMC Psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 264, dez. 2021.

ZHANG, H. *et al.* Psychological experience of COVID-19 patients: A systematic review and qualitative meta-synthesis. **American Journal of Infect Control**, v. 50, n. 7, p. 809-819, 2022.

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a):

Esta pesquisa é sobre a questão da Espiritualidade/ Religiosidade (E/R) entre médicos infectologistas no período da pandemia da COVID-19, desenvolvida por Cassiano Augusto Oliveira da Silva, aluno do Doutorado em Ciências das Religiões, sob a orientação da profa. Dra. Ana Paula Fernandes Rodrigues (UFPB). Nosso objetivo é o de “compreender se a E/R influenciou na vida do profissional médico infectologista e se repercutiu no atendimento à saúde de pacientes graves suspeito e/ou confirmado de COVID-19 no período da pandemia”. Os resultados desta pesquisa contribuirão para propostas de cuidado espiritual para o profissional a saúde, e também em outros cenários onde se exerce o cuidado à pessoa que sofre. Solicitamos a sua colaboração e autorização para apresentar os resultados deste estudo na minha dissertação de mestrado, em eventos da área de ciências das religiões e publicar em revista científica - sem divulgação da sua identidade; seu nome será ocultado. O risco mínimo previsível nesta pesquisa seria o de desconforto nos respondentes diante de alguma das perguntas, entretanto, pode ser contornado com o estabelecido previamente neste termo. Não faremos uso de imagens. Sua participação é voluntária e o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação no seu local de trabalho. O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Este Termo está em consonância com as determinações da resolução 466/12 do CNS, que trata da pesquisa com seres humanos.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com o Pesquisador responsável:

Cassiano Augusto Oliveira da Silva. Contato: (83) 98110-5270. E-mail: cassianojpb@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB), Campus I, Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB. Tel.: (83) 3216-7791. E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE II: Questionário COVID-19: Espiritualidade/ Religiosidade do Profissional de Saúde

BLOCO: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Q 3.1. Gênero

() Masculino (1)

() Feminino (2)

(...) Outro. Qual? (3) _____

Q4.2. Idade (apenas o número): _____

Q5.3. Estado Civil atual:

() Casado (1)

() Solteiro (2)

() Em situação de Casado (3)

() Separado/Divorciado (4)

() Viúvo (5)

Q7.5. Cidade e estado onde você reside: _____ UF: _____

Q8.6. Eu me considero uma pessoa

() Religiosa (1)

() Espiritualizada, mas não religiosa (2)

() Religiosa e espiritualizada (3)

() Nem espiritualizada, nem religiosa (4)

Q10.8. Afiliação Religiosa

() Acredito em Deus, mas não tenho religião (1)

() Não frequento nenhuma religião (2)

() Católica (3)

(..) Evangélica: Qual grupo religioso? (4) _____

(...) Religiões Afro-Brasileiras: Qual (5) _____

() Espírita (6)

() Pentecostal: Qual grupo religioso? (7) _____

() Outro. Qual (8) _____

BLOCO: SATISFAÇÃO COM A VIDA (ESV – 5 ITENS)

Q11.9. Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar. Usando a escala de resposta a seguir, que vai de 1 a 7, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma marcando com um “X” no espaço ao lado da afirmação, segundo sua opinião. Por favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas.

Discordo totalmente (1)
Discordo (2)
Discordo ligeiramente (3)

Nem concordo nem discordo (4)
Concordo ligeiramente (5)
Concordo (6)
Concordo totalmente (7)

Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal (1)

As condições da minha vida são excelentes (2)

Eu estou satisfeito (a) com minha vida (3)

Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida (4)

Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida (5)

Fim do Bloco: Satisfação com a vida (ESV – 5 itens)

BLOCO: MAL-ESTAR ESPIRITUAL

Q 38.29. Em alguns momentos da vida, as pessoas experimentam sofrimentos, preocupações ou dúvidas envolvendo questões religiosas ou espirituais. Embora estejamos usando a palavra “Deus” em muitas das questões a seguir, sinta-se à vontade para, quando responder, substituir a palavra “Deus” (soberano, poder superior, energia etc.) pela palavra de sua preferência.

Antes de começar... TRAGA À SUA MENTE (ou escreva em poucas palavras) um evento estressante recente (por exemplo, o evento mais estressante do mês anterior, do ano passado ou um que esteja enfrentando agora).

Em seguida, faça essas perguntas em referência a esse evento. Em resposta a este evento estressor específico que você lembrou, NOS ÚLTIMOS MESES, QUANTO VOCÊ ENFRENTOU SITUAÇÕES COMO AS DESCRITAS ABAIXO?

Nem um pouco (1)
Bastante (4)

Um pouco (2)
Muitíssimo (5)

Mais ou Menos (3)

1. Senti culpa por não viver de acordo com minhas crenças e valores morais (1)
2. Senti raiva de Deus (2)
3. Questionei-me se a vida realmente tem importância (7)
4. Tive conflitos com outras pessoas sobre questões espirituais/religiosas (10)
5. Eu me senti confuso em relação às minhas crenças espirituais/religiosas (15)

6. Senti como se Deus tivesse me decepcionado (23)
7. Senti como se Deus tivesse me abandonado (24)
8. Fiquei preocupado (a) com a possibilidade de minhas ações serem incorretas do ponto de vista moral ou espiritual (25)
9. Eu me senti perturbado (a) por dúvidas ou questões sobre religião e espiritualidade (26)

Fim do Bloco: Mal-estar espiritual

BLOCO: ESCALA BREVE DE COPING ESPIRITUAL/RELIGIOSO – SRCOPE-14

Q36.27. Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você. Neste momento, pense na situação de maior estresse/sofrimento que você viveu nos últimos três anos. Por favor, descreva-a em poucas palavras

Q37.28. As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Marque o número que melhor representa o quanto você fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante que você descreveu acima. Para cada afirmação você deverá escolher uma das opções entre: “nem um pouco”; “um pouco”; “mais ou menos”; “bastante”; ou “muitíssimo”. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita). Exemplo: Tentei dar sentido à situação através de Deus. (1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo Se você não tentou, nem um pouco, dar sentido à situação através de Deus, marque o número (1) Se você tentou um pouco, marque o número (2) Se você tentou mais ou menos, marque o número (3) Se você tentou bastante, marque o número (4) Se você tentou muitíssimo, marque o número (5) Lembre-se: Não há opção certa ou errada! Marque só uma alternativa em cada questão!

Nem um pouco/não se aplica (1)
Bastante (4)

Um pouco (2)
Muitíssimo (5)

Mais ou Menos (3)

1. Procurei uma ligação maior com Deus (1)
2. Procurei o amor e a proteção de Deus (2)
3. Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva (3)
4. Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus. (4)
5. Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação. (5)
6. Pedi perdão pelos meus erros (ou pecados) (6)
7. Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas. (7)
8. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado (8)
9. Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé (9)
10. Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar (10)
11. Questionei o amor de Deus por mim (11)

12. Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado. (12)
13. Cheguei à conclusão de que forças do mal atuaram para isso acontecer (13)
14. Questionei o poder de Deus (14)

Fim do bloco: Escala Breve de *Coping* Espiritual/Religioso – SRCOPE-14

BLOCO: CENTRALIDADE DA RELIGIOSIDADE

Q33.23. Com que frequência você costuma participar de serviços religioso (cultos, missas, sessões, estudos bíblicos, reuniões, grupo de oração etc.)?

- () Nunca (1)
() Uma vez por ano (2)
() Algumas vezes por ano (2)
() Uma vez por mês (3)
() A cada 14 dias (4)
() Uma vez por semana (5)
() Várias vezes por semana (5)

Q33.24. Por favor, indique nas questões abaixo, qual o nível de interesse que você tem, ou, de importância que você dá aos seguintes conteúdos:

- | | | |
|------------------|----------------|-------------------|
| Nem um Pouco (1) | Um Pouco (2) | Mais ou Menos (3) |
| Bastante (4) | Muitíssimo (5) | |

2.1 Até que ponto você acredita na existência de Deus ou de algo divino? (6)

Q34.25. Por favor, indique a frequência com que as situações ou eventos abaixo ocorrem com você:

- | | | |
|------------------|--------------------|--------------------|
| Nunca (1) | Raramente (2) | Ocasionalmente (3) |
| Muitas vezes (4) | Frequentemente (5) | |

3.1 Com que frequência você pensa sobre questões religiosas? (4)

3.2 Com que frequência você passa por situações nas quais tem o sentimento de que Deus ou ser superior intervém em sua vida? (6)

Q35.26. Com que frequência normalmente ora/ reza?

- () Nunca (1)
() Uma vez por ano (2)
() Algumas vezes por ano (2)
() Uma vez por mês (3)
() A cada 14 dias (4)
() Uma vez por semana (4)
() Várias vezes por semana (4)

- () Uma vez por dia (5)
() Várias vezes ao dia (5)

Fim do bloco: Centralidade da Religiosidade

BLOCO: CRENÇAS E ATITUDES

Q12.10. Marque com um “X” a intensidade com que você experienciou as seguintes situações:

Nem um pouco/Não se aplica (1)	Um pouco (2)	Mais ou menos (3)
Bastante (4)	Muitíssimo (5)	

A ideia de que eu pudesse (ou possa) morrer de COVID 19 causa-me ansiedade (3)

A ideia de que alguém próximo (que eu amo) possa morrer de COVID 19 causa-me ansiedade (4)

A ideia de transmitir o vírus de COVID-19 a meus familiares causou-me (causa-me) preocupação (8)

Acredito que a pandemia é causada por questões espirituais/religiosas (5)

Acredito que esta pandemia é uma forma de punição divina (6)

Q13.11.1. Neste contexto da pandemia, você já pensou ou pensa – em pôr fim à própria vida?

- () Sim (1)
() Não (2)

Q14.11.2. Se sim, de que maneira?

Q15.11.3. Se sim, essa maneira é viável?

- () Sim (1)
() Não (2)

Q16.12. Durante a pandemia de COVID-19, você sentiu a necessidade de uma busca maior da espiritualidade, exemplo, você pensou mais profundamente sobre o sentido da vida?

- () Sim (1)
() Não (2)
() Não sei (3)

Q17.13. Durante a pandemia de COVID-19, você sentiu a necessidade de falar sobre as questões espirituais/ religiosas com algumas das pessoas listadas abaixo?

- () Sim. Com meus colegas de profissão (1)
() Sim. Com um líder religioso (pastor, pastora, padre, irmãs religiosas, pai de santo, mãe de santo, monge, mestre de sua religião etc.) (2)
() Não (3)
() Outros. Quem? (4) _____

Q18.14. No conjunto de afirmações abaixo, reflita sobre como o contexto de pandemia de COVID-19 afetou várias dimensões de sua existencialidade. Marque com um “X” com que intensidade você experienciou as seguintes situações:

Nem um pouco / Não se aplica (1)	Um pouco (2)	Mais ou menos (3)
Bastante (4)	Muitíssimo (5)	

Tive momentos de tristeza, mais do que normalmente (1)
Tive momentos de medo, mais do que normalmente (2)
Tive sensações de ansiedade, mais do que normalmente (3)
Tive sensação de cansaço mais do que o normal (espécie de exaustão) (12)
Tenho medo de que voltemos a ter maiores restrições e de um possível aumento no número de casos e mortes (4)
O excesso de trabalho me afetou espiritualmente (5)
Prejuízos materiais relacionadas ao trabalho me afetaram espiritualmente (6)
A perda de pessoas queridas me afetou espiritualmente (7)
Senti-me pressionado/a a exercer a profissão (8)
A pandemia afetou positivamente minha espiritualidade (9)
A pandemia afetou minha espiritualidade negativamente (13)
Causa-me angústia não ter uma medicação cientificamente comprovada para cura da COVID 19 (14)
Tive dificuldade ou estou com dificuldade para retornar meu trabalho (15)

Q19.15. Quanto a participação em rituais religiosos e/ ou comportamentos Espirituais/ Religiosos:

Nem um pouco / Não se aplica (1)	Um pouco (2)	Mais ou menos (3)
Bastante (4)	Muitíssimo (5)	

Sinto que minha fé me protege de consequências graves da COVID-19 (1)
Fez-me falta participar de algum ritual religioso no local físico (2)
Os rituais religiosos online supriram minhas necessidades espirituais/religiosos (3)
A pandemia me fez orar mais e/ou meditar mais (4)
A pandemia afetou minhas crenças religiosas (8)

Q20.16. Crenças e atitudes às vacinas

Q21.16.1 Fui infectado/o pelo vírus da COVID-19

() Sim (1)
() Não (2)
() Não sei/ Não se aplica (3)

Q22.16.2 Você foi vacinado contra COVID-19

() Sim, com dose única (1)
() Sim, com uma dose (2)
() sim, com duas doses (3)

() Não (4)

Q23.16.3. Caso a resposta à questão anterior seja “não”, qual o motivo de você não ter completado o esquema vacinal?

() Falta de informação a respeito da necessidade de completar o esquema vacinal (1)

() Medo dos efeitos colaterais que manifestou na primeira dose (2)

() Não disponibilização da vacina (3)

() Motivo ideológico (4)

() Outros (5) _____

Q24.16.4 Você tomou a dose de reforço contra a COVID-19

() Sim (1)

() Não (2)

Q 25.16.5 Caso a resposta à questão anterior seja “não”, qual o motivo de você não ter tomado a dose de reforço contra a COVID-19?

() Falta de informação a respeito da necessidade de completar o esquema vacinal (1)

() Medo dos efeitos colaterais que manifestou na primeira dose (2)

() Não disponibilização da vacina (3)

() Motivo ideológico (4)

() Outros (5) _____

Q26.17. Realizei práticas do meu grupo religioso como prevenção e/ou cura contra a COVID-19?

() Sim (1)

() Não (2)

() Não sei (3)

Q27.18. Quais práticas? (listar as práticas – ex. uso de água benta, passe, sinal da cruz antes de sair de casa etc.) _____

Q28.19. Sobre o seu relacionamento com um Ser superior, ou Deus (na forma como você o entende):

Não se aplica (1)

Totalmente falsa
para mim (2)

Em parte, f
falsa (3)

Nem verdadeira,
nem falsa (4)

Em grande parte
verdadeira (5)

Totalmente verdadeira
para mim (6)

Sinto que Deus geralmente responde a mim (1)

Deus sabe quando preciso de apoio (2)

Às vezes, Deus parece atender às minhas necessidades, mas às vezes não (3)

Q29.20. Você teve apoio de outras pessoas enquanto esteve em atendimento na pandemia de COVID-19?

() Sim. Quem? (1) _____

() Não (2)

Q30.21. Você utilizou da espiritualidade como uma estratégia no manejo de pacientes infectados/ as por COVID-19?

- () Sim. De qual maneira? (1) _____
() Não (2)

Q31.22. Você costumava questionar quais eram as crenças religiosas dos/ as pacientes que atendia?

- () Sim (1)
() Não (2)

Fim do bloco: crenças e atitudes

CONTINUAÇÃO DO BLOCO: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Q39.30. Qual a sua renda mensal?

- () Até um salário-mínimo (1)
() De 1 a 3 salários-mínimos (2)
() Entre 4 e 8 salários-mínimos (3)
() Mais de 8 salários-mínimos (4)
() Prefiro não informar (5)

Q40.31. Pós-Graduação (7) _____

Q 41.32. Como você classifica a cor de sua pele

- () branca (1)
() preta (2)
() parda (3)
() Outra (4) _____

Fim da continuação do bloco: dados sociodemográficos

BLOCO: ESPIRITUALIDADE/ RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO DA COVID-19

E/R 1. Quais as primeiras ideias que lhe vêm à mente quando ouve ou pensa sobre: “Estou preparado para trabalhar na pandemia da COVID-19”?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

E/R 2. Quais as primeiras ideias que lhe vêm à mente quando ouve ou pensa sobre “Espiritualidade e religiosidade”?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

E/R 3. Quais as primeiras ideias que lhe vêm à mente quando ouve ou pensa sobre “Fé”?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

E/R 4. Quais as primeiras ideias que lhe vêm à mente quando ouve ou pensa sobre: “Estou preparado religiosamente (ou espiritualmente) para trabalhar na pandemia da COVID-19”?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

7. _____
8. _____
9. _____

E/R 5. Quais as primeiras ideias que lhe vêm à mente quando ouve ou pensa sobre: “Me preocupo com meus colegas de trabalho; eles deveriam estar bem religiosamente (ou espiritualmente) para trabalhar”?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

E/R 6. Quais as primeiras ideias que lhe vêm à mente quando ouve ou pensa sobre: “Os profissionais de saúde deveriam receber amparo religioso (ou espiritual) dentro do serviço de saúde”?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

E/R 7. Quais as primeiras ideias que lhe vêm à mente quando ouve ou pensa sobre “A gente tem obrigação de conhecer as necessidades religiosas (ou espirituais) dos nossos pacientes”?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

E/R 8. Quais as primeiras ideias que lhe vêm à mente quando ouve ou pensa sobre: “E se a gente for questionado pelos pacientes ou pelos colegas sobre nossas crenças religiosas (ou espirituais) ”?

1. _____
2. _____
3. _____

4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

E/R 9. Quais as primeiras ideias que lhe vêm à mente quando ouve ou pensa sobre: “Deviam incluir “espiritualidade” e “religiosidade” ligados à saúde, na formação acadêmica e profissional da gente”?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

E/R 10. Quais as primeiras ideias que lhe vêm à mente quando ouve ou pensa sobre “O que é a morte? ”

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Fim do Bloco: Religiosidade/ espiritualidade no contexto da COVID-19:

QUESTÃO FINAL

Q42 33. Existe mais alguma coisa que você gostaria de nos contar sobre sua perspectiva a respeito do tema: “Espiritualidade em saúde em tempos de pandemia de COVID-19”?

() Sim(1)

() Não (2)

ANEXO I - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE: COMPREENSÃO DE SENTIDO PELO PROFISSIONAL MÉDICO INFECTOLOGISTA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO PORTADOR DA COVID-19 NO PERÍODO DA PANDEMIA NUM HOSPITAL REFERENCIA EM DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS

Pesquisador: CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 55686222.2.0000.5188

Instituição Proponente: CENTRO DE EDUCAÇÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.439.644

Apresentação do Projeto:

O pesquisador baseia o seu trabalho no fato de que o processo saúde x doença, a espiritualidade e/ ou religiosidade se configuram como uma importante estratégia para o enfrentamento da doença e/ ou de situações relativas no processo de manutenção da saúde, ou da qualidade de vida em meio a eventos estressores comuns em processos terapêuticos de enfermos quer sejam portadores de doenças crônicas ou não. Procura então com esta pesquisa compreender a produção de sentido pela experiência direta, com o profissional médico infectologista na assistência à saúde do paciente suspeito e/ou confirmado de COVID-19, através de uma avaliação da espiritualidade.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a produção de sentido pela experiência direta, com o profissional médico infectologista na assistência à saúde do paciente suspeito e/ou confirmado de COVID-19, através de uma avaliação da espiritualidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esta pesquisa pode suscitar desconforto nos respondentes diante de alguma das perguntas

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.439.646

elencadas, o que, entretanto, pode ser contornado com o estabelecido previamente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Benefícios: Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o participante estará sendo alertado de que, da pesquisa a se realizar, pode esperar alguns benefícios, tais como: conscientização das formas mais utilizadas pelo participante para enfrentamento do sofrimento; conscientização da presença ou não de conflitos espirituais; conhecimento dos próprios estilos de apego a Deus. O participante também poderá obstruir a qualquer momento a sua participação no estudo, sem carecer de justificativa, e sem sofrer qualquer prejuízo, caso se sinta incomodado/a ou perturbado/a

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Viável e de acordo com as normas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados em conformidade

Recomendações:

vide conclusões

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa pode ser iniciada

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1894430.pdf	28/04/2022 19:00:47		Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.439.644

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/04/2022 18:58:56	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_para_CEP_UFPB.pdf.pdf	28/04/2022 18:55:23	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_I_TCLE_28_04_2022.pdf.pdf	28/04/2022 18:54:05	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	carta_de_anuencia.pdf	28/03/2022 11:21:09	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	CERTIDAO_Cassiano_Augusto_para_CEP_UFPB.pdf	08/02/2022 11:05:03	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Cassiano_folha_de_rosto_plat_brasil_ASSINADA.pdf	08/02/2022 11:03:15	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito
Outros	APENDICE II QUESTIONARIO ESPINALIDADE COVID PROFISSIONAIS_97_2003.pdf	05/02/2022 18:12:08	CASSIANO AUGUSTO OLIVEIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 31 de Maio de 2022

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedetic@ccs.ufpb.br