

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ALZIRA MARIA CUSSI BRASILEIRO DIAS**

**O IMPACTO DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO  
DE SAÚDE DE MÉDICOS RESIDENTES**

**UBERABA-MG  
2023**

**ALZIRA MARIA CUSSI BRASILEIRO DIAS**

**O IMPACTO DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO  
DE SAÚDE DE MÉDICOS RESIDENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da saúde, área de concentração Medicina Translacional, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Borges

Coorientadora: Dr<sup>a</sup> Adriana Paula da Silva

UBERABA-MG  
2023

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

D53i Dias, Alzira Maria Cussi Brasileiro  
O impacto da religiosidade e espiritualidade no contexto de saúde  
de médicos residentes / Alzira Maria Cussi Brasileiro Dias. -- 2023.  
100 p.: tab.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) -- Universidade  
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2023  
Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fatima Borges  
Coorientadora: Profa. Dra. Adriana Paula da Silva

1. Corpo clínico hospitalar. 2. Internato e residência. 3. Saúde do  
adulto. 4. Religião. 5. Espiritualidade. I. Borges, Maria de Fatima. II.  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614.253.4

ALZIRA MARIA CUSSI BRASILEIRO DIAS

O IMPACTO DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO  
DE SAÚDE DE MÉDICOS RESIDENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da saúde, área de concentração Medicina Translacional, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Uberaba-MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Borges – Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

---

Dr<sup>a</sup>. Heloísa Marcelina da Cunha Palhares  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

---

Prof. Dr. Gabriel Antônio Nogueira Nascentes  
Instituto Federal do Triângulo Mineiro – IFTM

*Dedico este estudo a Deus, ao meu marido (in memoriam) e filhos que sempre iluminaram minha vida com muito amor e carinho.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por me guiar, iluminar e me dar forças e coragem para seguir em frente com os meus objetivos e não desistir perante cada dificuldade.

À professora Dra. Maria de Fátima Borges, pela generosidade de orientar e compartilhar seus conhecimentos, dando apoio e incentivo em toda a trajetória da pesquisa.

À Dra Adriana Paula da Silva pela coorientação deste trabalho e auxílio na análise estatística.

À Dra Élide Mara Carneiro, pelo auxílio na seleção dos instrumentos e por toda disponibilidade em auxiliar em várias necessidades do caminho.

À Dra Meire Soares Ataíde, coordenadora da COREME – Comissão de Residência Médica, por seu auxílio ao disponibilizar os e-mails dos médicos residentes e por consultar o Colegiado da COREME em plenário.

Às residentes de endocrinologia, sobretudo à Elisa Bernardes Nico e Ana Cecília Borborema Abreu pelo auxílio na seleção dos residentes.

À Mestre Janaíne Machado Tomé por sua simpatia e pelo grande auxílio na confecção gráfica deste trabalho.

À minha querida família, ao Manoel (in memoriam), e ao meu filho Frederico, que me proporcionaram apoio, incentivo com muito amor e paciência.

Às minhas queridas filhas Isabel e Lívia por todo auxílio, carinho, empenho e presença junto a mim nos momentos mais difíceis.

Aos amigos da AMEUBE (Associação de Médicos Espírita de Uberaba) por me acompanharem à causa da espiritualidade.

Aos professores e funcionários da secretaria do PGCS, pela atenção e conhecimento compartilhado.

Obrigada a todos os amigos que encontrei ao longo de mais uma caminhada.

“Tudo tem o seu tempo determinado,  
e há tempo para todo o propósito debaixo do céu;  
Há tempo de nascer, e tempo de morrer;  
tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou;  
tempo de matar e tempo de curar;  
tempo de derribar e tempo de edificar;  
tempo de chorar e tempo de rir;  
tempo de prantear e tempo de saltar;  
tempo de espalhar pedras e tempo de ajuntar pedras;  
tempo de abraçar e tempo de afastar-se de abraçar;  
tempo de buscar e tempo de perder;  
tempo de guardar e tempo de deitar fora;  
tempo de rasgar e tempo de coser;  
tempo de estar calado e tempo de falar;  
tempo de amar e tempo de aborrecer;  
tempo de guerra e tempo de paz”.

Eclesiastes, 3: 1-8  
(Texto extraído da Bíblia Sagrada)

## RESUMO

DIAS, Alzira Maria Cussi Brasileiro. **O IMPACTO DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DE SAÚDE DE MÉDICOS RESIDENTES.** 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2023.

**INTRODUÇÃO:** O médico residente, inserido em um ambiente de luta pela vida, enfrenta a frustração de não estar imune à dor, ao sofrimento e à morte. A busca da Religiosidade/Espiritualidade entre as suas necessidades pessoais predispõe a uma melhor qualidade de vida e bem-estar, para exercer suas atividades de forma consciente e humanizada. **OBJETIVOS:** Os objetivos da pesquisa são conhecer e analisar o perfil de Religiosidade e Espiritualidade de médicos residentes e o papel da Religiosidade e Espiritualidade na sua qualidade de vida e bem-estar. **MÉTODOS:** A verificação se deu através de um estudo descritivo de abordagem quantitativa de caráter transversal. Os dados foram obtidos através dos questionários e instrumentos autoaplicáveis: “Questionário Sociodemográfico; Percepção sobre Religiosidade/Espiritualidade; BMMRS (*Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality*); EBES (Escala de Bem-estar Subjetivo), WHOQOL-Bref (Whoqol Health Organization Quality of Life). MBI (*Maslach Burnout Inventory*). Os dados obtidos foram analisados com o auxílio do *Software Statiscal Packge for the Social Sciences* (SPSS) versão 23 para Windows®. Participaram da pesquisa 51 médicos residentes, com perfil sociodemográfico: 74,5% do sexo feminino, 70,6% com idade entre 26 a 30 anos, 74,5% brancos e 64,7% católicos. Sobre a percepção de Espiritualidade e Religiosidade, 100% referiram sua importância em suas vidas particulares. **RESULTADO:** Diante do Perfil Religioso e BMMRS verificou-se que R/E pode agir como equilíbrio, proteção à saúde mental e física, com poucas práticas religiosas e maior índice na R/E intrínseca principalmente no sexo feminino. Na escala EBES obteve maior escore no afeto positivo e satisfação com a vida no sexo feminino e menor no sexo masculino. No instrumento Whoqol-bref apresentou-se boa percepção da qualidade de vida e regular em alguns domínios como satisfação com a saúde, física e psicológica, das relações sociais e ambientais. Na avaliação do inventário de síndrome de burnout, identificou-se nível moderado em exaustão emocional, nível alto em baixa realização

emocional, nível baixo de despersonalização sendo essa variável menor no sexo feminino. **CONCLUSÃO:** Observou-se o quanto a R/E é considerada um recurso psicossocial de prevenção e promoção de saúde mental e física no enfrentamento e adaptações diante de situações estressantes no âmbito profissional do médico residente, verificando que quanto maior a R/E melhor satisfação com a saúde mental e qualidade de vida com menores índices de síndrome de burnout. Diante dos resultados obtidos com essa pesquisa verificou-se a necessidade de um conhecimento maior sobre as dimensões R/E na formação teórica dos médicos residentes e principalmente na prática clínica, despertando um olhar mais humanizado e diferenciado para si mesmo e aos pacientes.

**Descritores:** Espiritualidade; Religiosidade; Saúde; Médicos Residentes.

## ABSTRACT

DIAS, Alzira Maria Cussi Brasileiro. **THE IMPACT OF RELIGIOSITY AND SPIRITUALITY IN THE HEALTH CONTEXT OF RESIDENT PHYSICIANS.** 2023. Dissertation (Master in Health Sciences) – Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2023.

**INTRODUCTION:** The resident doctor, inserted in an environment of struggle for life, faces the frustration of not being immune to pain, suffering and death. The pursuit of Religiosity/Spirituality among their personal needs predisposes them to a better quality of life and well-being, to carry out their activities in a conscious and humane way. **OBJECTIVE:** The research objectives are to know and analyze the profile of Religiosity and Spirituality of medical residents and the role of Religiosity and Spirituality in their quality of life and well-being. **METHODS:** The verification took place through a descriptive study with a quantitative cross-sectional approach. Data were obtained through questionnaires and self-administered instruments: “Sociodemographic Questionnaire; Perception of Religiosity/Spirituality; BMMRS (Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality); EBES (Scale of Subjective Well-Being), WHOQOL-Bref (Whoqol Health Organization Quality of Life). MBI (Maslach Burnout Inventory). The data obtained were analyzed using the Software Statiscal Packge for the Social Sciences (SPSS) version 23 for Windows®. Fifty-one resident physicians participated in the survey, with a sociodemographic profile: 74.5% female, 70.6% aged between 26 and 30 years, 74.5% white and 64.7% Catholic. About the perception of Spirituality and Religiosity, 100% mentioned its importance in their private lives. **RESULTS:** In view of the Religious Profile and BMMRS, it was found that R/S can act as a balance, protecting mental and physical health, with few religious practices and a higher rate in intrinsic R/S, especially in females. On the EBES scale, females obtained a higher score for positive affect and life satisfaction and lower scores for males. The Whoqol-bref instrument presented a good perception of quality of life and fair in some domains such as satisfaction with health, physical and psychological, social and environmental relationships. In the assessment of the burnout syndrome inventory, a moderate level of emotional exhaustion was identified, a high level of low emotional fulfillment, and a low level of depersonalization, with this variable being lower in females. **CONCLUSION:** It was

observed how much R/S is considered a psychosocial resource for the prevention and promotion of mental and physical health in coping with and adapting to stressful situations in the professional scope of the resident physician, verifying that the higher the R/S the better satisfaction with the mental health and quality of life with lower rates of burnout syndrome. In view of the results obtained from this research, there was a need for greater knowledge about the R/S dimensions in the theoretical training of resident physicians and especially in clinical practice, awakening a more humanized and differentiated look for oneself and for patients.

**Descriptors:** Spirituality; Religiosity; Health; Resident Physicians.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Caracterização sociodemográfica dos médicos residentes do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.....	46
Tabela 02	Média geral das variáveis dos instrumentos, BMMRS, EBES, WHOQOL-BREF e MBI obtidos dos médicos residentes do Programa de Residência Médica da Universidade do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.....	49
Tabela 03	Representação da interpretação das variáveis BMMRS, EBES, WHOQOL-BREF e MBI segundo sexo dos residentes de medicina do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.....	51
Tabela 04	Correlação entre as variáveis do BMMRS e EBES obtidos dos médicos residentes do Programa de Residência Médica - da Universidade do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.....	52
Tabela 05	Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e EBES obtidas dos médicos residentes, segundo sexo feminino do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.....	53
Tabela 06	Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e EBES obtidas dos médicos residentes segundo sexo masculino do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.....	53
Tabela 07	Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e WHOQOL-BREF obtidos dos médicos residentes do Programa de Residência Médica da Universidade do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022....	55
Tabela 08	Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e WHOQOL-BREF obtidos dos médicos residentes segundo sexo feminino do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.....	56
Tabela 09	Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e WHOQOL-BREF obtidos dos médicos residentes segundo sexo masculino do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.....	57
Tabela 10	Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e MBI obtidos dos médicos residentes do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.....	58
Tabela 11	Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e MBI dos médicos residentes segundo sexo feminino do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.....	59
Tabela 12	Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e MBI dos médicos residentes segundo sexo masculino do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS E UNIDADES

ACP – *American College of Physicians*  
AMA – *American Medical Association*  
APA – *American Psychiatric Association*  
BES – Bem-estar Subjetivo  
BMMRS – *Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality*  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CFP – Conselho Federal de Psicologia  
CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica  
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
COREME – Comissão de Residência Médica  
COVID-19 – *Corona Virus Disease*  
EBES – Escala de Bem-Estar Subjetivo  
FI/NIA – Fetzer e Instituto Nacional do Envelhecimento, do inglês *Fetzer Institute/National Institute on Aging*  
GSS – Pesquisa Social Geral, do inglês *General Social Survey*  
HC-UFTM – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
JCAHO – *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*  
MBI – *Maslach Burnout Inventory*  
NUPES – Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PASS – *Power Analysis and Sample Size*  
PNRM – Plano Nacional de Residência Médica  
QV – Qualidade de Vida  
R/E – Religiosidade e Espiritualidade  
SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*  
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
WHO – *World Health Organization*  
WHOQOL-BREF – *World Health Organization Quality of Life*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
2.1 O PENSAMENTO DIANTE DA HISTÓRIA DA SAÚDE FÍSICA/MENTAL NAS DIMENSÕES DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE .....	19
2.2 RELIGIÃO/RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE .....	21
2.3 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO CLÍNICO .....	23
2.4 A VISÃO DOS MÉDICOS ACERCA DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE EM SUAS PRÁTICAS E NA EDUCAÇÃO MÉDICA .....	26
2.5 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E RESIDÊNCIA MÉDICA .....	28
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>31</b>
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>33</b>
4.1 OBJETIVO GERAL .....	33
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
<b>5 HIPÓTESE</b> .....	<b>34</b>
<b>6 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>35</b>
6.1 DESENHO DA PESQUISA .....	35
6.2 LOCAL DE ESTUDO .....	35
6.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	36
6.4 CÁLCULO E AMOSTRA .....	36
6.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	36
6.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	37
6.7 PANDEMIA E A PESQUISA .....	37
6.8 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	38
6.9 INSTRUMENTOS USADOS PARA COLETA DE DADOS .....	38
6.9.1 Perfil Sociodemográfico.....	38
6.9.2 Perfil da Religiosidade/Espiritualidade .....	39
6.9.3 Questionário Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality ou Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS) .....	39
6.9.4 Escala de Bem-estar Subjetivo (EBES).....	40
6.9.5 Questionário WHOQOL-BREF .....	42
6.9.6 Questionário Maslach Burnout Inventory (MBI).....	43
<b>7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	<b>45</b>

<b>8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS .....</b>	<b>46</b>
<b>9 RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
9.1 QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	47
9.2 PERFIL DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE .....	48
9.3 BMMRS .....	49
9.4 EBES.....	49
9.5 WHOQOL-BREF .....	49
9.6 <i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i> (MBI).....	49
9.7 COMPORTAMENTO DAS VARIÁVEIS DE BMMRS, EBES, WHOQOL-BREF, MBI SEGUNDO SEXO .....	51
9.8 COMPORTAMENTO DAS VARIÁVEIS DO BMMRS E EBES.....	53
9.9 COMPORTAMENTO DAS VARIÁVEIS DO BMMRS E WHOQOL-BREF .....	55
9.10 COMPORTAMENTO DAS VARIÁVEIS DO BMMRS E MBI .....	59
<b>10 DISCUSSÃO .....</b>	<b>62</b>
<b>11 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>68</b>
<b>12 LIMITAÇÃO DO ESTUDO .....</b>	<b>69</b>
<b>13 CONCLUSÕES .....</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO .....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO B: ARTIGO .....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO C: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO D: PERFIL DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE .....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO E: <i>BRIEF MULTIDIMENSIONAL MEASURE OF RELIGIOUSNESS/ SPIRITUALITY</i> (BMMRS).....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO F: ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO (EBES).....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO G: WHOQOL-BREF (<i>WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE</i>) VERSÃO ABREVIADA.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO H: <i>BURNOUT</i> (<i>MASLACH BURNOUT INVENTORY</i> - MBI) .....</b>	<b>99</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os seres humanos em seu caminho evolutivo através da história, marcaram sua trajetória com sua inteligência e pensamento sobre si mesmo e sobre o mundo em que vive. A arte de pensar, de se instruir, de buscar e praticar a sabedoria diante das frustrações e das perdas, reflete a nobreza de espírito: pensar com consciência crítica, romper opressões intelectuais expandindo o olhar na contemplação do belo, se colocar no lugar do outro com justeza e consideração, exercer sua liberdade de pensar e viver sua própria vida com dignidade e buscar resolver problemas no próprio ambiente são ideais perseguidos através dos tempos, com avanços e retrocessos (CURY, 1999). Para conseguir seu intento os seres humanos recorreram à sua fé e as conquistas graduais de seus conhecimentos e práticas, primórdios da ciência tal qual a conhecemos hoje. Historicamente ciência e fé caminharam juntas desde antigas civilizações como Egito e Grécia, mas a partir da Renascença, as transformações em uma multiplicidade de áreas da vida humana pavimentaram a separação entre elas. O iluminismo e o período moderno elegeram a razão como guia do pensamento científico e a religiosidade foi relegada a outra seara (KOENIG, 2000).

Abriu-se uma dicotomia de aproximadamente cinco séculos em que a religiosidade foi expurgada da pesquisa científica por ser considerada uma força restritiva, um viés inaceitável enquanto que a religião, sobretudo católica romana, taxava os avanços científicos com o carimbo da heresia.

Inúmeros acontecimentos históricos, sobretudo as duas grandes guerras que assolaram a humanidade na primeira metade do século XX, evidenciaram como a ciência contribuiu para atos impensáveis de violência como a destruição de Hiroshima e Nagasaki, ceifando milhares de vidas, sem falar de experimentos científicos conduzidos em seres humanos nos campos de concentração e extermínio (HOBSBAWN, 1995). Soava pois o alarme para o pensamento humano de que era o momento de unir ciência e ética, ciência e espiritualidade, ciência e religiosidade, caso contrário a humanidade tomaria um caminho sem volta para sua autodestruição.

De início, timidamente a ciência buscou refazer seu caminho estabelecendo os limites éticos para seus experimentos com humanos e com animais e a seguir a inserção da Religiosidade e Espiritualidade (R/E) em suas pesquisas e práticas. Nas

duas últimas décadas do século XX, muitos pesquisadores da medicina, sobretudo do grupo de Koenig, McCullough e Larson (2001), baseados em análises de inúmeros estudos publicados até então, concluíram que a R/E é um instrumento importante de promoção à saúde e uma dimensão humana que não pode ser ignorada, inaugurando uma nova abordagem no cuidado em saúde (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001). Em seguida, inúmeros outros pesquisadores se despontaram abordando este tema, também no Brasil.

Moreira-Almeida (2007), em seus estudos sobre R/E e saúde, tem ressaltado que ainda existem muitos preconceitos nestas interfaces, ligados aos séculos de exclusão mútua e por isso mesmo são necessários estudos sérios, dentro do rigor científico, para que se atinja um padrão de credibilidade que permita abertura de mentes e corações compatibilizando a adoção de uma nova visão ante as inúmeras possibilidades que o desenvolvimento científico pode proporcionar à vida humana.

Nas pesquisas até então publicadas, se observa o surgimento de vários sentidos para os termos R/E. Endossamos a definição de Koenig, McCullough e Larson (2001) que considera religião como práticas institucionalizadas de símbolos, crenças e rituais de vivência conjunta em comunidades. Religiosidade seria o termo empregado quando se busca seguir determinada religião e a praticá-la e espiritualidade seria a procura individual do significado ou sentido da vida e sua relação com o sagrado ou qualquer tipo de crença vinculada ou não a uma prática religiosa. Ainda emprestamos sentido ao pensamento de Pargament, Koenig e Perez (2000), segundo os quais religião é um procedimento ativo direcionado ao encontro de sentido para a existência motivando pessoas a buscarem práticas religiosas socializantes em redes de apoio em variadas instituições. E dentro desse contexto atual, se reconhece a espiritualidade como parte integrante e complexa da natureza humana, fazendo parte do universo interno de cada um.

Borges *et al.* (2021) enfatizam que a população do planeta Terra, incluindo do Brasil com todo sincretismo religioso, manifesta alta religiosidade. Moreira-Almeida, Koenig e Lucchetti (2014), enfatizam a adoção de um novo paradigma no início do ano 2000 junto à Medicina e Saúde por vários órgãos internacionais que advogam a integração da R/E nas práticas clínicas tais como: *American College of Physicians (ACP)*; *American Medical Association (AMA)*; *World Health Organization*

(WHO); *World Psychiatric Association*; *American Psychiatric Association (APA)*; *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*.

Ribeiro e Forjaz (2006), referem que nos dias atuais o médico ainda é a principal referência na busca da saúde, responsável pelo sucesso ou fracasso de um tratamento. Ainda que haja oscilações de mercado de trabalho e da valorização profissional, o médico ainda exerce um papel relevante na vida das pessoas. Os profissionais de saúde precisam também buscar a saúde física e principalmente a mental para lidar com as várias demandas. Daí o interesse em também investigar os principais agentes promotores da saúde em sua integralidade, incluindo a sua relação com a R/E.

Lucchetti *et al.* (2012) em uma amostra de médicos residentes e estudantes de medicina, perceberam que a maioria afirma a importância da influência da R/E na relação junto aos colegas de profissão e com pacientes. Por outro lado, dados de literatura sugerem que a R/E de médicos residentes possa auxiliar a superar a depressão e ansiedade nesta fase de formação profissional (JORDÁN *et al.*, 2021; VILLANI *et al.*, 2019). Por tais motivos, alguns autores advogam a necessidade de incorporar cursos de R/E na educação médica tanto na graduação quanto na residência médica período de maior prática clínica, visando a humanização (atendimento mais focado na relação entre os profissionais de saúde e os cidadãos) da assistência em saúde, e a saúde dos atores que promovem a saúde e que também precisam encontrar seu centro de equilíbrio (LUCCHETTI *et al.*, 2014).

Desta forma, por entender a R/E como uma das dimensões que constituem o ser humano, buscou-se conhecer a sua relevância na própria vivência profissional do médico residente, em uma universidade pública, em relação à sua qualidade de vida (QV) e bem-estar subjetivo durante a sua formação, analisando suas opiniões sobre como as dimensões R/E impactam sua saúde física e mental dentro de um estudo quantitativo, através dos instrumentos de coleta de dados e questionários padronizados. Assim os termos R/E, no presente estudo são tomados como sinônimos quando utilizados como constructos nos instrumentos selecionados para avaliar o tema proposto: “Impacto da Religiosidade/Espiritualidade no Contexto de Saúde de Médicos Residentes”. A bibliografia sobre a percepção do médico residente acerca do papel da R/E em sua vida e em suas práticas ainda é escassa. Houve-se por bem conhecer e trazer maiores conhecimentos sobre o tema,

articulando-o ao trabalho árduo, diário e enobrecedor do aluno/médico - médico residente.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O PENSAMENTO DIANTE DA HISTÓRIA DA SAÚDE FÍSICA/MENTAL NAS DIMENSÕES DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

No curso da história humana a R/E sempre se fez presente, independente de épocas ou culturas, cada qual em seu formato, ainda que somente na atualidade a ciência demonstre interesse em investigar este tema (PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007).

A escola hipocrática apenas esboçou a ideia de um princípio unificador e diretor do organismo chamado “*eidolon*”, considerado como a psique individual, o equivalente ao que hoje se denomina alma (SALGADO, 2017). Hipócrates de Cós (460-337 a.C.) reconhecido como pai da medicina, fez sua primeira interpretação a respeito de saúde e doença. Para ele a doença era o produto da discordância entre o empenho da natureza que se apresenta fora e dentro de cada indivíduo, entre o meio interno e externo, conferindo à medicina seu espírito científico (SCLiar, 2007). Segundo Numbers (2020), os pensadores fundadores da ciência moderna como Descartes, Francis Bacon, Galileu Galilei, Kepler, Isaac Newton, dentre outros, resgataram motivações religiosas em suas pesquisas científicas sobre a natureza, mas seu pensamento não atingiu os processos da ciência dos séculos vindouros. Cury (1999), psiquiatra e escritor brasileiro, retrocedeu sua análise até os tempos de Jesus Cristo, considerando seu pensamento como a revolução mais radical feita pela humanidade, que abalou os alicerces da história do pensamento e do sentir humano por intermédio de sua própria história que atravessou gerações de seguidores através dos séculos. Ainda que não tenha deixado nada escrito de próprio punho acerca de seu status social e político, teve sua vida narrada e seus pensamentos reproduzidos, sobretudo pelos quatro evangelistas Lucas, Mateus, Marcos e João. Da mesma forma Koenig, Parkerson e Meador (2001) reportam que após a vinda de Jesus Cristo seus discípulos cristãos começaram a cuidar dos enfermos desamparados e abandonados da época por terem doença de Hansen, demonstrando exercitar as atividades de caridade e solidariedade aprendidas dos atos de seu Mestre.

Ao longo da história a igreja católica e romana herdaram tais práticas, inicialmente em mosteiros cuidando de doentes e feridos de guerra evoluindo para

instituições de ensino, primórdios de universidades, ainda que a influência religiosa a partir dos primeiros séculos após Jesus Cristo se vinculasse progressivamente ao poder temporal e não à real preocupação espiritual com os fiéis. Nos séculos de ensino monástico a figura do médico estava ligada inteiramente ao sistema católico de onde a certificação de doutores para a prática da medicina se originava e concomitantemente muitos médicos eram monges e padres.

Este envolvimento da igreja católica romana com os cuidados de saúde e evolução de experimentos científicos, incomodou a própria Instituição que a partir do concílio de Nicéia fez questão de ser um agente ativo de separação entre ciência e religião, proibindo monges e freiras de se ocuparem da medicina e de outros ramos da ciência e se dedicarem à R/E dos fiéis (LYONS; PETRUCCELLI, 1997). Desenvolveram-se a partir daí as universidades laicas, que por sua vez, consideravam o envolvimento de seus alunos em assuntos religiosos como um viés inaceitável para as descobertas científicas.

Os efeitos deletérios desta cisão secular começaram a ser percebidos ainda no século XIX. O seguimento religioso espírita liderado por Allan Kardec, eminente pedagogo e escritor francês que padronizou os conhecimentos do espiritismo (1804-1869), no livro *O Evangelho Segundo o Espiritismo* (KARDEC, 2003. cap. 1, p. 40), descreve que “A Ciência e a Religião são duas alavancas da inteligência humana. Uma revela as leis do mundo material, e a outra as leis do mundo moral. Mas aquelas e estas leis, tendo o mesmo princípio que é Deus, não podem contradizer-se.”

Conforme pesquisa de Moreira-Almeida e Lucchetti (2016) a análise do conflito entre religião e ciência, demonstra a complexidade de suas relações, mas de modo geral é uma observação de frutos positivos, pois ao lado do progresso da ciência, a sociedade também questiona os padrões religiosos, que durante muito tempo foram impostos a várias gerações sem a permissão de se levantar o véu dos dogmas que não mais se justificam perante as evidências científicas.

Nesta linha de pensamento autores como Moreira-Almeida, Mosqueiro e Bhugra (2021, p. 491) constataram após quinze anos de pesquisas realizadas no Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (NUPES) da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora, que “não existe incompatibilidade entre ciência, religião e espiritualidade. É um mito [...]”. Em sua análise o autor Numbers (2009) refere que com a adoção do modelo científico newtoniano-cartesiano, os cientistas e

profissionais da área de saúde concentraram suas atenções ao corpo físico, descurando dos aspectos psicológicos, espirituais, naturais e sociais das doenças descritas desde Hipócrates. O autor afirma que estudos atuais sugerem que perduram muitos mitos sobre o conflito entre religião e ciência, os quais foram cristalizados sem evidências epistemológicas, sendo questões relevantes a serem analisadas.

Na contemporaneidade o Código de Ética da Psicologia do Conselho Federal de Psicologia (CFP), referenda princípios fundamentais, que pautam o reconhecimento da importância da R/E na constituição de subjetividades, compreendendo que tanto a religião quanto a psicologia transitam num campo comum, que é o de compreensão de subjetividades, estabelecendo de forma fundamental, um diálogo entre esses conhecimentos. Isso requer da ciência e da psicologia cautela para que o conhecimento fundamentado na laicidade da ciência, não se confunda com os conhecimentos dogmáticos da religião, podendo a R/E ser objeto de estudo da Psicologia, a qual reconhece que a religiosidade e a fé estão presentes na cultura, e participam da constituição da dimensão subjetiva de cada um de nós. Atualizações do posicionamento do CFP incluídas no ano de 2013, destacam que a questão da Psicologia, Religião e Espiritualidade e apontam que “pautar-se na obrigatoria laicidade o que não implica negar uma interface que pode ser estabelecida pela psicologia e a religião, e pela psicologia e a espiritualidade” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p.2), pois a psicologia apresenta um papel profissional expressivo no contexto de se reconhecer no universo da R/E.

## 2.2 RELIGIÃO/RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

Para referenciar os conceitos da temática religião/ religiosidade/ espiritualidade com a interface no campo da saúde e sua inserção no âmbito acadêmico, se faz necessário apresentar algumas definições através de vários autores do campo da Psicologia e da Ciência Médica. Marques (2010) descreve os termos R/E como conceitos ímpares, de maneira combinada, ou seja, R/E, por serem ambos fenômenos complexos, multidimensionais. É necessário cuidado pois qualquer definição que limite o sentido destes termos pode ser prejudicial tendo em vista que R/E se interconectam ou se sobrepõem com intensidades muito próximas.

Pesquisas relevantes como de Allport (1968) argumentam que religiosidade é “uma concepção unificadora da vida”, e nela conglomeram-se conhecimento, sentimento, e sentido religioso em ações no cotidiano do ser humano. Para a *World Health Organization* (1998) a religiosidade permanece no grau em que o indivíduo crê, segue e pratica uma religião, e inclui-se em um sistema constituído e característico, partilhado por um grupo de pessoas e suas crenças individuais dirigem comportamentos e estilo de vida.

Koenig (2008) descreve que não existe um ponto de congruência perfeita entre os conceitos de R/E, por apresentarem mudanças de tempos em tempos, expondo uma relação que decorre de questões históricas, sociais, culturais e autorais, de acordo com a escolha teórica para compreendê-las. Afirma que o emprego do termo combinado R/E pode ser entendido como uma maneira de incluir a subjetividade vivenciada pelos indivíduos, e não os fenômenos em si, em suas questões de R/E na valorização da saúde física e mental, o que inclui também os ateístas e agnósticos.

Em relação ao significado de espiritualidade, alguns autores consideram que a falta de consenso acerca de sua definição faz parte do desenvolvimento normal dos estudos. Segundo a *World Health Organization* (1998) o termo espiritualidade abrange as crenças de natureza espiritual com a ideia internalizada da essência da vida diante da própria percepção, e do real significado e finalidade da vida, não se limitando a nenhum tipo de crença ou prática religiosa. Para Koenig (2012) a espiritualidade é a busca da subjetividade, o significado maior na própria vida, sua relação com o sagrado e o transcendente, ligada ou não, à prática de uma religião formal ou de denominação religiosa, ou seja, a espiritualidade pode questionar o ponto de vista existencial de significados e propósitos, esteja ela afiliada ou não a alguma religião.

Neste contexto a espiritualidade se faz presente em todas as culturas humanas, não sendo diferente no Brasil, país com maior população católica do mundo, o que corresponde a 65% do contingente de brasileiros, e 11% a nível global (IBGE, 2010). Outras denominações religiosas estão presentes no país, desde religiões milenares, como o budismo, o islamismo, o cristianismo e o judaísmo, e outras mais jovens como a religião espírita e também religiões com influência da cultura africana, como o candomblé, a umbanda e religiões emergentes, como a dos evangélicos neopentecostais (MARIANO, 2011).

Desta forma o estudo da espiritualidade se direciona a avaliar o bem-estar religioso, as experiências ou necessidades espirituais diárias através da “Religiosidade Intrínseca” e “Religiosidade Extrínseca”. O estudo publicado por Allport e Ross (1967) descreve os conceitos de “Religiosidade Intrínseca” como caracterizada pela vivência da religião a que o indivíduo se filia, tratando-se assim de uma experiência religiosa, o significado através do qual tudo é compreendido por parte do indivíduo. Por outro lado, a “Religiosidade Extrínseca” é caracterizada pela existência social da religião, a religião é usada como meio de algum outro propósito para satisfação de outras necessidades tais como; distração, sociabilidade e status. A espiritualidade é inerente à natureza humana, parte integrante na vida e no modo de viver do indivíduo independentemente de qualquer religião ou crença (ROCHA; ARCA, 2019).

### 2.3 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO CLÍNICO

A ciência do século XX despertou para uma nova maneira de ver o modelo biomédico (mecanicista), transformando-o em um modelo biopsicossocial/espiritual, direcionando os pesquisadores e cientistas a observarem mais as questões espirituais, como parte do conhecimento integrante do ser humano (MOREIRA-ALMEIDA, 2009). Um fato inconteste é que aproximadamente 90% da população mundial exercem e compreendem o que vem a ser a prática espiritual/religiosa, e esta extensão articula um papel importante na vida de todos. As evidências do efeito da R/E na saúde têm crescido em todos os âmbitos do conhecimento e estudos científicos (BORGES *et al.*, 2021). Cafezeiro *et al.* (2020) salientam que o estudo da espiritualidade tem contribuído com publicações de grande relevância na prática clínica, alargando a percepção de sua importância na área da saúde, educação e cultura do indivíduo. Segundo Moreira e Stroppa (2012) estudos científicos indicam maior compreensão da atuação da R/E no exercício clínico, demonstrando e comprovando sua eficiência na área da saúde do corpo e principalmente na saúde mental.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (2020): “saúde mental refere-se a um bem-estar no qual o indivíduo desenvolve suas habilidades pessoais, consegue lidar com os estresses da vida, trabalha de forma produtiva e encontra-se apto a dar sua contribuição para sua comunidade”. É importante compreender que a

religiosidade pode oferecer ao indivíduo maior concordância, entendimento e adequação a situações complexas da própria vida, motivando assim a autoconfiança na resolução de questões a serem enfrentadas. Há que se ter cuidado com o sectarismo religioso que pode suscitar culpas, dúvidas, ansiedades e depressões, por superestimar a autocrítica, influenciando negativamente a vida das pessoas.

Neste contexto, e na trajetória estudada, apresentam-se vários mecanismos pelos quais a R/E pode exercer influência na saúde mental, através do princípio de crenças, e como favorece ao promover sentido à vida e ao sofrimento, bem como constituir-se como apoio social pelas alianças religiosas em comum e um modo de vida benéfico (CURCIO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA, 2016). Como positivo Moreira-Almeida (2009) assevera que várias pesquisas de categorias científicas confirmam que quando o nível da inclusão religiosa na vida dos indivíduos é alto, a tendência é a diminuição da depressão, de comportamentos suicidas, de uso e abuso de álcool e outras drogas, assim concomitantemente associa-se com bem-estar psicológico, afeto positivo, melhor saúde física e mental e felicidade. Ainda conforme Moreira, Koenig e Lucchetti (2014) a R/E está no escopo de pesquisas científicas, e deixou de ser vista como fator de doença mental, passando a ser distinguida como fomentadora do reequilíbrio e da saúde. Peres *et al.* (2018) também consideram que as pesquisas na área de saúde mental evidenciam que a R/E se agrega a melhor bem-estar psicológico, aos sentimentos altruístas e significado de paz e contentamento com a própria vida.

Atualmente o paralelo religioso com a saúde mental é mais aberto, próximo, positivo e saudável entre as pessoas, Moreira e Stroppa (2012) referem que a fé religiosa influencia no modo como os indivíduos relacionam-se com situações de ansiedade, estresse, e conflitos mentais e Puchalski *et al.* (2014), enfatizam que inicialmente as pesquisas a respeito da R/E na clínica médica era somente para saúde mental, e que transcorridos trinta anos houve desenvolvimento expressivo também na área da saúde física no intuito de minimizar as doenças consideradas relativas ao trabalho.

Com o olhar para a legislação de Doenças Relacionadas ao Trabalho no Brasil (BRASIL, 2009) observa-se a caracterização da síndrome de *burnout* como doença relacionada com o trabalho, diagnosticada por meio de um inventário de “sintomas” *Maslach Burnout Inventory* (MBI) tratado através de psicoterapia, e terapia medicamentosa quando necessário, dependendo da intensidade dos

sintomas e do diagnóstico médico. Conforme Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) Síndrome de *Burnout* se caracteriza por uma experiência individual e situacional, influenciada por múltiplos aspectos do trabalho e das condições em que se realiza este trabalho, sendo necessário pensar como ela ocorre em relação a instituições, demografia, as particularidades da personalidade, expectativas em relação à natureza do trabalho e a busca do sucesso profissional.

Os fatores situacionais considerados primordiais são: característica da tarefa (exigência de qualidade e produtividade, longa jornada de trabalho, ausência de recurso e mínima autonomia), característica ocupacional (trabalho diário no contato com várias pessoas), as características organizacionais (baixos salários e políticas de trabalho ineficazes). A bibliografia referenda que os profissionais de saúde incluindo os médicos residentes estão entre os mais vulneráveis a desenvolver a síndrome de *burnout* em decorrência dos estresses vividos diariamente no ambiente de trabalho relacionado ao aprendizado e ao exercício profissional, ou seja, sob a confluência de duas instituições: na saúde que é a parte profissional, a clínica, e na educação – um aprendiz. É importante dizer que a Síndrome de *Burnout* decorre da presença de um ou mais fatores situacionais e individuais, os quais serão descritos ao longo da pesquisa (DE LUCCA; WOLKMER; BORGES, 2021).

Na atualidade a depressão também se mostra como um dos piores males do século, e manifesta-se por indícios que abrangem a Síndrome de *Burnout*, e por englobar enfermidades com sinais caracterizados em três dimensões principais: a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização pessoal e profissional, as quais podem induzir à depressão. Os médicos residentes estão sujeitos a circunstâncias estressantes de tensão física e mental, e vulnerabilidade psicológica, sendo alta a prevalência de depressão neste seguimento profissional (LIMA, 2014).

A Organização Pan-Americana da Saúde (2020) em seu enfoque sobre os transtornos depressivos descreve que a depressão é a principal causa de incapacidade no mundo. Peres, Simão e Nasello (2007) apontam que na teoria psicanalítica a depressão é um fenômeno psicossocial, e não se trata de algo recente, trata-se de um transtorno de humor que atinge o indivíduo tanto na vida social, profissional, em suas relações familiares, trazendo prejuízos no desempenho de simples tarefas diárias, podendo desencadear outros problemas que envolvem a saúde física.

## 2.4 A VISÃO DOS MÉDICOS ACERCA DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE EM SUAS PRÁTICAS E NA EDUCAÇÃO MÉDICA

A ciência cada vez mais se volta para a distinção e seriedade da dimensão espiritual do ser humano, e para o médico abordar ou não o aspecto espiritual do paciente, depende do seu grau de conhecimento e acreditação sobre R/E. Borges *et al.* (2021) em estudo recente confirmam que a afiliação religiosa influencia a vida diária nas suas disposições em torno da saúde física e principalmente mental em graus diferenciados. Através das evidências nos resultados dos tratamentos, e na manutenção da saúde dos pacientes e também dos cuidadores e profissionais, percebe-se a necessidade de inserir conteúdos relacionados à espiritualidade aos currículos dos cursos das áreas da saúde. É relevante pontuar que nos Estados Unidos, 90% das escolas médicas oferecem a disciplina Espiritualidade e Saúde, enquanto que no Brasil, apenas 10% abordam essa formação sugerindo que existe um campo inexplorado nas universidades brasileiras a ser conquistado no sentido de humanização do ensino e capacitação dos acadêmicos no aspecto R/E.

Em contraponto Cafezeiro *et al.* (2020) afirmam um crescente em número de artigos publicados, que abrangem espiritualidade e ensino em saúde com ênfase na prática clínica centrada na pessoa, e que esses estão em progresso diante da necessidade de incluir esse tema nos currículos das escolas de medicina no Brasil.

Dal-Farra e Geremia (2010) analisaram em estudo sobre R/E no Brasil, que o reconhecimento da religiosidade, permite que espiritualidade e saúde estejam integradas à conjuntura social, e que focar o olhar no indivíduo segundo o ponto de vista biopsicossocial e espiritual não representa trocar os aprendizados médicos tradicionais e estabelecidos das escolas de medicina, mas sim atender aos aspectos subjetivos, espirituais que os pacientes trazem em suas vidas, e também com o olhar para os profissionais da saúde que buscarem o ponto de vista da integralidade humana.

No Brasil, Lucchetti *et al.* (2010) descrevem que ocorreu no ano de 2009 o Congresso Brasileiro de Educação Médica, com a pauta de um estudo de suma importância intitulado: “O uso da Espiritualidade em Práticas Clínicas”. Também no Congresso Brasileiro de Medicina Interna, reuniram-se participantes para analisar sobre: “Medicina e Espiritualidade na Prática Médica”. Lucchetti *et al.* (2012) confirmam que organizações profissionais reconhecem, que o cuidado espiritual é

um componente importante da saúde, conforme afirma a Organização Mundial de Saúde.

Esperandio e Marques (2015) em estudo envolvendo 48 médicos brasileiros, de dois hospitais da cidade de Curitiba (capital do estado do Paraná, Brasil), sobre crenças e atitudes dos médicos em relação à espiritualidade do paciente, concluíram que as crenças e valores relacionados à R/E, influenciam profundamente suas práticas, sua formação médica e a perspectiva biomédica. Porém a dimensão R/E geralmente é subvalorizada na prática clínica, embora haja reconhecimento por parte dos profissionais, como um fator potencial para o cuidado em saúde. Este estudo confirma que uma das dificuldades para a não integração da R/E na prática clínica está relacionada à educação recebida, e para além do aspecto ligado à questão da formação profissional, o desafio parece estar na mudança de paradigma subjacente às posturas médicas da prática assistencial.

O estudo realizado por Aguiar, Cazella e Costa (2017) entre 73 médicos na área de Medicina de Família (saúde pública) encontraram que 89% consideram o cuidado espiritual nas práticas de saúde, como importante ou muito importante, e 52,1% avaliam que a espiritualidade contribui para a saúde física, 46,6% dos médicos reconhecem a importância da espiritualidade para os pacientes e a saúde, mas são menos inclinados a considerar seu papel como cuidadores desta dimensão, e 72,2% estão de acordo em que o tema deve ser estudado durante a formação acadêmica. No contexto do morrer, da perda, autores como Koenig (2007) afirma que as questões religiosas e espirituais têm papel fundamental na assistência, no cuidado com o paciente, na iminente morte, e por isso a importância de sua inclusão na formação acadêmica em saúde, como forma de apoiar o profissional residente médico em seu ato de cuidar de si mesmo, e do outro, que precisa de um cuidado humanizado. Como fato a questão psicológica deste profissional deve ser cuidada e avaliada, durante o percurso da residência, pois enfrentar a morte é talvez o momento mais angustiante da profissão de médico, por ser contrária a essência maior do futuro médico, que é a batalha a favor da vida (AGUIAR; CAZELLA; COSTA, 2017).

Ferreira *et al.* (2018), estudaram 183 acadêmicos do primeiro ano do curso de medicina e de outras áreas da saúde e humanas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e 85,9% dos alunos entrevistados responderam que é relevante incluir R/E durante a formação acadêmica. Jordán e Barbosa (2019) descrevem um

estudo exploratório, descritivo, com abordagem combinada, em uma cidade do Nordeste brasileiro, e 32 residentes entrevistados entre 2017 e 2018, destacando que a maioria dos médicos ao conhecerem a definição de espiritualidade durante o estudo, reconheceram a sua importância e a necessidade do enfoque desse conteúdo nos seus programas de ensino, e também mostraram interesse na inclusão do tema na sua própria qualificação, e concluíram pela necessidade de formação em espiritualidade, tanto para preceptores como para residentes, sugerindo a inclusão da espiritualidade nos conteúdos e práticas dos programas de residência em saúde.

Dentre todos os estudos selecionados da bibliografia referendada para essa pesquisa, existe a concordância dos profissionais médicos da necessidade de participar da R/E com seus pacientes, e encontrar aspectos positivos nesta aplicabilidade, e ainda conforme os autores Lucchetti *et al.* (2013), Puchalski *et al.* (2014), Koenig (2007), Moreira-Almeida *et al.* (2010), Anandarajah e Hight (2001), Dalgalarondo (2008), os estudos referendam a importância da inclusão desta temática na residência médica, para que estes profissionais sejam capacitados em cuidar dessas questões na prática clínica. Borges *et al.* (2021) reafirmam o quanto a R/E do indivíduo influencia vidas, e também é influenciado em seu cotidiano pessoal relacionado à saúde, em diferentes graus e intensidades.

## 2.5 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E RESIDÊNCIA MÉDICA

A residência médica é regulamentada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo do Ministério da Educação, e tem a finalidade de regular, supervisionar e avaliar as instituições e programas de residência médica de acordo com o decreto nº 7.562, 15 setembro do ano de 2011 (BRASIL, 2011). Sendo instituída pelo decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 (BRASIL, 1977), a residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação (Lato Sensu) destinada a médicos, sob forma de curso de especialização. Caracterizada como treinamento em serviço, funciona sob a responsabilidade de instituições de saúde universitárias, e sob a orientação (preceptoria) de profissionais médicos qualificados (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Cada programa recebe vistoria do Plano Nacional de Residência Médica (PNRM) e caso não esteja adequado poderá ser suspenso até que atenda o preconizado. O local de funcionamento de uma residência médica em geral é um hospital de referência de alta complexidade, denominados hospitais escola, ligados ao Ministério da Saúde. O graduando em medicina ao término do curso está apto e com licença para escolher uma área na qual se especializará após cursar a residência em medicina.

Com o decreto de regulamentação da residência médica foi instituída durante a residência uma bolsa no valor atual de R\$ 3.654,42 reais (aproximadamente 730 dólares no câmbio atual de 5:1), que subsidia o cumprimento de 60hs semanais, divididas entre aulas, plantões em setores de pronto socorro, enfermarias e ambulatórios com férias de 30 dias anuais conforme normas da residência médica. Portanto o período de residência médica é uma oportunidade única de treinamento em serviço, em dedicação exclusiva, sob orientação e apoio de supervisores e preceptores que auxiliam na discussão dos casos clínicos, em procedimentos mais complexos, conhecimentos estes que ou não foram adquiridos na graduação ou o foram parcialmente. Desta forma, em razão da aquisição desta excelência em atividades, é que a maioria dos graduandos disputam as vagas de serviços mais renomadas, sendo considerado um segundo vestibular (RIBEIRO; FORJAZ, 2006).

Como fato este profissional vive aspectos desgastantes, como baixo reconhecimento financeiro, cobrança de ampla atenção de tempo, a implicação de muita responsabilidade individual, como também o contato constante com pacientes em estado grave, e com aproximação iminente do complexo processo de morrer. Além disso este profissional é avaliado quanto ao seu comportamento em relação aos colegas de trabalho, funcionários e pacientes. Conforme Silva e Teixeira (2002) o residente passará por um período de “liberdade vigiada”, porém com momentos de intensa convivência com os mestres permitindo a estes de forma respeitosa, moldar atitudes de intemperança, inexperiência ou ingenuidade, propiciando assim o aprendizado no trato com pessoas da comunidade acadêmica, funcionários e pacientes.

Para Ribeiro e Forjaz (2006) os médicos residentes no exercício profissional recebem poucos recursos fundamentados na questão da R/E para entender os fenômenos psíquicos que perpassam em seus aprendizados, podendo desta forma

vir a adoecer pela angústia mobilizada durante o processo de aprendizado. Direcionando assim a pensar o quanto a R/E pode ser o diferencial individual de cada um no processo de entender as perdas e ganhos que a profissão proporciona em todo o seu percurso. Trata-se de um processo longo de aprendizagem no curso médico coroado por um tempo variável de dois a cinco anos de treinamento profissional que pode conter, ao lado da satisfação de contemplar a própria escolha as sensações conferidas pelo rito de passagem de vida de estudante, para o de responsabilidade autônoma pelos seus atos médicos, um aprendizado constante profissional, social e de vida (RIBEIRO; FORJAZ, 2006).

### 3 JUSTIFICATIVA

Através do referencial teórico em que se revisou a literatura disponível sobre o tema, identifica-se uma demanda humana secular de respostas acerca da relação entre Religiosidade/Espiritualidade e Ciência/Saúde, envolvendo diretamente a comunicação (base da humanização de vida) do profissional de saúde com o paciente, bem como, com seus familiares, acerca de várias questões de vida, da morte e do morrer.

Vários autores, incluindo Koenig (2007), confirmam que a ausência de compreensão sobre o papel da R/E do profissional da área de saúde, não atende as expectativas dos usuários de serviços de saúde pois um contingente cada vez maior de pessoas utiliza a R/E no enfrentamento de desafios pessoais e coletivos o que impacta positivamente a saúde mental e física. É um avanço reconhecer o valor da R/E em sinergia com os avanços da tecnologia e inovações científicas na promoção à saúde integral do ser humano.

O médico residente se coloca na linha de frente dos atendimentos em ambulatórios, prontos socorros e enfermarias e destacamos que vários estudos citados reconhecem a necessidade de prepará-lo para atender aos pacientes e familiares não apenas no aspecto técnico e científico, mas também no humano em vários momentos da vida incluindo o início e o término. Entretanto como o médico residente poderá oferecer algo que ele ainda não tem? Ou vai adquirir ao longo do seu processo de amadurecimento pessoal e profissional? Se internamente ele não se sente apoiado em seu sistema de crenças, valores humanos e motivações e se sua formação não o capacitou para os desafios que enfrentará ao concluir sua graduação?

Do ponto de vista da elaboração do conhecimento, esta pesquisa se justifica perante a oportunidade de analisar as percepções dos médicos residentes em uma universidade pública federal, a respeito dos conceitos de R/E e sua relação com a saúde, e observar a importância atribuída ao tema em sua vida particular e na prática profissional. Esta pesquisa também ensinará o conhecimento sobre o sistema de crenças, valores e motivações de sua vida profissional; e se sua formação médica irá prepará-lo profissionalmente para os desafios que enfrentará ao sair da instituição formadora – e se sua formação redundará em uma desfasagem

biopsicossocial e espiritual, com a diminuição da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo que o ambiente propicia durante sua formação (KOENIG, 2007)

Dar o valor às dimensões R/E da realidade, pode ser o ponto de vista de cada um, em ter ou não ter fé em Deus, considerando suas ações individuais dentro do contexto social, profissional ou familiar. Entretanto, é necessário pensarmos, como pesquisadores, e como tal julgamos de extremo interesse conhecer o perfil religioso e espiritual de médicos residentes e das estratégias de enfrentamento através das quais busca seu equilíbrio e harmonização entre suas necessidades pessoais e sua disponibilidade de exercer suas atividades de forma consciente e humanizada, contemplando a demanda dos pacientes de assistência segundo os parâmetros da integralidade incluindo a R/E. Também se justifica conhecer como o médico residente se coloca em termos de seu bem-estar subjetivo, e sua qualidade de vida no enfrentamento de si mesmo, e diante de sua formação profissional como forma de humanização pessoal (FERREIRA *et al.*, 2018).

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar e conhecer o perfil da Religiosidade/Espiritualidade de médicos residentes, bem como o papel da Religiosidade/Espiritualidade no quesito profissional e na sua qualidade de vida e bem-estar.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os participantes segundo as variáveis demográficas como: sexo, idade, escolaridade, condições socioeconômicas;
- Identificar as características de Religiosidade/Espiritualidade apresentadas pelos médicos residentes;
- Verificar a Qualidade de Vida e Bem-estar Subjetivo;
- Identificar se os médicos residentes entrevistados apresentam sintomas da Síndrome de *Burnout*;
- Correlacionar os escores obtidos nas escalas que quantificarão o Bem-estar Subjetivo, Qualidade de Vida, a Síndrome de *Burnout*, com os escores obtidos nas escalas de Religiosidade/Espiritualidade.
- Verificar diferença entre sexo masculino e feminino

## 5 HIPÓTESE

A Religiosidade e Espiritualidade melhora a qualidade de vida dos médicos residentes; que realmente interfira positivamente na prevenção da síndrome de *burnout* relacionada às práticas profissionais, e que auxilia a superar as frustrações e diminuir as limitações relacionadas às experiências malsucedidas diariamente.

## 6 MATERIAIS E MÉTODOS

Como metodologia de estudo este capítulo apresenta os aspectos relativos aos procedimentos metodológicos que foram adotados na execução da investigação, e a análise dos resultados alcançados (métodos de coleta de dados, o *locus* da pesquisa e os sujeitos).

### 6.1 DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa, de caráter transversal, por descrever a realidade de uma determinada amostra de médicos residentes da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) investigada durante o período de março de 2021 a março de 2022, tomando como base a saúde, R/E dos médicos residentes, empregando-se instrumentos autoaplicáveis.

### 6.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo iniciou com um encontro presencial na sala de Endocrinologia e Metabologia do Hospital de Clínicas da UFTM (HC-UFTM), onde os médicos residentes convidados individualmente, responderiam aos questionários. Porém com o advento da pandemia do COVID-19, surgiu a necessidade do distanciamento e afastamento dos indivíduos no período de mais ou menos um ano, direcionando mudanças na estratégia da aplicação dos questionários, buscando a utilização de ferramenta digital para aplicação do instrumento proposto, sendo utilizado a plataforma online *Google Forms*. Os entrevistados foram contatados via e-mail, para o esclarecimento em relação a mudança de estratégia na aplicação dos questionários, e desta forma obtiveram acesso aos questionários (link de acesso) e responderam individualmente às questões.

As respostas ao questionário conforme preconizado eticamente, foram de formato voluntário de aceitação, ou não, diante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A coleta de dados da pesquisa iniciou-se após aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM. Parecer: 2.770.936.

### 6.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta exclusivamente de médicos residentes, do primeiro ao quarto ano, nas especialidades de clínica cirúrgica, clínica médica, ginecologia, obstetrícia, neurologia e pediatria da UFTM.

### 6.4 CÁLCULO E AMOSTRA

Utilizando-se o PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão 13, considerando a variável de desfecho principal R/E, coeficiente de determinação apriorístico,  $R^2 = 0,3$ , em um modelo de regressão linear com 5 preditores, tendo como erro do tipo I de  $\alpha = 0,05$  e erro do tipo II de  $\beta = 0,20$ , poder estatístico apriorístico de 80%, a amostra mínima calculada foi de 86 sujeitos. A fórmula empregada no cálculo do tamanho amostral foi a convencionalmente utilizada como se segue  $n=4+\{(Z\alpha/2+Z\beta)/[0,5\times\ln(1+r)/(1-r)]\}^2$  (MIOT, 2011).

Segundo dados da Comissão de Residência Médica (COREME) do HC-UFTM, constavam matriculados no período 212 médicos residentes, e seriam necessários 86 participantes como ideal para a amostra, conforme cálculo amostral. Porém devido aos imprevistos gerados pela pandemia da COVID-19 não foi possível uma interação direta dos pesquisadores com os entrevistados no período prévio ao preenchimento do questionário. Acreditamos que o evento pandemia contribuiu para o desfecho desta amostra final que contabilizou 51 participantes analisados na pesquisa.

### 6.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Médicos residentes da UFTM regularmente matriculados na residência médica nos anos de 2021/2022, com vivência prática de pelo menos seis meses de trabalho, no programa de Pós-graduação Lato Sensu do HC-UFTM, e que concordaram em participar da pesquisa.

## 6.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa os médicos residentes com menos de seis meses de trabalho como residentes. Esses participantes não contemplam os objetivos da pesquisa e foram excluídos da amostra.

## 6.7 PANDEMIA E A PESQUISA

Devido ao contexto da pandemia, os serviços de saúde foram profundamente afetados, e provavelmente os médicos residentes sofreram impactos negativos em suas práticas, vivenciando sobrecarga de trabalho e conflitos internos por receio de contaminação própria e de pessoas próximas, afetando suas relações interpessoais, e ocasionando estresse no ambiente de trabalho e de estudos.

Inicialmente a coleta dos dados da pesquisa ocorreu em paralelo ao início da pandemia gerada pela COVID-19 causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. Sendo a mesma detectada em dezembro do ano de 2019, na cidade de Wuhan capital da província da China Central. Contaminando pessoas em diferentes níveis de complexidade, e com casos mais graves acometidos de uma insuficiência respiratória aguda, que requereu cuidados hospitalares intensivos. Com extrema facilidade de propagação, e com a falta de conhecimento sobre o vírus, o aumento exponencial do número de contágios fez com que a Organização Mundial de Saúde, declarasse como uma emergência de saúde pública descomunal e de interesse global (CRODA; GARCIA, 2020).

No universo local da pesquisa de acordo com o informe do Gabinete da Reitoria com a resolução número 15, de 20 de março de 2020, do Reitor da UFTM, os atendimentos presenciais de residentes foram suspensos enquanto perdurou o estado de emergência e calamidade na saúde pública, decorrentes da COVID-19. A partir dessa data as atividades e as aulas ministradas aos alunos foram realizadas pelo sistema de interação áudio e vídeo em tempo real, por videoconferência pelas plataformas online, e com momentos presenciais de campo minimizados.

## 6.8 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Iniciou-se a coleta em março de 2021 de forma online, dentro da plataforma de formulário *Google Forms*, finalizando no mês de março de 2022, sendo enviado aos médicos residentes o link do questionário via e-mail, com assentimento da COREME. O questionário preconizou aproximadamente um tempo de 20 minutos para ser preenchido e entregue de forma online, todo o contato com os entrevistados foi realizado virtualmente, com exceção do encontro inicial anterior ao início da pandemia, para esclarecimentos sobre a proposta da pesquisa.

Os instrumentos de coleta de dados foram divididos na seguinte ordem:

1. Questionário Sociodemográfico (ANEXO C);
2. Perfil da Religiosidade/Espiritualidade (ANEXO D);
3. *Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality* (BMMRS) (ANEXO E);
4. Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES) (ANEXO F);
5. WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life*) Versão Abreviada (ANEXO G);
6. *Burnout* (Maslach *Burnout* Inventory - MBI) (ANEXO H).

## 6.9 INSTRUMENTOS USADOS PARA COLETA DE DADOS

### 6.9.1 Perfil Sociodemográfico

Este questionário, é estruturado com perguntas e respostas tipo sim e não e de múltipla escolha. Para o estudo foram utilizadas as seguintes questões: procedência, idade, data de nascimento, gênero, estado civil, cor da pele, formação educacional prévia, condição financeira própria e da família, expressa em números de salários mínimos, características da constituição da família em habitual ou convencional, (tradicionalmente constituída pela união de um homem-pai e mulher-mãe e irmãos, sendo que seus membros compartilham laços afetivos e biológicos) e não convencional (que não segue a definição tradicional embora seus membros igualmente compartilhem laços exclusivamente afetivos ou em parte biológicos), e também o nível escolar dos pais (FERREIRA *et al.*, 2018).

### 6.9.2 Perfil da Religiosidade/Espiritualidade

O questionário é composto por questões com respostas tipo sim e não e de múltipla escolha. Para esse questionário foram utilizadas as questões sobre afiliação religiosa, se há vida espiritual após a morte, se crenças espirituais dão sentido à sua vida e forças em momentos difíceis, se a religião é a mesma dos pais, se há momentos de vivência espiritual familiar, se considera importante o tema influência R/E na saúde durante a residência médica, se a espiritualidade pode apresentar benefícios ou malefícios à saúde, a participação em eventos sobre o tema saúde/espiritualidade, se acredita que a R/E influenciou a escolha profissional, e se acredita na reencarnação, sendo idealizado e utilizado previamente (FERREIRA *et al.*, 2018).

### 6.9.3 Questionário *Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality* ou Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS)

*Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality* (BMMRS) é o resultado de um estudo de pesquisadores acerca da R/E, de Saúde e Bem-estar com a sociedade no Instituto Fetzer e Instituto Nacional do Envelhecimento (FI/NIA) dos Estados Unidos. Trata-se de um instrumento multidimensional desenvolvido como um recurso que proporciona uma lista extensa de questões relevantes à R/E, relacionando-as com a saúde (FETZER INSTITUTE, 2003). A validação da versão original (em inglês) foi realizada em 1998 em uma amostra nacionalmente representativa da população dos Estados Unidos da América, através da Pesquisa Social Geral de 1998 - *General Social Survey* (GSS) (IDLER *et al.*, 2003).

A tradução e adaptação cultural da BMMRS para versão em português foi construída, validada e finalizada em 2013 por Cristiane Schumann Silva Curcio em sua dissertação de mestrado pela Universidade de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação em Saúde Brasileira, NUPES. As variantes em português foram muito análogas às características psicométricas originais, o que permite que o BMMRS pode ser empregado em diversas culturas cristãs, em população clínica e não clínica, sem perder sua qualidade, também no contexto brasileiro.

As dimensões do BMMRS avaliam a influência mútua entre as dimensões de R/E e sua agregação com a saúde. É composto por 38 itens e 11 dimensões: A)

experiências espirituais diárias; B) valores e crenças; C) perdão; D) práticas religiosas particulares; E) superação religiosa; F) suporte religioso; G) história religiosa/espiritual; H) comprometimento; I) religiosidade organizacional; J) preferência religiosa; K) autoavaliação global de R/E. As opções de respostas estão dispostas em escala tipo *Likert*, que em alguns itens variam de 1 a 8 opções e, em outros de 1 a 6 opções de resposta. A pontuação de cada dimensão é específica, e quanto menor a pontuação, maior o grau da dimensão em questão. Na análise direta, pode-se converter a pontuação dos componentes junto da digitação dos dados de maneira que os mais religiosos/espiritualizados pontuem mais (CURCIO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA, 2016).

Exemplo: B) Valores e Crenças

Creio em um Deus que cuida de mim.	Na análise:
1. Concordo totalmente	4. Concordo totalmente
2. Concordo	3. Concordo
3. Discordo	2. Discordo
4. Discordo totalmente	1. Discordo totalmente

Tem crescido muito o número de estudos relatando a utilização da Escala BMMRS para averiguar questões de R/E, que hoje pode ser considerada uma das ferramentas mais utilizadas em pesquisas científicas em contextos de saúde (KOENIG, 2007; BUSH *et al.*, 2012, CARNEIRO *et al.*, 2019).

#### 6.9.4 Escala de Bem-estar Subjetivo (EBES)

O Bem-estar Subjetivo (BES) é um importante componente da Psicologia Positiva, chamado de estudo científico da felicidade, considerado como uma experiência interna de cada indivíduo, apresentando um maior prazer nas vivências cotidianas e nos relacionamentos. Apresenta também uma avaliação tanto cognitiva quanto emocional da própria existência, e como o indivíduo gosta da vida que leva (DIENER; BISWAS-DIENER, 2000; SELIGMAN 2002). Nesta abordagem BES, a ciência psicológica busca o entendimento dos fenômenos psicológicos como felicidade, otimismo, altruísmo, esperança, alegria e satisfação, e as qualidades

externas como saúde, conforto e riqueza, apesar de serem vistas como influenciadoras do bem-estar, não são apreciadas como partes essenciais e imprescindíveis a ele. Deste modo, o indivíduo desfrutará dessas condições de qualidade de vida, mas não apreciará ser feliz. Este estudo abrange os aspectos positivos que fazem parte do indivíduo e das instituições em que atua, focando os seus aspectos saudáveis (HUTZ; ZANON; BARDAGI, 2014).

Albuquerque e Tróccoli (2004) desenvolveram e validaram o BES para o português, em Escala de Bem-estar Subjetivo (EBES), instrumento para mensurar o afeto positivo e o afeto negativo de suas experiências, e com a satisfação que possuem para com estas. Realizou-se um estudo com total de 795 policiais civis do Distrito Federal válido e preciso o que recomenda seu uso para a avaliação em populações não desviantes da normalidade em termos de saúde mental. Para os pesquisadores Yilmaz e Arslan (2013) a EBES consiste na avaliação subjetiva da QV de um indivíduo ou de um grupo e compreende dois componentes fundamentais da vida do indivíduo: o cognitivo (aspectos racionais e intelectuais, como julgamentos que o indivíduo faz sobre sua vida, a auto avaliação, comparação entre as circunstâncias de sua vida e o padrão definido por ela) e o afetivo (sentimentos agradáveis e desagradáveis resultantes de vivências imediatas, denominados respectivamente de afetos positivos e negativos).

O estudo da média dos domínios é a somatória das respostas de acordo com cada domínio e dividida pela quantidade de respostas dadas. A partir da média de cada domínio encontra-se a média geral. Na média geral dos escores para o domínio satisfação com a vida e o domínio afetos positivos é quando a pontuação for maior que três ( $> 3$ ), apresenta melhor bem-estar subjetivo. No afeto negativo, quando a pontuação for menor que três ( $< 3$ ) é considerado melhor bem-estar subjetivo. Para se verificar o BES alto, faz-se imprescindível somar os escores de afetos positivos com os escores de satisfação com a vida, e que o resultado seja maior que os escores de afetos negativos. E para examinar se o BES está baixo, é necessário somar os escores de afetos positivos com os escores de satisfação com a vida e apresentar um valor menor que os escores de afetos negativos (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

As questões são respondidas através de uma escala tipo *Likert* de cinco opções. Na primeira parte do instrumento os itens vão do número 01 a 47, descreve afetos positivos e negativos, devendo ser respondidos em uma escala na qual: 1 -

significa nem um pouco; 2 - um pouco; 3 - moderadamente; 4 - bastante; 5 - extremamente. Na segunda parte do instrumento, os itens variam do número 48 a 62 e descrevem julgamentos relativos à avaliação de satisfação com a vida, devendo ser respondidos em uma escala na qual: 1 - significa discordo plenamente; 2 - discordo; 3 - não sei; 4 - concordo; 5 - concordo plenamente.

ITENS	SOMA
AFETO POSITIVO	Soma dos 21 valores e divide por 21 = média
AFETO NEGATIVO	Soma dos 26 valores e divide por 26 = média
SATISFAÇÃO COM A VIDA	Soma dos 15 valores e divide por 15 = média

#### 6.9.5 Questionário WHOQOL-BREF

*World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998) é o instrumento de base transcultural, desenvolvido a partir de um projeto multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (OMS) que contribui para o desenvolvimento de pesquisas sobre espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais para avaliar de que forma a R/E está relacionada à qualidade de vida na saúde do indivíduo, sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, abrangendo a complexidade do constructo, inter-relacionando o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (PANZINI *et al.*, 2011). Fleck e Skevington (2007), afirmam que um dos pontos fortes do instrumento WHOQOL é a presença de conceitos considerados genuinamente transculturais, ou seja, ele agrega ideias internacionalmente aceitas. O construto religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais foi incluído na avaliação de bem-estar, pois as pessoas da comunidade em

geral, pacientes e profissionais de saúde revelaram que esses atributos constituíam aspectos centrais de sua qualidade de vida. Ter uma crença profunda, seja ela religiosa ou não, pode dar um significado transcendental à vida e às atividades diárias e, portanto, funcionar como um método para enfrentar o sofrimento humano e dilemas existenciais, e Oliveira (2017) confirma que a qualidade de vida vem recebendo atenção significativa com mudança de paradigma no contexto de saúde.

Este instrumento tem o intuito de verificar se há relação dos conhecimentos na formação acadêmica com hábitos de vida e, ainda propor a reflexão sobre a futura atuação no mundo do profissional médico. Consta de 26 questões com a finalidade de avaliar a QV. As questões 1 e 2 sobre a QV geral, as respostas seguem uma escala do tipo *Likert* (de 1 a 5, e quanto maior a pontuação, melhor a QV). Os valores referenciais: necessita melhorar (quando for de 1,0 até 2,9), regular (quando for de 3,0 até 3,9), boa (quando for de 4,0 até 4,9), muito boa (quando for 5,0). Fora as questões 1 e 2, o instrumento tem 24 facetas compostas por 4 domínios: físico (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18); psicológico (questões 5, 6, 7, 11, 19, 26); relações sociais (questões 20, 21, 22); meio ambiente (questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). Neste instrumento é necessário recodificar o valor das questões 3, 4, 26 (1=5) (2=4) (3=3) 4=2) (5=1) (FLECK *et al.*, 2000).

#### **6.9.6 Questionário *Maslach Burnout Inventory* (MBI)**

Proveniente do idioma inglês *to burn out* (esgotar-se, queimar-se, perder a potência em português), o termo *burnout* foi utilizado pela primeira vez em 1974, pelo psicanalista estadunidense Herbert Freudenberger, ao perceber que seu prazer ao trabalho não era mais o mesmo, sentindo mal-estar, esgotamento físico e mental, incluindo fadiga, depressão, irritação e inflexibilidade como pertencentes ao quadro sintomático de síndrome de *burnout*. Maslach, Jackson e Leiter (1996) estudaram mais profundamente a síndrome de *burnout* que é composta pelos tripés: exaustão emocional (sensação de esgotamento de recursos físicos e emocionais); despersonalização ou cinismo (reação negativa ou excessivamente distanciada em relação às pessoas que devem receber o cuidado/serviço, baixa empatia); baixa realização pessoal e profissional (sentimentos de incompetência, perda de produtividade e insatisfação).

É um processo multidimensional, e para avaliar esses subitens da síndrome de *burnout* criou-se a escala diagnóstica *Maslach Burnout Inventory* (MBI), elaborado para pesquisa epidemiológica do *burnout*, utilizada em diversos países e amostras populacionais, com ampla área de aplicabilidade de avaliação da incidência da síndrome de *burnout*. Seus principais determinantes são a organização do trabalho e a relação com este em si mesmo e não necessariamente com atividades específicas.

Tamayo e Tróccoli (2009) adaptou e validou a escala MBI para o português e sua versão é composta por 22 questões fechadas, utilizando uma escala do tipo *Likert* reduzida que variava de 1 a 5 (1 - nunca; 2 - algumas vezes por ano; 3 - algumas vezes por mês; 4 - algumas vezes por semana; 5 - diariamente). O referido pesquisador fez essa alteração com a finalidade de trabalhar com critérios mais amplos, e depois de adaptado, aplicou o inventário e o validou no Brasil. A variável *burnout* é estimada através do cálculo da média das pontuações obtidas em cada dimensão, o que dará o índice alcançado em cada uma delas. É preciso salientar que cada item do MBI corresponde a uma das três dimensões da síndrome (CODÓ; VASQUES-MENESES, 1999), sendo que para a Exaustão Emocional existem 11 itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 13, 14, 16, e 20), para a Despersonalização 5 itens (5, 10, 11, 15, 22) e para a Baixa Realização Pessoal 8 itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21). É caracterizado por 3 dimensões, as quais são avaliadas em índices altos e baixos.

Valores de referência:

<b>Exaustão emocional:</b>	nível alto (igual ou maior que 27) nível moderado (entre 19 e 26) nível baixo (menor que 19)
<b>Despersonalização:</b>	nível alto (igual ou maior que 10) nível moderado (entre 06 e 09) nível baixo (menor que 06)
<b>Baixa realização profissional e pessoal:</b>	nível alto (igual ou menor a 33) nível moderado (entre 34 e 39) nível baixo (maior que 40)

## **7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que visa assegurar os direitos e deveres que correspondem à comunidade científica, projetos que envolvam pesquisa com seres humanos, os mesmos devem ser submetidos ao CEP da UFTM, através da Plataforma Brasil. O estudo intitulado impacto da religiosidade e espiritualidade no contexto de saúde de médicos residentes foi aprovado pelo CEP com o parecer número 2.770.936, e faz parte de um projeto maior de estudo, aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob-registro: CAEE 53403115.9.0000.5154. (ANEXO A)

## 8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

A análise estatística foi feita de forma descritiva, por meio das frequências absoluta e relativa (percentagem). As análises inferenciais empregadas apresentam o intuito de confirmar ou refutar evidências encontradas na análise descritiva, as quais foram: as comparações entre as variáveis que atenderam aos pressupostos de normalidade ou apresentaram homogeneidade de variâncias pelo teste de Levene, foram realizadas utilizando do Test  $t$  de *Student* para dois grupos independentes. E quando não atendidos os pressupostos de normalidade em que as variâncias se apresentaram heterogêneas, foi utilizado o teste de *Mann Whitney* para comparação entre 2 grupos independentes ou comparações múltiplas propostos entre três ou mais grupos independentes (correlação fraca, moderada ou forte). Verificamos a associação entre as variáveis através do coeficiente de correlação de Pearson, para as que atenderam aos pressupostos de normalidade ou apresentaram homogeneidade de variâncias pelo teste de Levene e,  $\rho$  (rho) de *Spearman* caso contrário.

Para todos os testes analisados um nível de significância de 5% foi adotado e os dados obtidos foram organizados e digitados em planilha do *Microsoft Excel* 2016 do Windows, com realização de dupla digitação e validação e, posteriormente, importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23 (SPSS inc., Chicago, Estados Unidos).

## 9 RESULTADOS

No período entre março de 2021 a março de 2022, participaram da pesquisa 24% (n=51) dos 212 médicos residentes regularmente matriculados no Programa de Residência Médica em Ciências da Saúde da UFTM.

### 9.1 QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Participaram do estudo, 74,5% (n=38) residentes do sexo feminino, 25,5% (n=13) residentes do sexo masculino, 70,6% (n=36) apresentam idade entre 26 a 30 anos, 74,5% (n=38) apresentam pele de cor branca; segundo o programa da residência médica 9,8% (n=5) cursam clínica cirúrgica, 68,6% (n=35) clínica médica, 2% (n=1) ginecologia e obstetrícia, 9,8% (n=5) neurologia e 9,8% (n=5) pediatria; 80,4% (n=41) solteiros, 98% (n=50) não têm filhos, 92,2% (n=47) possuem renda própria que em 41,2% (n=21) varia de cinco a dez salários mínimos de renda mensal, 66,7% (n=34) moram só (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos médicos residentes do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
20 a 25 anos	9	17,6
26 a 30 anos	36	70,6
31 a 35 anos	5	9,8
Acima de 35 anos	1	2
<b>Sexo</b>		
Feminino	38	74,5
Masculino	13	25,5
<b>Etnia</b>		
Branca	38	74,5
Negra	0	0
Parda	13	25,5
<b>Cursou Ensino Superior</b>		
Exclusivamente Inst. Privadas	25	49
Exclusivamente Inst. Públicas	19	37,3
Inst. Públicas e Privadas	7	13,7
<b>Residência Médica</b>		
Clínica Cirúrgica	5	9,8
Clínica Médica	35	68,6
Ginecologia e Obstetrícia	1	2

	Neurologia	5	9,8
	Pediatria	5	9,8
<b>Estado Civil</b>			
	Solteiro	41	80,4
	Casado	6	11,8
	Divorciado	0	0
	Viúvo	0	0
	União Estável	4	7,8
<b>Tem filhos</b>			
	Sim	1	2
	Não	50	98
<b>Renda Própria</b>			
	Sim	47	92,2
	Não	4	7,8
<b>Renda familiar mensal (em salário mínimo)</b>			
	Um a Dois	4	7,8
	Três a Cinco	19	37,3
	Cinco a Dez	21	41,2
	Maior que dez	7	13,7
<b>Mora só</b>			
	Sim	34	66,7
	Não	17	33,3
<b>Nível de escolaridade do pai ou responsável</b>			
	Fundamental completo	2	3,9
	Fundamental incompleto	6	11,8
	Ensino médio completo	11	21,6
	Ensino médio incompleto	1	2
	Superior Completo	29	56,9
	Superior incompleto	2	4,1

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

## 9.2 PERFIL DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

Em relação a afiliação religiosa 64,7% (n=33) se autodeclararam católicos, 7,8% (n=4) evangélicos, 7,8% (n=4) espíritas e 19,6% (n=10) não tem afiliação específica; 78,4% (n=40) acreditam na vida espiritual após a morte; 88,2% (n=45) sentem que crenças espirituais dão sentido à sua vida; 90,2% (n=46) relataram que sua fé e crenças espirituais lhes dão forças em momentos difíceis; 68,6% (n=35) professam a mesma religião dos pais; 60,8% (n=31) referem existir na família um momento conjunto de vivência da R/E; 78,4% (n=40) consideram importante a abordagem de temas relacionados à influência da R/E na saúde durante a residência médica; 100% (n=51) acreditam que a R/E traz benefícios à saúde; 51%

(n=26) acreditam que R/E apresentam malefícios à saúde; 76,5% (n=39) já participaram de algum evento sobre saúde e espiritualidade; 60,8% (n=31) referem que sua R/E influenciou na escolha profissional; 47,1% (n=24) acreditam na reencarnação.

### 9.3 BMMRS

Em relação à média geral das dimensões do BMMRS, as maiores foram práticas religiosas particulares ( $5,9 \pm 1,9$ ), valores e crenças ( $4,4 \pm 0,6$ ), seguidas por experiências diárias ( $4,0 \pm 1,2$ ); perdão ( $3,0 \pm 0,7$ ); superação religiosa ( $2,9 \pm 0,7$ ); autoavaliação global ( $2,5 \pm 0,6$ ); suporte religioso ( $2,4 \pm 0,4$ ); comprometimento ( $2,4 \pm 0,5$ ); religiosidade organizacional ( $2,2 \pm 1,2$ ) e histórico religioso/espiritual ( $1,4 \pm 0,3$ ) obtiveram escores menores (Tabela 2).

### 9.4 EBES

Foram investigados os níveis de EBES nos residentes de medicina e as médias de afeto positivo observada foi de ( $3,4 \pm 0,7$ ), ( $2,2 \pm 0,8$ ) de afeto negativo e ( $3,0 \pm 0,3$ ) de satisfação com a vida (Tabela 2).

### 9.5 WHOQOL-BREF

No resultado geral da avaliação da QV foi observado a maior média na percepção da boa QV ( $4,0 \pm 0,7$ ); média regular no domínio físico ( $3,9 \pm 0,6$ ); média regular em relações sociais ( $3,8 \pm 0,8$ ); média regular em satisfação com a saúde ( $3,6 \pm 1,1$ ); média regular em psicológico ( $3,6 \pm 0,7$ ); média regular em domínio meio ambiente ( $3,6 \pm 0,6$ ) conforme representado na Tabela 2.

### 9.6 MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Quanto aos índices da Síndrome de *Burnout*, verificou-se nível moderado de exaustão emocional ( $21,6 \pm 3,8$ ); nível alto de baixa realização profissional ( $15,7 \pm 4,9$ ); nível baixo de despersonalização ( $5,8 \pm 3,8$ ) (Tabela2).

Tabela 2 – Média geral das variáveis dos instrumentos, BMMRS, EBES, WHOQOL-BREF e MBI obtidos dos médicos residentes do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.

Variáveis	n	□	DP
<b>BMMRS</b>			
Experiência diária	51	4,0	1,2
Valores e crenças	51	4,4	0,6
Perdão	51	3,0	0,7
Práticas religiosas	51	5,9	1,9
Superação religiosa	51	2,9	0,7
Suporte religioso	51	2,4	0,4
História R/E	51	1,4	0,4
Comprometimento	51	2,4	0,5
Religiosidade organizacional	51	2,2	1,2
Autoavaliação global	51	2,5	0,6
<b>EBES</b>			
Afeto positivo	51	3,4	0,7
Afeto negativo	51	2,2	0,8
Satisfação com a vida	51	3,0	0,3
<b>WHOQOL-BREF</b>			
Percepção da qualidade de vida	51	4,0	0,7
Satisfação com a saúde	51	3,6	1,1
Domínio físico	51	3,9	0,6
Domínio psicológico	51	3,6	0,7
Domínio relações sociais	51	3,8	0,8
Domínio meio ambiente	51	3,6	0,6
<b>MBI</b>			
Exaustão emocional	51	21,6	3,8
Baixa realização profissional	51	15,7	4,9
Despersonalização	51	5,8	3,8

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Notas: DP: Desvio padrão; □: média; Valores de referência: BMMRS: inverte o valor das respostas aos itens 1, 2, 3, 4, 5 na inserção de um banco de dados; EBES: melhor=maior que (>3), pior= menor ou igual (≤3); WHOQOL-BREF: necessita melhorar = 1 a 2,9, regular = 3 a 3,9, boa = 4 a 4,9, muito boa = 5; MBI: exaustão emocional, nível alto(≥27), moderado(entre 19 e 26) baixo (<19); despersonalização, nível alto(≥10), moderado(entre 06 e 09), baixo (<06); baixa realização profissional, nível alto (≤33), moderado(entre 34 e 39), baixo (>40)

## 9.7 COMPORTAMENTO DAS VARIÁVEIS DE BMMRS, EBES, WHOQOL-BREF, MBI SEGUNDO SEXO

Quanto às dimensões de R/E do BMMRS observou-se médias significantes menores de valores e crenças ( $4,0 \pm 0,7$ ),  $p=0,033$ , perdão ( $2,6 \pm 0,8$ ),  $p=0,001$ , superação religiosa ( $2,6 \pm 0,5$ ),  $p=0,017$  e autoavaliação global ( $2,0 \pm 0,7$ ),  $p=0,005$  no sexo masculino. A média de história R/E foi significativamente maior no sexo masculino ( $1,7 \pm 0,3$ ),  $p=0,002$  (Tabela 3).

Nas comparações entre as médias de EBES, em relação a satisfação com a vida, as mulheres apresentam média significativamente maior ( $3,1 \pm 0,3$ ) do que os homens ( $2,9 \pm 0,2$ ),  $p=0,042$  (Tabela 3).

Concernente à QV dos residentes de Medicina, as mulheres apresentaram médias significativamente maiores no domínio relações sociais ( $3,9 \pm 0,7$ ),  $p=0,023$  (Tabela 3).

Ao considerar a intensidade das dimensões da síndrome de *burnout*, a média de despersonalização foi significativamente maior ( $8,0 \pm 3,3$ ) nos homens,  $p=0,006$  (Tabela 3).

Tabela 3 – Representação da interpretação das variáveis BMMRS, EBES, WHOQOL-BREF e MBI segundo sexo dos residentes de medicina do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.

Variáveis	Feminino	Masculino	p
	□ ± DP	□ ± DP	
<b>BMMRS</b>			
Experiência diária	4,2 ± 1,1	3,6 ± 1,3	0,106
Valores e crenças <sup>\$</sup>	4,5 ± 0,6	4,0 ± 0,7	<b>0,033</b>
Perdão <sup>\$</sup>	3,2 ± 0,5	2,6 ± 0,8	<b>0,001</b>
Práticas religiosas	6,1 ± 1,7	5,2 ± 2,0	0,104
Superação religiosa <sup>\$</sup>	3,0 ± 0,7	2,6 ± 0,5	<b>0,017</b>
Suporte religioso	2,9 ± 0,4	2,2 ± 0,4	0,177
História R/E <sup>\$</sup>	1,3 ± 0,3	1,7 ± 0,3	<b>0,002</b>
Comprometimento	2,5 ± 0,5	2,2 ± 0,4	0,057
Religiosidade organizacional	2,3 ± 1,1	1,9 ± 1,4	0,259
Autoavaliação global <sup>\$</sup>	2,7 ± 0,6	2,0 ± 0,7	<b>0,005</b>
<b>EBES</b>			
Afeto positivo	3,4 ± 0,7	3,3 ± 3,4	0,804
Afeto negativo	2,2 ± 0,8	2,0 ± 0,8	0,617
Satisfação com a vida <sup>#</sup>	3,1 ± 0,3	2,9 ± 0,2	<b>0,042</b>
<b>WHOQOL-BREF</b>			
Percepção da qualidade de vida	4,1 ± 0,6	3,9 ± 0,9	0,356
Satisfação com a saúde	3,7 ± 1,1	3,3 ± 1,0	0,160
Domínio físico	4,0 ± 0,5	3,7 ± 0,7	0,155
Domínio psicológico	3,6 ± 0,6	3,6 ± 0,6	0,981
Domínio relações sociais <sup>\$</sup>	3,9 ± 0,7	3,4 ± 0,8	<b>0,023</b>
Domínio meio ambiente	3,7 ± 0,6	3,5 ± 0,7	0,218
Avaliação Qualidade Vida Geral	15,8 ± 2,9	14,4 ± 3,3	0,148
<b>MBI</b>			
Exaustão emocional	21,8 ± 3,7	20,9 ± 4,2	0,449
Baixa realização profissional	15,6 ± 5,1	16,0 ± 4,5	0,813
Despersonalização <sup>#</sup>	4,8 ± 3,6	8,0 ± 3,3	0,006

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Notas: □: média; DP: desvio padrão; #: Teste t de Student; \$: Teste de Mann-Whitney; Valores de referência: BMMRS: inverte o valor das respostas aos itens 1, 2, 3, 4, 5 na inserção de um banco de dados; EBES: melhor = ou maior que (≥3), pior= menor ou igual (≤3); WHOQOL-BREF: necessita melhorar = 1 a 2,9, regular = 3 a 3,9, boa = 4 a 4,9, muito boa = 5; MBI: exaustão emocional, nível alto (≥27), moderado(entre 19 e 26) baixo (<19); despersonalização, nível alto(≥10), moderado(entre 06 e 09), baixo (<06); baixa realização profissional, nível alto (≤33), moderado(entre 34 e 39), baixo (>40)

## 9.8 COMPORTAMENTO DAS VARIÁVEIS DO BMMRS E EBES

Ao correlacionar as médias do BMMRS e EBES dos participantes, observou-se a associação positiva entre experiência diária e afeto positivo ( $r=0,294$ ;  $p=0,036$ ) e inversa fraca entre superação religiosa e afeto negativo ( $r=-0,325$ ;  $p=0,020$ ) (Tabela 4).

Tabela 4 – Correlação entre as variáveis do BMMRS e EBES obtidos dos médicos residentes do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2022.

	Afeto Positivo		Afeto Negativo		Satisfação com a vida	
	R	p	r	p	r	p
Experiência diária	<b>0,294</b>	<b>0,036*</b>	-0,223	0,116	0,081	0,571
Valores e crenças <sup>§</sup>	0,008	0,957	0,272	0,054	0,266	0,059
Perdão	0,142	0,321	-0,032	0,825	0,256	0,070
Práticas religiosas	0,159	0,265	-0,037	0,794	0,033	0,821
Superação religiosa	0,126	0,376	<b>-0,325</b>	<b>0,020*</b>	-0,082	0,565
Suporte religioso	0,229	0,107	-0,122	0,393	-0,114	0,427
História R/E	0,187	0,188	0,014	0,925	0,021	0,882
Comprometimento	0,088	0,539	-0,170	0,232	-0,108	0,449
Religiosidade organizacional	0,143	0,316	-0,091	0,524	0,144	0,314
Autoavaliação global	0,091	0,527	0,012	0,931	0,021	0,884

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Notas: §: rho p de Spearman; EBES - Bem-estar Subjetivo; BMMRS - Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality

Ao correlacionar as médias do BMMRS e EBES no sexo feminino observou-se a associação inversa fraca entre superação religiosa e o afeto negativo ( $r=-0,362$ ;  $p=0,030$ ) (Tabela 5).

Tabela 5 – Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e EBES obtidas dos médicos residentes segundo sexo feminino do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba- MG, 2022.

	Afeto Positivo		Afeto Negativo		Satisfação com a vida	
	r	p	r	p	r	p
Experiência diária <sup>#</sup>	0,269	0,112	-0,317	0,060	-0,059	0,733
Valores e crenças <sup>\$</sup>	-0,024	0,888	0,270	0,111	0,228	0,182
Perdão <sup>#</sup>	0,119	0,489	-0,124	0,472	0,079	0,646
Práticas religiosas <sup>#</sup>	0,196	0,252	-0,021	0,903	-0,034	0,845
Superação religiosa <sup>#</sup>	0,097	0,575	<b>-0,362</b>	<b>0,030*</b>	-0,173	0,312
Suporte religioso <sup>#</sup>	0,200	0,242	0,028	0,873	-0,089	0,607
História R/E <sup>#</sup>	0,159	0,355	0,071	0,680	0,244	0,152
Comprometimento <sup>#</sup>	0,090	0,601	-0,252	0,138	-0,240	0,158
Religiosidade	0,108	0,530	-0,282	0,096	-0,037	0,833
Autoavaliação global <sup>#</sup>	0,115	0,505	0,031	0,857	-0,075	0,666

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Notas: #: Coeficiente de Pearson; \$: rho p de Spearman; EBES - Bem-estar Subjetivo; BMMRS - Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality

Ao correlacionar as médias das variáveis BMMRS e EBES segundo sexo masculino, observou-se associação inversa moderada entre suporte religioso e afeto negativo ( $r=-0,611$ ;  $p=0,016$ ) (Tabela 6).

Tabela 6 – Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e EBES obtidas dos médicos residentes segundo sexo masculino do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.

	Afeto Positivo		Afeto Negativo		Satisfação com a vida	
	r	p	R	p	r	p
Experiência diária <sup>#</sup>	0,361	0,186	-0,091	0,746	0,222	0,426
Valores e crenças <sup>\$</sup>	-0,108	0,701	0,294	0,288	0,100	0,724
Perdão <sup>#</sup>	0,196	0,484	0,019	0,945	0,325	0,238
Práticas religiosas <sup>#</sup>	0,060	0,833	-0,138	0,625	-0,043	0,879
Superação religiosa <sup>#</sup>	0,218	0,435	-0,411	0,128	-0,296	0,284
Suporte religioso <sup>#</sup>	0,304	0,271	<b>-0,611</b>	<b>0,016*</b>	-0,487	0,066
História R/E <sup>#</sup>	0,397	0,143	-0,004	0,990	-0,050	0,859
Comprometimento <sup>#</sup>	0,048	0,864	0,009	0,976	-0,019	0,946
Religiosidade	0,217	0,437	0,276	0,320	0,437	0,075
Autoavaliação global <sup>#</sup>	0,012	0,967	-0,132	0,639	-0,212	0,449

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Notas: #: Coeficiente de Pearson; \$: rho p de Spearman; EBES - Bem-estar Subjetivo; BMMRS - Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality

## 9.9 COMPORTAMENTO DAS VARIÁVEIS DO BMMRS E WHOQOL-BREF

Ao se correlacionar as variáveis do BMMRS e as dimensões WHOQOL-BREF dos participantes do estudo, observou-se associação fraca entre experiência diária e domínio psicológico ( $r=0,287$ ;  $p=0,041$ ); e entre suporte religioso e satisfação com a saúde ( $r=0,407$ ;  $p=0,003$ ) e avaliação de qualidade geral ( $r=0,310$ ;  $p=0,027$ ) (Tabela 7).

Ao se observar gênero feminino, identificaram-se associações moderadas e inversas entre as variáveis valores e crenças com o domínio de percepção da QV ( $r=-0,416$ ;  $p=0,012$ ); domínio relações sociais ( $r=-0,424$ ;  $p=0,010$ ). Identificaram-se associações diretas entre as variáveis práticas religiosas com o domínio satisfação com a saúde ( $r=0,391$ ;  $p=0,018$ ), entre a variável suporte religioso com o domínio da satisfação com a saúde ( $r=0,352$ ;  $p=0,035$ ). Para os demais domínios não foram encontradas associações (Tabela 8).

Ao se correlacionar médias das variáveis do BMMRS e WHOQOL-BREF segundo o sexo masculino, verificou-se associação moderada entre história religiosa/espiritual e avaliação da QV geral ( $r=0,523$ ;  $p=0,045$ ) (Tabela 9).

Tabela 5 – Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e WHOQOL-BREF obtidos dos médicos residentes do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.

	Percepção da qualidade de vida		Satisfação com a saúde		Domínio físico		Domínio psicológico		Domínio relações sociais		Domínio meio ambiente		Avaliação qualidade geral	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Experiência diária <sup>#</sup>	0,065	0,652	0,029	0,842	0,258	0,068	<b>0,287</b>	<b>0,041*</b>	0,250	0,077	0,105	0,466	0,051	0,723
Valores e crenças <sup>\$</sup>	-0,217	0,126	0,072	0,615	-0,149	0,296	0,078	0,588	-0,116	0,417	-0,074	0,604	-0,089	0,535
Perdão <sup>#</sup>	0,044	0,758	0,026	0,857	0,066	0,646	0,243	0,085	0,069	0,630	0,073	0,612	0,039	0,785
Práticas religiosas <sup>#</sup>	-0,036	0,800	0,232	0,102	-0,011	0,939	0,140	0,328	0,036	0,803	0,056	0,694	0,151	0,291
Superação religiosa	0,115	0,420	0,230	0,105	0,164	0,251	0,121	0,396	0,233	0,100	0,056	0,696	0,220	0,122
Suporte religioso	0,034	0,812	<b>0,407</b>	<b>0,003*</b>	0,094	0,510	0,126	0,380	0,063	0,658	0,139	0,332	<b>0,310</b>	<b>0,027*</b>
História R/E	0,129	0,369	-0,094	0,510	-0,036	0,802	-0,045	0,753	-0,147	0,303	-0,158	0,270	-0,009	0,953
Comprometimento	0,062	0,665	0,025	0,860	0,081	0,571	0,097	0,499	0,118	0,409	-0,031	0,827	0,047	0,742
Religiosidade organizacional	0,100	0,487	-0,025	0,864	0,106	0,460	0,061	0,673	0,132	0,355	-0,114	0,427	0,028	0,843
Autoavaliação global	0,042	0,771	0,186	0,191	0,008	0,953	-0,003	0,984	0,059	0,681	-0,033	0,817	0,154	0,281

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Notas: #: Coeficiente de Pearson; \$: rho p de Spearman; WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life; BMMRS - Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality

Tabela 8– Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e WHOQOL-BREF obtidos dos médicos residentes segundo sexo feminino do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.

	Percepção da qualidade de vida		Satisfação com a saúde		Domínio físico		Domínio psicológico		Domínio relações sociais		Domínio meio ambiente		Avaliação qualidade geral	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	P	r	p
Experiência diária <sup>#</sup>	-0,082	0,636	0,072	0,678	0,222	0,194	0,296	0,079	0,128	0,457	-0,040	0,818	0,020	0,910
Valores e crenças <sup>\$</sup>	<b>-0,416</b>	<b>0,012*</b>	0,157	0,360	-0,274	0,106	0,070	0,686	<b>-0,424</b>	<b>0,010*</b>	-0,171	0,320	-0,082	0,636
Perdão <sup>#</sup>	-0,081	0,637	0,143	0,405	-0,037	0,832	0,305	0,071	-0,228	0,182	-0,154	0,371	0,075	0,664
Práticas religiosas <sup>#</sup>	-0,068	0,692	<b>0,391</b>	<b>0,018*</b>	-0,088	0,608	0,174	0,311	-0,117	0,498	-0,117	0,496	0,271	0,109
Superação religiosa <sup>#</sup>	0,020	0,910	0,224	0,189	0,062	0,718	0,100	0,560	0,088	0,609	-0,099	0,567	0,181	0,291
Suporte religioso <sup>#</sup>	-0,093	0,590	<b>0,352</b>	<b>0,035*</b>	-0,013	0,940	0,115	0,503	-0,038	0,825	0,021	0,904	0,230	0,177
História R/E <sup>#</sup>	0,186	0,276	-0,184	0,283	0,003	0,985	-0,076	0,660	-0,046	0,789	-0,039	0,821	-0,061	0,726
Comprometimento <sup>#</sup>	0,026	0,882	0,060	0,730	0,076	0,660	0,106	0,539	0,062	0,718	-0,159	0,353	0,057	0,741
Religiosidade organizacional <sup>#</sup>	0,101	0,557	0,194	0,257	0,159	0,356	0,030	0,861	-0,002	0,990	-0,220	0,198	0,193	0,259
Autoavaliação global <sup>#</sup>	-0,034	0,846	0,218	0,202	-0,080	0,643	0,018	0,917	-0,063	0,714	-0,213	0,213	0,153	0,373

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Notas: #: Coeficiente de Pearson; \$: rho p de Spearman; WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life; BMMRS - Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality

Tabela 9 – Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e do domínio WHOQOL-BREF obtidos dos médicos residentes segundo sexo masculino do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.

	Percepção da qualidade de vida		Satisfação com a saúde		Domínio físico		Domínio psicológico		Domínio relações sociais		Domínio meio ambiente		Avaliação qualidade geral	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	P	r	p
Experiência diária	0,213	0,445	-0,223	0,425	0,224	0,421	0,307	0,265	0,309	0,263	0,268	0,333	-0,025	0,929
Valores e crenças <sup>\$</sup>	-0,119	0,674	-0,457	0,087	-0,202	0,471	-0,090	0,751	0,021	0,941	-0,173	0,539	-0,367	0,179
Perdão	0,083	0,769	-0,372	0,172	-0,027	0,924	0,200	0,475	0,161	0,566	0,120	0,671	-0,230	0,409
Práticas religiosas	-0,363	0,183	0,387	0,154	-0,317	0,249	-0,309	0,262	-0,380	0,163	0,018	0,948	-0,460	0,084
Superação religiosa	0,189	0,500	0,002	0,994	0,062	0,827	0,119	0,674	0,187	0,504	0,138	0,624	0,023	0,934
Suporte religioso	0,151	0,590	0,471	0,077	-0,022	0,937	-0,032	0,911	-0,069	0,806	0,422	0,117	0,234	0,400
História R/E	0,347	0,205	0,419	0,120	0,201	0,473	0,122	0,664	0,290	0,295	-0,266	0,337	<b>0,523</b>	<b>0,045*</b>
Comprometimento	-0,086	0,760	-0,471	0,077	-0,207	0,458	-0,018	0,949	-0,119	0,672	0,067	0,812	-0,337	0,219
Religiosidade organizacional	0,018	0,950	-0,467	0,079	-0,125	-0,658	0,025	0,931	0,234	0,402	-0,148	0,599	-0,291	0,293
Autoavaliação global	0,023	0,935	-0,103	0,716	-0,219	0,432	-0,136	0,629	-0,065	0,817	-0,014	0,961	-0,097	0,732

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Notas: \$: rho p de Spearman; WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life; BMMRS - Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality

## 9.10 COMPORTAMENTO DAS VARIÁVEIS DO BMMRS E MBI

Ao se correlacionar as variáveis do BMMRS e MBI dos participantes do estudo observou-se associação inversa fraca entre superação religiosa e despersonalização ( $r=-0,358$ ;  $p=0,010$ ) e história R/E e despersonalização ( $r=-0,288$ ;  $p=0,047$ ); além disso, houve associação positiva entre suporte religioso e exaustão ( $r=0,320$ ;  $p=0,022$ ) (Tabela 10).

Tabela 6 – Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e MBI obtidos dos médicos residentes do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.

	Exaustão		Baixa autorrealização		Despersonalização	
	r	p	r	p	r	p
Experiência diária	0,174	0,221	-0,246	0,082	-0,156	0,275
Valores e crenças	-0,157	0,270	-0,020	0,892	-0,027	0,849
Perdão	0,205	0,150	-0,198	0,164	-0,206	0,147
Práticas religiosas	0,184	0,196	-0,036	0,799	-0,063	0,659
Superação religiosa	0,269	0,057	-0,243	0,086	<b>-0,358</b>	<b>0,010*</b>
Suporte religioso	<b>0,320</b>	<b>0,022*</b>	-0,178	0,212	-0,120	0,401
História R/E	0,022	0,876	-0,082	0,568	<b>-0,280</b>	<b>0,047*</b>
Comprometimento	0,112	0,433	-0,159	0,266	-0,160	0,262
Religiosidade organizacional	-0,017	0,908	-0,206	0,148	-0,171	0,231
Autoavaliação global	0,187	0,190	-0,088	0,541	-0,181	0,203

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Notas: MBI - Maslach Burnout Inventory; BMMRS Brief Multidimensional Measure of Religiosity/Spirituality

Quanto ao sexo feminino, observou-se associação positiva entre os domínios experiências diárias e exaustão emocional ( $r=0,380$ ;  $p=0,022$ ), entre perdão e exaustão emocional ( $r=0,475$ ;  $p=0,003$ ), entre práticas religiosas e exaustão emocional ( $r=0,372$ ;  $p=0,025$ ), entre superação religiosa e exaustão emocional ( $r=0,405$ ;  $p=0,014$ ), entre suporte religioso e exaustão emocional ( $r=0,347$ ;  $p=0,038$ ), entre auto avaliação global e exaustão emocional ( $r=0,474$ ;  $p=0,003$ ), e associação inversa fraca entre superação religiosa e despersonalização ( $r=-0,362$ ;  $p=0,030$ ) (Tabela 11).

Tabela 11 – Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e MBI dos médicos residentes segundo sexo feminino do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.

	Exaustão emocional		Baixa realização pessoal e profissional		Despersonalização	
	r	p	r	p	r	p
Experiência diária	<b>0,380</b>	<b>0,022*</b>	-0,323	0,054	-0,324	0,054
Valores e crenças <sup>§</sup>	0,090	0,601	0,054	0,754	0,062	0,720
Perdão	<b>0,475</b>	<b>0,003*</b>	-0,259	0,127	-0,297	0,078
Práticas religiosas	<b>0,372</b>	<b>0,025*</b>	-0,140	0,415	-0,156	0,362
Superação religiosa	<b>0,405</b>	<b>0,014*</b>	-0,269	0,113	<b>-0,362</b>	<b>0,030*</b>
Suporte religioso	<b>0,347</b>	<b>0,038*</b>	-0,187	0,276	-0,069	0,687
História R/E	-0,015	0,933	0,223	0,191	0,327	0,051
Comprometimento	0,218	0,201	-0,180	0,292	-0,184	0,282
Religiosidade organizacional	0,266	0,117	-0,189	0,268	-0,197	0,250
Autoavaliação global	<b>0,474</b>	<b>0,003*</b>	-0,074	0,667	-0,145	0,400

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Notas: §: rho p de Spearman; MBI - Maslach Burnout Inventory BMMRS - Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality

Correlação entre as médias do BMMRS e MBI no sexo masculino, demonstrou associação positiva entre a variável valores e crenças e exaustão emocional ( $r=0,741$ ;  $p=0,002$ ) e associação inversa moderada entre religiosidade organizacional e exaustão emocional ( $r=-0,553$ ;  $p=0,032$ ) (Tabela 12).

Tabela 12 – Correlação entre as médias das variáveis do BMMRS e MBI dos médicos residentes segundo sexo masculino do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, 2022.

	Exaustão emocional		Baixa realização pessoal e profissional		Despersonalização	
	r	p	r	P	r	p
Experiência diária <sup>#</sup>	-0,252	0,365	-0,064	0,820	0,096	0,060
Valores e crenças <sup>\$</sup>	<b>0,741</b>	<b>0,002*</b>	-0,057	0,839	0,203	0,469
Perdão	-0,261	0,347	-0,116	0,681	0,436	0,104
Práticas religiosas	-0,221	0,428	0,242	0,386	0,467	0,079
Superação religiosa	-0,186	0,506	-0,160	0,568	0,092	0,744
Suporte religioso	0,221	0,429	-0,139	0,621	0,000	1,00
História R/E	0,253	0,363	-0,302	0,273	-0,325	0,237
Comprometimento	-0,307	0,266	-0,057	0,841	0,404	0,135
Religiosidade organizacional	<b>-0,553</b>	<b>0,032*</b>	-0,243	0,383	0,046	0,870
Autoavaliação global	-0,418	0,121	-0,099	0,380	-0,061	0,828

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Notas: #: Coeficiente de Pearson; \$: rho p de Spearman; MBI - Maslach Burnout Inventory; BMMRS - Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality

## 10 DISCUSSÃO

O questionário sociodemográfico configurou-se em obter informações gerais da população de 212 médicos residentes regularmente matriculados, e obtivemos o número de 51 respondentes, no total de 24% que participaram da pesquisa. Dos 212 médicos residentes, 118 do sexo feminino com 55,6% e 94 do sexo masculino com 44,3%. De acordo com a caracterização da amostra desta pesquisa, identificamos nos entrevistados que 74,5% do sexo feminino, corroborando com demais estudos encontrados na literatura. Estudo de Vasconcelos (2021) obteve o predomínio de 61% sexo feminino, de Nogueira, Barros e Pitta (2022) 57,73% e de Jordán *et al.* (2021) 74,55% do sexo feminino. A “feminilização” do curso de Medicina apresenta questões que anteriormente não haviam sido pensadas em uma análise crítica, e que, atualmente vários estudos apontam esse diferencial no contexto da saúde, do social, cultural e político, sendo necessário ter o olhar para as desigualdades de gênero em relação a remuneração, campos de atuação e ocupação de especialidades em espaços tradicionalmente masculinos. Nossos dados também podem indicar interesse e colaboração maior das residentes femininas em atender ao convite online ou interesse maior pelo tema da pesquisa.

Com relação à faixa etária, a amostra concentra-se no intervalo de 26 a 30 anos, apresentando 70,6% da amostra, indicando a faixa etária desta formação profissional. Nogueira, Barros e Pitta (2022) reportaram residentes com idade entre 23 e 34 anos apresentando 68% da amostra em sua pesquisa. Silva *et al.* (2018), confirma ascendência de mulheres nesta faixa de idade em diferentes cursos nas universidades brasileiras. Na bibliografia histórica descreve-se que Scheffer *et al.* (2020) evidencia o rejuvenescimento deste seguimento educacional, e o crescimento do número de mulheres no curso de Medicina no Brasil. Neste percurso os grupos mais novos de mulheres já se apresentam como maioria no ano de 2020 com 58,5% dentre os médicos até 29 anos, e 55,3% de 30 a 34 anos. E ainda na faixa etária de 35 e 39 anos, apresentando uma proporção numérica entre os gêneros, com 49,7% de mulheres, em decorrência da abertura de novas vagas em cursos de graduação de Medicina e, naturalmente a entrada de novos médicos no mercado de trabalho. Quanto à cor da pele, a maioria dos participantes de nossa amostra 74,5% de cor branca, 25,5% pardos, 0% de cor preta. Da mesma forma que o estudo de Jordán *et al.* (2021) apresentou 56,36% de cor pele branca. Apesar de ter a maior população

de descendentes africanos fora de suas terras, apenas a partir da última década, iniciou-se a implantação do sistema de cotas, para promover a inserção de estudantes de cor preta nas universidades, mas que não refletiu ainda na distribuição étnica da residência médica. A maioria dos residentes é solteiros, 68% são da área de clínica médica, 49% estudaram em instituições privadas e 91,8% possuem renda própria, e 56,9% os pais possuem o nível de escolaridade superior completo. Foram também investigados os dados comparando idade, renda etc., porém não foram encontrados resultados significantes.

Na questão do perfil religioso dos médicos residentes identificou-se uma grande maioria de cristãos com predomínio (64,7%) de católicos; 7,8% evangélicos; 7,8 espíritas; 19,6% não possui religião. A preponderância de católicos no curso de medicina demonstra a preferência desta religião no Brasil, tendo em vista que 64,6% dos brasileiros são católicos, segundo o levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), que apresenta quinze milhões de pessoas sem religião. Quando se compara os resultados com outros estudos, a média de afiliação católica é de 80% na pesquisa de Plauto *et al.* (2022). Em Jordán *et al.* (2021), 32,73% católicos, 20% evangélicos, 34,55% sem afiliação religiosa. A maioria dos médicos residentes acredita que “fé e crenças em Deus” dão sentido à sua vida, dando forças em momentos difíceis, demonstrando a importância de Deus ou de um ser superior em suas vidas.

Os achados mostram que a religiosidade e/ou espiritualidade é a mesma de seus pais (influência familiar), e a escolha profissional da maioria teve grande influência da R/E, e a maioria afirma que há momentos de vivência de R/E no seio familiar, e moderadamente vivem essa experiência na comunidade que habitam. Como fato a maior parte dos residentes considera importante a abordagem de temas relacionados à influência da religiosidade e/ou espiritualidade na saúde durante a residência médica que corrobora com o estudo de Jordán *et al.* (2021) em que a maioria dos participantes julgou como importante a preparação sobre religiosidade e/ou espiritualidade na residência médica. Em nosso estudo a maioria vivencia a R/E de modo positivo em suas vidas, encontrando espiritualidade através da religião ou de um relacionamento pessoal, ou com o ser superior, e este achado corrobora também com Villani *et al.* (2019) que descrevem em seus estudos vários ganhos dos residentes de medicina com a conexão religiosidade e/ou espiritualidade no auxílio da QV, dos recursos internos emocionais e socialização.

No estudo 100% dos médicos residentes acreditam que a religiosidade e/ou espiritualidade apresenta benefícios à saúde, no entanto metade acredita que religiosidade e/ou espiritualidade apresenta malefícios à saúde, reconhecendo que nem todos os seus direcionamentos são positivos. Corroborando nosso estudo com a pesquisa de Jordán *et al.* (2021), encontrou-se que os residentes acreditam que a espiritualidade interfere de forma positiva ou igualmente positiva e negativa na saúde. Buscamos Koenig (2012) afirmando que o envolvimento R/E melhora a saúde psicológica e proporciona o menor risco de transtornos psiquiátricos, mais prevalentes, juntamente com as interações sociais, melhorando também a saúde física (efeitos positivos). Lucchetti *et al.* (2010), diz ser importante ter cautela, na maneira de se expressar a religião para não abrir o viés de que Deus esteja castigando, desamparando o paciente, ou causando distorções diante dos procedimentos médicos (efeitos negativos). No estudo, metade dos médicos residentes acredita em reencarnação, e isto demonstra que essa questão independe de “crenças religiosas”.

Como previamente referido, o estudo do instrumento BMMRS é o mais utilizado para mensurar a R/E na área da saúde e tem por objetivo medir e analisar a R/E no âmbito profissional, na QV e bem-estar dos médicos residentes e observou-se o quanto a R/E proporciona suporte positivo ao médico residente para o enfrentamento e adaptação diante de situações estressantes e conflituosas pessoais, profissionais e organizacionais, afirmando resultados de “crença e fé em Deus”, e sentem que Deus os perdoa e nunca os abandonou assegurando que a R/E está envolvida na sua maneira de lidar com situações estressantes. A maioria trabalha em união com Deus, apresentando experiência religiosa e/ou espiritual que trouxeram recompensas com sua fé, não questionando se Deus os abandonou em suas religiões, mas por ter em Deus força, suporte e guia, demonstrando dessa forma, a importância de Deus ou de um ser superior em suas vidas. Sendo esse percentual encontrado em nosso estudo de maneira bem maior que o de afiliação religiosa.

Percebemos que de forma moderada se consideram pouco religiosos, e de forma mediana se consideram moderadamente espiritualizados, participando pouco das atividades em instituições religiosas. Esses resultados nos indicam que nem sempre os dados sobre afiliação religiosa relatada refletem o nível de sua espiritualidade, porque ao se identificar ou não sobre uma religião, não significa

professá-la, e também não declarar pode não ser incredulidade. A literatura disponível de Allport e Ross (1967) descreve que a espiritualidade está intrinsecamente envolvida em uma vivência mais subjetiva, trazendo uma melhor saúde mental, embora não frequentem os serviços de instituições religiosas. Vivemos hoje através de novos paradigmas que a religiosidade está se mostrando, como mais privada, individual, na qual os indivíduos não dependem mais de uma instituição.

A escala de Bem-estar Subjetivo é um instrumento válido utilizado com o propósito de avaliar a satisfação de vida (julgamento) afetos positivos (emoções positivas) e afetos negativos (emoções negativas) dos médicos residentes.

Diante dos resultados obtidos com os médicos residentes, pôde-se perceber que o BES foi mensurado de forma positiva, demonstrando um índice alto de emoções positivas como, interesse, entusiasmo, motivação, atividade, alegria e engajamento, apresentando menores níveis de emoções negativas como ansiedade indecisão e agressividade. No nível de satisfação com a vida, observou-se de forma mais acentuada a resposta “satisfeito com minha vida”. Percebeu-se que altos níveis de BES não deixam os médicos residentes imunes diante de situações de adoecimento mental e físico, mas observando esses resultados e corroborando com os resultados do instrumento BMMRS, constatamos o quanto a espiritualidade pode beneficiar a saúde mental e física e no enfrentamento de situações conflituosas em nível pessoal e profissional. Segundo Allport (1968) a espiritualidade se articula em um espaço de integralidade e inteireza estabelecendo a compreensão de se tornar uno com a vida.

As evidências apontam uma necessidade de mais estudos de aplicação prática sobre o Bem-estar Subjetivo. Os dados desse estudo com o instrumento EBES não puderam ser comparados devido à ausência de estudos que tenham considerações a respeito na literatura vigente. O número de pesquisa na área de Psicologia Positiva está aumentando em termos de revisão e não na forma de prática clínica, por se ter despontado no início dos anos 2000, e ainda se encontra jovem em processo de desenvolvimento.

Ao avaliar os dados obtidos quanto ao WHOQOL-BREF que se caracteriza por ser um instrumento de análise da QV, saúde e outras áreas da vida, encontramos quatro domínios e duas questões gerais. Obteve-se na primeira questão de avaliação geral um resultado de boa QV, e na segunda questão obteve

maior satisfação geral com a saúde. Os resultados em relação aos domínios pesquisados, corrobora com Siqueira *et al.* (2019) e Barbosa (2019) que obtiveram nível de boa QV, e muito boa para satisfação com a saúde. O resultado de maior pontuação do nosso estudo foi o domínio da percepção da QV, apresentando o escore relacionado a muito boa, e resultado regular no domínio do meio ambiente (pouco tempo para o lazer) e no domínio psicológico (aproveitam pouco a vida), expondo situações emocionais adversas como diminuição da capacidade de concentração. Esses fatores corroboram com estudos de Nakamura *et al.* (2020), e com Silva *et al.* (2021) na QV global os quais referem que médicos residentes são jovens e estão em busca da intensidade emocional que as paixões despertam, e conjuntamente ressaltando o contato direto e constante com situações estressantes de urgências e todo o processo de morte/morrer.

No domínio das relações sociais obteve resultado regular com o círculo social que o rodeia (amigos, parentes, colegas) e com o apoio que recebe em reciprocidade com os amigos, e regular com o acesso aos serviços de saúde. Diante da maneira subjetiva e multidimensional da QV, observa-se sua importância no valor da sustentação social diante das situações estressantes no ambiente laboral. No domínio físico, identificou-se com boa satisfação em sua capacidade de energia, mobilidade e desempenho nas atividades do dia a dia.

Em relação ao instrumento de medida – *Maslach Burnout Inventory*, síndrome de *burnout*, identificou-se os escores primeiramente de forma geral, sendo que na dimensão exaustão emocional identificou-se um nível moderado com escore 21; na dimensão despersonalização nível baixo identificando escore 5 (distanciamento emocional, baixa empatia); no domínio baixa realização profissional identificamos nível alto com escore 15 (falta de apoio social e autonomia, baixo uso de habilidades pessoais). Identificaram-se dentro desses resultados nos médicos residentes, fatores de risco moderado ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Embora tenha encontrado uma significância nos níveis de despersonalização, entre o sexo masculino e o feminino (as mulheres são mais comprometidas para com a prática da religiosidade e ou espiritualidade), a pontuação foi moderada para o sexo masculino e baixo para o sexo feminino. Nas dimensões, exaustão emocional, baixa realização profissional, não apresentou margens estatísticas destoantes entre os sexos. De forma contrária aos nossos achados, Nogueira, Barros e Pitta (2022), em seu estudo com médicos residentes de um Hospital Público do Distrito Federal,

detectaram nível alto na dimensão exaustão emocional e na dimensão despersonalização, nível baixo na dimensão baixa realização profissionais, não havendo diferença estatística significativa entre os sexos, demonstrando a instalação e agravamento da síndrome de *burnout* em todos os residentes. Igualmente tivemos Silveira e Borges (2021), em pesquisa com médicos residentes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, identificando nível alto na dimensão exaustão emocional, nível alto na dimensão de despersonalização e nível moderado na dimensão de baixa realização profissional, sem diferença estatística entre os sexos. Ambas as pesquisas apresentaram alto grau de síndrome de *burnout*. Nessa pesquisa, examinamos que aparentemente a R/E percebida e estudada através dos instrumentos, Perfil Religioso e BMMRS pode agir como equilíbrio, proteção e prevenção à saúde mental e física, reduzindo os índices de exaustão emocional, despersonalização, e elevando o nível de baixa realização profissional, trazendo melhor interação grupal e social. Além disso, os residentes aqui analisados não se encontram em uma grande cidade em que o desequilíbrio de distribuição urbana e violência, transbordam para as instituições de saúde, exigindo muito mais de seus profissionais em jornadas cansativas e estressantes.

De acordo com Koenig (2012) a religião e religiosidade podem ser incluídas como um elemento que poderá fazer ou não parte da espiritualidade. Ou a espiritualidade arranjará outras possibilidades podendo abranger a religiosidade, mas também outros elementos como bom senso, esperança e intenções. No presente estudo observou-se o quanto R/E é considerada um recurso psicossocial de prevenção e promoção de saúde mental, proporcionando de forma positiva aos médicos residentes o enfrentamento e adaptação diante de situações difíceis com maior conscientização pessoal, profissional e organizacional.

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa cumpriu com o objetivo de analisar o perfil da R/E de médicos residentes, bem como o papel da R/E na sua QV e bem-estar, descrevendo toda a análise quantitativa através dos instrumentos propostos. Diante dessa pesquisa, é necessário pensar na necessidade de reconhecer a influência da R/E nos espaços da saúde, tornando-se imprescindível sua integração na área educacional da saúde por ser um tema de muita relevância principalmente no Brasil, por ser um país culturalmente religioso em suas entranhas, e principalmente no curso de medicina por este constituir um elemento fundamental do cuidado integral de humanização.

A Política Nacional de Humanização, e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) assinalam para a obrigação de uma concepção profissional em educação constante que exprima e possibilite a melhoria das previsões de saúde, principalmente pública. Sendo importante enfatizarmos que esta realidade pesquisada, é de suma relevância na questão dos temas que foram levantados e estudados, priorizando o rigor científico proposto, e ainda a fundamentação metodológica, associada a seis instrumentos trabalhados, na busca da percepção do médico residente diante de suas crenças aliadas à saúde mental, QV, bem-estar subjetivo e formação profissional.

Como fato a inclusão da disciplina Saúde e Espiritualidade na grade disciplinar da escola médica propicia o levantamento de muitas questões, que não são discutidas e pensadas sobre a realidade que os residentes vivem nos relacionamentos humanos (individuais e coletivos), pois junto com a R/E e suas crenças, a realidade da vida se apresenta com mais clareza mental e emocional, tornando o atendimento humanizado, integral e não facetado. Logo, a espiritualidade se torna primordial e necessária para que se estabeleça um lugar no atendimento humanizado.

## 12 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Conforme descrito, este estudo apresentou uma lacuna referente a amostra reduzida em sua totalidade, em relação ao quantitativo de matriculados na residência médica, porém justificado pelas repercussões da crise sanitária global sem precedentes, a pandemia do SARS-Cov-2, o que dificultou e impossibilitou o trabalho de campo presencial. Buscamos assim disponibilizar os questionários na plataforma *Google Forms* para dar andamento com a pesquisa e cumprir com os objetivos propostos. Outra limitação foi o número de instrumentos a serem preenchidos, o que pode ter desencorajado algum potencial participante em preenchê-los.

## 13 CONCLUSÕES

De 212 médicos residentes convidados a participar deste estudo, 51 concordaram em preencher os instrumentos disponibilizados online, e os resultados desta pesquisa são válidos para essa amostra:

- ✓ A maioria dos participantes é do sexo feminino, entre 26 e 30 anos, brancos cursando programa de residência clínica, sobretudo Clínica médica, solteiros, ainda sem prole e, a maioria vivendo com a renda de residência e sós. Pertencem a um núcleo familiar convencional, filhos de pais com formação em ensino médio e superior.
- ✓ A maioria é cristão, em predomínio de afiliação católica herdada de tradições familiares e suas crenças permitem dizer que conferem papel relevante a R/E em suas vidas e que seria adequado estendê-los às suas abordagens e práticas profissionais.
- ✓ A análise dos achados do BMMRS demonstra preferências para as práticas religiosas particulares, escores mais elevados para valores e crenças e experiências diárias, indicando maiores índices de R/E intrínseca do que organizacional, sobretudo no sexo feminino.
- ✓ Pelo instrumento EBES observou-se escores mais elevados de afeto positivo e satisfação com a vida, indicando que os médicos residentes avaliam positivamente este período de suas vidas, sobretudo no sexo feminino.
- ✓ Pelos escores obtidos no instrumento WHOQOL-BREF os médicos apresentaram boa percepção de sua QV e regular em alguns domínios como satisfação com a saúde física e psicológica, relações sociais e ambientais, sendo mais no sexo feminino do que no masculino em relação às relações sociais.
- ✓ A síndrome de *burnout* composta por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização e profissional não são configuradas pelas respostas dadas pelos participantes, ainda que tenha havido escore moderado de exaustão emocional e alto de baixa realização profissional, houve baixo nível de despersonalização, sendo esta variável menor no sexo feminino.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P. R.; CAZELLA, S. C.; COSTA, M. R. A Religiosidade/Espiritualidade dos Médicos de Família: Avaliação de Alunos da Universidade Aberta do SUS (UNASUS). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 2, p. 310-319, abr./jun. 2017.
- ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 153-164, maio/ago. 2004.
- ALLPORT, G. W. Teorías del prejuicio. In: ALLPORT, G. W. **La naturaliza del prejuicio**: Temas de Eudeba/Sciologia. 3. ed. Buenos Aires: Eudeba, 1968. cap. 13, p. 230-243.
- ALLPORT, G. W.; ROSS, J. M. Personal religious orientation and prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 5, n. 4, p. 432-443, Apr. 1967.
- ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. **American Family Physician**, v. 63, n. 1, p. 81-89, Jan. 2001.
- BARBOSA, V. C. Serviço Social e Saúde: relação antiga, desafios presentes. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, n. 44, v. 17, p. 240-254, dez. 2019.
- BORGES, M. *et al.* Religious Affiliations Influence Health - Related and General Decision Making: A Brazilian Nationwide Survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 6, p. 2873, Mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume9.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf). Acesso em: 22 nov. 2021.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.562, 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 3, 16 set. 2011.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 80.281, 05 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 11787, 06 set. 1977.
- BUSH, A. L. *et al.* An evaluation of the brief multidimensional measure of Religiousness/Spirituality in older patients with prior depression or anxiety. **Mental Health, Religion & Culture**, v. 15, n. 2, p. 191-203, Feb. 2012.

CAFEZEIRO, A. *et al.* A espiritualidade no processo de formação dos profissionais de saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 11, n. 2, p. 158-163, jul./dez. 2020.

CARNEIRO, E. M. *et al.* Religiousness/Spirituality, Resilience and Burnout in Employees of a Public Hospital in Brazil. **Journal of Religion and Health**, v. 58, n. 2, p. 677-685, Apr. 2019.

CODÓ, W.; VASQUES-MENESES, I. O que é Burnout? In: CODÓ, W. (Org). **Educação: Carinho e Trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999. cap. 13, p. 257-276.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução nº2.221/2018, 24 de janeiro de 2019. Homologa a Portaria CME nº 1/2018, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 67, 23 jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). Posicionamento do Sistema de Conselhos de Psicologia para a questão da Psicologia, Religião e Espiritualidade. **GT Nacional Laicidade e Psicologia**. Brasília, DF, maio 2013.

CURCIO, C. S. S.; LUCCHETTI, G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Instrumentos de Avaliação de Religiosidade e Espiritualidade. In: GORENSTEIN, C.; WANG, Y. P.; HUNGERBUHLER, I. **Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental**, Porto Alegre: Artmed, 2016, cap. 12.8, p. 464-474.

CURY, A. J. **O Mestre dos Mestres: Análise da Inteligência do Cristo**. São Paulo: Academia de Inteligência, 1999. 232 p.

DAL-FARRA, R. A.; GEREMIA, C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 587-597, dez. 2010.

DALGALARRONDO, P. **Religião, Psicopatologia e Saúde Mental: do coletivo ao individual, do fenômeno sociocultural à experiência psicopatológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 7, p.193-214.

DE LUCCA, J. G.; WOLKMER, M. F. S.; BORGES, G. S. Práticas Colaborativas & Bioética: a interdisciplinaridade do conflito. **Revista Prisma Jurídico**, v. 20, n. 1, p. 116-134, jan./jun. 2021.

DIENER, E.; BISWAS-DIENER, R. New directions in subjective well-being research: the cutting edge. **Indian Journal of Clinical Psychology**, v. 27, n. 1, p. 21-33, Jan. 2000.

ESPERANDIO, M. R. G.; MARQUES, L. F. The Psychology of Religion in Brazil. **Internacional Journal for the Psychology of Religion**, v. 25 n. 4, p. 255-271, Dec. 2015.

FERREIRA, T. T. *et al.* Percepção de Acadêmicos de Medicina e de outras áreas da Saúde e Humanas (ligadas a saúde) sobre as relações entre espiritualidade,

religiosidade e saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1. p. 67-74, jan. 2018.

FETZER INSTITUTE. Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research. **A Report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group**. 2003. 96 p. Disponível em: [fetzer.org/sites/default/files/resources/attachment/%5Bcurrent-date%3Atiny%5D/Multidimensional\\_Measurement\\_of\\_Religiousness\\_Spirituality.pdf](http://fetzer.org/sites/default/files/resources/attachment/%5Bcurrent-date%3Atiny%5D/Multidimensional_Measurement_of_Religiousness_Spirituality.pdf). Acesso em: 19 abr. 2022.

FLECK, M. P.; SKEVINGTON, S. Explaining the meaning of the WHOQOL-SRPB. **Archives of Clinical Psychiatry**, 2007, v.34, suppl. 1, p. 146-149, Jan. 2007.

HOBSBAWN, E. **Era dos extremos: o breve século XX 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 598 p.

HUTZ, C. S.; ZANON, C.; BARDAGI, M. P. Satisfação de Vida. In: HUTZ, C. S. (Org). **Avaliação em Psicologia Positiva**. Porto Alegre: Artmed, 2014. cap. 3, p. 43-48.

IBGE. **Atlas do Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 maio 2022.

IDLER, E. *et al.* Measuring Multiple Dimensions of Religion and Spirituality for Health Research Conceptual Background and Findings from the 1998 General Social Survey. **Research on Aging**, v. 25, n. 4, p. 327-365, July 2003.

JORDÁN, A. P. W. *et al.* Avaliação da espiritualidade/religiosidade e opinião de residentes sobre a participação em um módulo de espiritualidade e integralidade. **Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 6, n. 1, p. 1-17, jul. 2021. Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/440/79>. Acesso em: 19 abr. 2022.

JORDÁN, A. P. W.; BARBOSA, L. N. F. Espiritualidade e formação nos programas de residência em saúde de uma cidade no Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 82-90, jul./set. 2019.

KARDEC, A. **O Evangelho Segundo o Espiritismo: Aliança da Ciência e da Religião**. Tradução de PIRES, J. H. São Paulo: LAKE, 2003. 416 p.

KOENIG, H. G.; McCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001. 724 p.

KOENIG, H. G. Concerns about measuring “spirituality” in research. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 196, n. 5, p. 349-355, May 2008.

KOENIG, H. G. **Medicina, Religião e Saúde: O Encontro da Ciência e da Espiritualidade**. Tradução de ABREU, I. São Paulo: L&PM, 2012. 248 p.

KOENIG, H. G. Religion and medicine I: historical background and reasons for separation. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 30, n. 4, p. 385-398, 2000.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality and psychiatry: a new era in mental health care. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, suppl. 1, p. 5-7, 2007.

KOENIG, H. G.; PARKERSON JR, G. R.; MEADOR, K. G. Religion index for psychiatric research. **The American Journal of Psychiatry**, v. 154, n. 6, p. 885-886, June 2001.

LIMA, K. P. Associações e comparações entre burnout, ansiedade, depressão e habilidades sociais de residentes médicos de diferentes áreas. 2014. 118 f. Dissertação (**Mestrado em Ciências da Saúde**) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2014.

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

LUCCHETTI, G. *et al.* Medical students and controversial ethical issues: results from the multicenter study SBAME. **BMC Medical Ethics**, v. 15, p.85, Dec. 2014. Disponível em: <https://bmcmmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-15-85>. Acesso em: 22 maio 2022.

LUCCHETTI, G. *et al.* Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBAME. **BMC Medical Education**, v. 13, p. 162, Dec. 2013. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-13-162>. Acesso em: 22 maio 2022.

LUCCHETTI, G. *et al.* Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC Medical Education**, v.12, p. 78, Aug. 2012. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-12-78>. Acesso em: 07 jun. 2022.

LYONS, A. S.; PETRUCCELLI, J. **História da Medicina**. São Paulo: Manole, 1997. 615 p.

MARIANO, R. Laicidade à brasileira: católicos, pentecostais e laicos em disputa na esfera pública. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v. 11, n. 2, p. 238-258, maio/ago. 2011.

MARQUES, L. F. O conceito de espiritualidade e sua interface com a religiosidade e a Psicologia Positiva. **Psicodebate – Psicología, Cultura y Sociedad**, v. 10, p. 135-151, dez. 2010.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. **The Maslach Burnout Inventory Manual**. 3. ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996. 52 p.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, n. 1, p. 397-422, Feb. 2001.

MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 10, n. 4, p. 275-278, dez. 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade & Saúde Mental: O desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. **Zen Review**, v. 1, p. 2-6, 2009. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/46991695/espirtualidade-saade-mental-o-desafio-de-reconhecer-e-integrar->. Acesso em: 16 nov. 2021.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, suppl. 1, p. 3-4, out. 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Envolvimento religioso e fatores sociodemográfico: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 2, p. 12-15, jan. 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A., LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência; saúde e espiritualidade. **Ciência e Cultura**, v. 68, n. 2, p. 54-57, jan./mar. 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical Implications of Spirituality to Mental Health: review of evidence and practical guidelines. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 36, n.2, p. 176-182, Apr. 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; MOSQUEIRO, B. P.; BHUGRA, D. **Spirituality and Mental Health Across Cultures**. United States of America: Oxford Cultural Psychiatry, 2021. 496 p.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; STROPPIA, A. Espiritualidade e Saúde Mental: o que as evidências mostram? **Revista Debates em Psiquiatria**, v. 2, n. 6, p. 34-41, nov./dez. 2012.

NAKAMURA, L. *et al.* Correlação entre produtividade, depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida em residentes multiprofissionais em saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 96892-96905, dez. 2020.

NOGUEIRA, R. N.; BARROS, R. B.; PITTA, L. Síndrome de burnout: um estudo brasileiro com médicos residentes. **Revista Brasília Médica**, v. 59, p. 1-10, 2022 Disponível em: <http://rbm.org.br/details/454>. Acesso em: 15 dez. 2022.

NUMBERS, R. L. Mitos e verdades em ciência e religião: uma perspectiva histórica. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 36, n. 6, p. 246-251, jan. 2009.

NUMBERS, R. L. **Galileu na prisão e outros mitos sobre ciência e religião**. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2020. 336 p.

OLIVEIRA, R. A. Saúde e espiritualidade na formação profissional em saúde, um diálogo necessário. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 19, n. 2, p. 54-55, jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Depressão**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 11 maio 2022.

PANZINI, R. G. *et al.* Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 153-165, fev. 2011.

PARGAMENT, K. L.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, v. 56, n. 4, p. 519-543, Apr. 2000.

PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P.; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, suppl. 1, p. 136-145, 2007.

PLAUTO, M. S. B. C. *et al.* Spirituality and quality of life of physicians who work with the finitude of life. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 1, p. e043, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/KhxQCkhmQkj6xzF7JvwQCxH/?lang=pt#>. Acesso em: 21 out. 2022.

PUCHALSKI, C. M. *et al.* Spirituality and health: the development of a field. **Academic Medicine**, v. 89, n. 1, p 10-16, Jan. 2014.

RIBEIRO M. F.; FORJAZ M. L. Cuidando do cuidador: poder e sofrimento psíquico na residência médica. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 4, n. 3, p.100-111, 2006.

ROCHA, R. V. A.; ARCA, J. M. **Análise da Compreensão dos Residentes e Preceptores dos programas de Residência em Saúde do Recife Acerca do Conceito de Espiritualidade**. 2019. 63 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, PE, 2019.

SALGADO, M. R. C. A evolução do conceito de saúde. In: SALGADO, M. R. C. (Org). **Saúde Integral - uma Interação entre Ciência e Espiritualidade**. São Paulo: AME-Brasil, 2017. cap. 1, p. 54-83.

SCHEFFER, M. *et al.*, **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: FMUSP, CFM, 2020. 312 p.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007.

SELIGMAN, M. E. P. Positive psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy. In: SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. (Eds.). **Handbook of positive psychology**. New York: Oxford University Press, 2002. cap. 1, p. 3-9.

- SILVA, A. L. F. *et al.* Percepção da Qualidade de Vida e Prevalência de Sintomas de Depressão em Universitários. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 12, n. 1, p. e25958, ago. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/25958>. Acesso em: 12 mar. 2022.
- SILVA, A. L. P.; TEIXEIRA, M. A. A. A angústia médica: reflexões acerca do sofrimento de quem cura. **Cogitare Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 75-83, jan./jun. 2002.
- SILVA, M. L. A. M. *et al.* Influência de políticas de ação afirmativa no perfil sociodemográfico de estudantes de medicina de Universidade Brasileira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 36-48, jul./set. 2018.
- SILVEIRA, F. F.; BORGES, L. O. Prevalência da síndrome de burnout entre médicos residentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e221076, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/MthspX5xtfFxYtP9vFBNMKp/?lang=pt#>. Acesso em: 21 nov. 2021.
- SIQUEIRA, F. V. *et al.* Excesso de peso e fatores associados entre profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 138-145, abr./jun. 2019.
- TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout. **Estudo de Psicologia**, v. 14, n. 3, p. 213-221, dez. 2009.
- VASCONCELOS, A. P. S. L. **Avaliação de religiosidade dos residentes de medicina e implicações frente à prática clínica e à formação médica**. 2021. 104 f. Tese (Doutorado em Saúde Brasileira) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, 2021.
- VILLANI, D. *et al.* The Role of Spirituality and Religiosity in Subjective Well-Being of Individuals With Different Religious Status. **Frontiers in psychology**, v. 10, p. 1525, July 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. Geneva: WHO, 1998. 162 p.
- YILMAZ, H.; ARSLAN, C. Subjective well-being, positive and negative affect in Turkish university students. **The Online Journal of Counseling and Education**, v. 2, n. 2, p. 1-8, Apr. 2013.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO**

Título do Projeto: Impacto da Religiosidade/Espiritualidade no contexto de saúde de médicos residentes

#### **TERMO DE ESCLARECIMENTO**

Você está sendo convidado (a) para participar do estudo “IMPACTO DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DE SAÚDE DE MÉDICOS RESIDENTES”. Esta investigação tem como objetivo descrever o conhecimento sobre espiritualidade e religiosidade entre residentes do curso de Medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Caso você participe, será necessário que responda os instrumentos. Sua identidade será mantida em sigilo, identificado (a) por um código. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo em sua formação. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade.

## APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto:

Impacto da Religiosidade/Espiritualidade no contexto de saúde de médicos residentes Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi os objetivos do estudo.

A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios deste estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

Doc. Identidade:

\_\_\_\_\_  
Ass. do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Ass. do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Maria de Fátima Borges (34)99994-0806

Alzira Maria Cussi B. Dias (34) 991985084

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3318-5527.

## ANEXOS

### ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** IMPACTO DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO DE SAÚDE EM INDIVÍDUOS

**Pesquisador:** Élide Mara Carneiro da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 53403115.9.0000.5154

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.770.936

## ANEXO B: ARTIGO

### The impact of religiosity and spirituality in the health context of resident physicians

Alzira Maria Cussi Brasileiro Dias<sup>1</sup>, Adriana Paula da Silva<sup>2</sup>, Élide Mara Carneiro da Silva<sup>3</sup>, Janaíne Machado Tomé<sup>4</sup>, Beatriz Hallal Jorge Lara<sup>5</sup>, Ana Cecília Borborema Abreu<sup>6</sup>, Elisa Bernardes Nico<sup>7</sup>, Meire Soares de Ataíde<sup>8</sup>, Maria de Fátima Borges<sup>9</sup>

#### Name and institutional affiliation of all authors

<sup>1</sup> Clinical Psychologist, Analytically Based Psychotherapist, collaborator at the Department of Endocrinology and Metabology at the Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brazil, e-mail: amcbd@terra.com.br, ORCID: 0000-0002-9928-5231

<sup>2</sup> PhD, Nutritionist at the Department of Endocrinology and Metabology at the Federal University of Triângulo Mineiro, e-mail: adrianapaulanutri@gmail.com, ORCID: 0000-0001-5275-9981

<sup>3</sup> PhD, Physical Therapist, Integrative and Complementary Practices Center of Clinical Hospital, Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, Brazil, e-mail: elidamc16@gmail.com, ORCID: 0000-0003-0343-2397

<sup>4</sup> MSc, Biomedical Collaborator at the Department of Endocrinology and Metabology at the Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brazil, email: jana.biomedika@gmail.com, ORCID: 0000-0002-2395-6895

<sup>5</sup> PhD, Endocrinologist, Adjunct Professor at the Department of Medical Clinic collaborator at the Department of Endocrinology and Metabology at the Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brazil, e-mail: beatrizjorge@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-7007-7191

<sup>6</sup> Endocrinologist collaborator at the Department of Endocrinology and Metabology at the Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brazil, e-mail: ceciliabreu@outlook.com.br, ORCID: 0000-0002-8689-4716

<sup>7</sup> Endocrinologist collaborator at the Department of Endocrinology and Metabology at the Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brazil, e-mail: elisabbnico@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3063-8756

<sup>8</sup> Dermatologist, Adjunct Professor at the Department of Medical Clinic at the Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brazil, e-mail: meireataide@mednet.com.br, ORCID: 0000-0002-2102-3637

<sup>9</sup> Endocrinologist, Associated Professor at the Department of Endocrinology and Metabology at the Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brazil, e-mail: borgmf@uol.com.br, ORCID: 000-0002-2294-848X

**ANEXO C: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

1. Cidade, Estado (sigla)

---

2. Idade:

- 20 a 25 anos
- 26 a 30 anos
- 31 a 35 anos
- acima de 35 anos

3. Sexo:

- Feminino
- Masculino

4. Cor:

- Branca
- Negra
- Parda

5. Cursou o Ensino Superior:

- Exclusivamente em Instituições Privadas
- Exclusivamente em Instituições Públicas
- Em Instituições Públicas e Privadas
- Outro

6. Qual a área de sua Residência Médica:

- Clínica Cirúrgica
- Clínica Médica
- Ginecologia e Obstetrícia
- Neurologia
- Pediatria

7. Estado Civil:

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- Viúvo
- União Estável

8. Tem filhos?

- Sim

Não

9. Renda Própria?

Sim

Não

10. Renda familiar mensal (em salários mínimos)

Um a dois

Três a cinco

Cinco a dez

Maior que dez

11. Mora sozinho?

Sim

Não

12. Qual o nível de escolaridade de seu pai ou responsável?

Fundamental completo

Fundamental incompleto

Ensino Médio completo

Ensino Médio incompleto

Superior completo

Superior incompleto

**ANEXO D: PERFIL DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE**

13. Qual sua religião

- Católica
- Evangélica
- Afro brasileira
- Espírita
- Nenhuma

14. Você acredita que há uma vida espiritual após a morte?

- Sim
- Não
- Não possuo uma opinião formada sobre o assunto

15. Crenças espirituais dão sentido à sua vida?

- Sim
- Não

16. Fé e crenças espirituais lhe dão forças em momentos difíceis?

- Sim
- Não

17. A sua religião é a mesma de seus pais e/ou responsáveis?

- Sim
- Não

18. Em sua família, há um momento conjunto de vivência da espiritualidade e/ou religiosidade?

- Sim
- Não

19. Você considera importante a abordagem de temas relacionados à “influência da espiritualidade e da religiosidade na saúde” durante a sua residência médica?

- Sim
- Não

20. Você acredita que espiritualidade e/ou religiosidade podem apresentar benefícios à saúde?

- Sim
- Não

21. Você acredita que espiritualidade e/ou religiosidade podem apresentar malefícios à saúde?

- Sim  
 Não

22. Você já participou de algum evento (curso/simpósio ou outros) sobre o tema Saúde e Espiritualidade?

- Sim  
 Não

23. Você acredita que a sua espiritualidade e/ou religiosidade influenciou na sua escolha profissional?

- Sim  
 Não

24. Você poderia nos contar uma experiência dentro da sua espiritualidade ou religiosidade que te marcou?

---

---

---

25. Você acredita na reencarnação?

- Sim  
 Não

**ANEXO E: BRIEF MULTIDIMENSIONAL MEASURE OF RELIGIOUSNESS/  
SPIRITUALITY (BMMRS)**

As seguintes questões lidam com as possíveis experiências espirituais

**A)- Experiências espirituais diárias**

COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ TEM AS SEGUINTE EXPERIÊNCIAS:

1 – Sinto a presença de Deus

- ( ) Muitas vezes ao dia
- ( ) Todos os dias
- ( ) A maior parte dos dias
- ( ) Alguns dias
- ( ) De vez em quando
- ( ) Nunca ou quase nunca

2 – Encontro força e conforto na minha religião

- ( ) Muitas vezes ao dia
- ( ) Todos os dias
- ( ) A maior parte dos dias
- ( ) Alguns dias
- ( ) De vez em quando
- ( ) Nunca ou quase nunca

3 – Sinto profunda paz interior ou harmonia

- ( ) Muitas vezes ao dia
- ( ) Todos os dias
- ( ) A maior parte dos dias
- ( ) Alguns dias
- ( ) De vez em quando
- ( ) Nunca ou quase nunca

4 – Desejo estar próximo ou em união com Deus

- ( ) Muitas vezes ao dia
- ( ) Todos os dias
- ( ) A maior parte dos dias
- ( ) Alguns dias
- ( ) De vez em quando
- ( ) Nunca ou quase nunca

5 – Sinto amor de Deus por mim, diretamente ou por meio dos outros

- ( ) Muitas vezes ao dia
- ( ) Todos os dias

- ( ) A maior parte dos dias
- ( ) Alguns dias
- ( ) De vez em quando
- ( ) Nunca ou quase nunca

6 – Sou espiritualmente tocado pela beleza da criação

- ( ) Muitas vezes ao dia
- ( ) Todos os dias
- ( ) A maior parte dos dias
- ( ) Alguns dias
- ( ) De vez em quando
- ( ) Nunca ou quase nunca

### **B) - Valores e Crenças**

7 – Creio em Deus que cuida de mim

- ( ) Concordo totalmente
- ( ) Concordo
- ( ) Discordo
- ( ) Discordo totalmente

8 – Sinto uma grande responsabilidade em reduzir a dor e o sofrimento no mundo

- ( ) Concordo totalmente
- ( ) Concordo
- ( ) Discordo
- ( ) Discordo totalmente

### **C) - Perdão: Por causa de minhas crenças espirituais ou religiosas**

9 – Tenho perdoado a mim mesmo pelas coisas que tenho feito errado

- ( ) Sempre ou quase sempre
- ( ) Frequentemente
- ( ) Raramente
- ( ) Nunca

10 – Tenho perdoado aqueles que me ofendem

- ( ) Sempre ou quase sempre
- ( ) Frequentemente
- ( ) Raramente
- ( ) Nunca

11 – Sei que Deus me perdoa

- ( ) Sempre ou quase sempre
- ( ) Frequentemente

- Raramente
- Nunca

#### **D) - Práticas religiosas particulares**

12 – Com que frequência você reza (ora) intimamente em lugares que não sejam igreja ou templo religioso?

- Mais de uma vez ao dia
- Uma vez ao dia
- Algumas vezes por semana
- Uma vez por mês
- Algumas vezes no mês
- Uma vez no mês
- Menos de uma vez ao mês
- Nunca

#### **E) - Superação Religiosa e Espiritual**

13 – De acordo Com sua tradição religiosa ou espiritual, com que frequência você medita (intimidade com Deus)?

- Mais de uma vez ao dia
- Uma vez ao dia
- Algumas vezes por semana
- Uma vez por mês
- Algumas vezes no mês
- Uma vez no mês
- Menos de uma vez ao mês
- Nunca

14 – Com que frequência você assiste ou ouve um programa religioso na TV ou rádio?

- Mais de uma vez ao dia
- Uma vez ao dia
- Algumas vezes por semana
- Uma vez por mês
- Algumas vezes no mês
- Uma vez no mês
- Menos de uma vez ao mês
- Nunca

15 – Com que frequência você lê a Bíblia ou outra literatura religiosa (livros, jornais, revistas e folhetos)?

- Mais de uma vez ao dia
- Uma vez ao dia
- Algumas vezes por semana
- Uma vez por mês

- Algumas vezes no mês
- Uma vez no mês
- Menos de uma vez ao mês
- Nunca

16 – Com que frequência são feitas orações ou agradecimentos antes ou após as refeições?

- Mais de uma vez ao dia
- Uma vez ao dia
- Algumas vezes por semana
- Uma vez por mês
- Algumas vezes no mês
- Uma vez no mês
- Menos de uma vez ao mês
- Nunca

**Pense a respeito do que você entende e como lida com os principais problemas em sua vida. Com que intensidade você se vê envolvido nessas maneiras de enfrentá-los?**

17 – Penso que minha vida faz parte de uma força espiritual maior

- Muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada

18 – Trabalho em união com Deus

- Muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada

19 – Vejo Deus como força, suporte e guia

- Muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada

20 – Sinto que Deus me castiga por meus pecados ou falta de espiritualidade

- Muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada

21 – Eu me pergunto se Deus me abandonou

- Muito

- Bastante
- Um pouco
- Nada

22 – Tento entender o problema e resolvê-lo sem confiar em Deus

- Muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada

23 – O quanto sua religião está envolvida (interessada) na compreensão e na maneira de lidar com situações estressantes (difíceis)?

- Muito envolvida
- Pouco envolvida
- Não muito envolvida
- Nem um pouco envolvida

#### **F) - Suporte Religioso**

**Essas questões são destinadas a verificar o quanto de ajuda as pessoas de sua comunidade religiosa iriam lhe proporcionar, caso você precisasse no futuro.**

24 – Se você estivesse doente, quantas pessoas de sua comunidade religiosa lhe ajudariam?

- Muitas
- Algumas
- Pouca
- Nenhuma

25 – Quanto conforto as pessoas de sua Comunidade religiosa lhe dariam se você estivesse em uma situação difícil?

- Muito
- Algum
- Pouco
- Nenhum

26 – Com que frequência às pessoas de comunidade religiosa procura por você?

- Frequentemente
- Muitas vezes
- De vez em quando
- Nunca

27 – Com que frequência às pessoas de sua comunidade religiosa critica você e as coisas que você faz?

- Frequentemente
- Muitas vezes
- De vez em quando
- Nunca

**G) - História religiosa/espiritual**

28 – Você já teve alguma experiência religiosa ou espiritual que mudou sua vida?

- Sim
- Não

29 – Você já teve alguma recompensa com sua fé?

- Sim
- Não

30 – Você já teve alguma perda significativa da sua fé?

- Sim
- Não

**H) - Comprometimento**

31 – Eu tento levar fortemente minhas crenças religiosas ao longo de minha vida

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente

32 – Durante o ano passado você contribuiu financeiramente para a comunidade religiosa ou para as causas religiosas

- Semanalmente
- Contribuição mensalmente
- Contribuição anualmente

33 – Em uma semana, quantas horas você dedica em atividades da sua igreja ou atividades que você faz por razões religiosas ou espirituais?

- Nenhuma
- 1 a 3 horas
- 3 a 5 horas
- Acima de 5 horas

**I) - Religiosidade Organizacional**

34 – Com que frequência você participa de serviços religiosos (rituais, missas, cultos, celebrações)?

- Mais de uma semana
- Toda semana (semanal)
- Uma ou duas vezes por mês
- Todo mês (mensal)
- Uma ou duas vezes por ano
- Nunca

35 – Além dos serviços religiosos, com que frequência você faz parte de outras atividades da igreja e templos religiosos?

- Mais de uma semana
- Toda semana (semanal)
- Uma ou duas vezes por mês

- Todo mês (mensal)
- Uma ou duas vezes por ano
- Nunca

**J) - Preferência religiosa**

36 – Qual sua religião no momento. Se Evangélico, qual a denominação religiosa?

---

**K) - Auto avaliação Global**

37 – Até que ponto você se considera uma pessoa religiosa?

- Muito religiosa
- Moderadamente religiosa
- Pouco religiosa
- Nem um pouco religiosa

38 – Até que ponto você se considera uma pessoa espiritualizada?

- Muito religiosa
- Moderadamente religiosa
- Pouco religiosa
- Nem um pouco religiosa

## ANEXO F: ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO (EBES)

### Subescala 1

Gostaria de saber como você tem se sentido ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois assinale o número que expressa sua resposta, de acordo com a seguinte escala.

#### Ultimamente tenho me sentido...

	1 Nem um pouco	2 Um pouco	3 Moderada mente	4 Bastante	5 Extremamente
1. Aflito					
2. Alarmado					
3. Amável					
4. Ativo					
5. Angustiado					
6. Agradável					
7. Alegre					
8. Apreensivo					
9. Preocupado					
10. Disposto					
11. Contente					
12. Irritado					
13. Deprimido					
14. Interessado					
15. Entediado					
16. Atento					
17. Transtornado					
18. Animado					
19. Determinado					
20. Chateado					
21. Decidido					
22. Seguro					
23. Assustado					
24. Dinâmico					
25. Engajado					
26. Produtivo					
27. Impaciente					
28. Receoso					
29. Entusiasmado					
30. Desanimado					

- 
- 31. Ansioso
  - 32. Indeciso
  - 33. Abatido
  - 34. Amedrontado
  - 35. Aborrecido
  - 36. Agressivo
  - 37. Estimulado
  - 38. Incomodado
  - 39. Bem
  - 40. Nervoso
  - 41. Empolgado
  - 42. Vigoroso
  - 43. Inspirado
  - 44. Tenso
  - 45. Triste
  - 46. Agitado
  - 47. Envergonhado
- 

### **Sub escala 2**

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, marque com um X o número que expressa o mais fielmente possível sua opinião sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade.

### **Ultimamente tenho me sentido...**

---

1	2	3	4	5
Discordo Plenamente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo Plenamente

---

- 48. Estou satisfeito com minha vida
  - 49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida
  - 50. Avalio minha vida de forma positiva
  - 51. Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida
  - 52. Mudaria meu passado se eu pudesse
  - 53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida
  - 54. A minha vida está de acordo com o que desejo
-

---

para mim

55. Gosto da minha vida

56. Minha vida está ruim

57. Estou insatisfeito com  
minha vida

58. Minha vida poderia estar  
melhor

59. Tenho mais momentos de  
tristeza do que de alegria na  
minha vida

60. Minha vida é "sem graça"

61. Minhas condições de vida  
são muito boas

62. Considero-me uma  
pessoa feliz

---

## **ANEXO G: WHOQOL-BREF (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE) VERSÃO ABREVIADA**

### **Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta muitas vezes, poderá ser sua primeira alternativa. Por favor, tenham em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

Como você avalia sua qualidade de vida?

- ( ) Muito ruim
- ( ) Ruim
- ( ) Nem ruim/nem boa
- ( ) Boa
- ( ) Muito boa

Quão satisfeito você está com sua saúde?

- ( ) Muito insatisfeito
- ( ) Insatisfeito
- ( ) Nem satisfeito
- ( ) Satisfeito
- ( ) Muito satisfeito

**As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.**

	Nada	Muito pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?					
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?					

5. O quanto você aproveita a vida?
  6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?
  7. O quanto você consegue se concentrar?
  8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?
  9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
- 

**As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.**

---

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?					
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
13. Quão disponíveis para você estão às informações que precisa no seu dia-a-dia?					
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					

---

**As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.**

---

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
15. Quão bem você é capaz de se locomover?					
16. Quão satisfeito (a) você está com seu sono?					
17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?					
19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?					
20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					

21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?
22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?
23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?
24. Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
25. Quão satisfeito (a) você está com seu meio de transporte?
- 

**As questões seguintes referem-se com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.**

---

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					

---

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Você tem algum comentário sobre o questionário? \_\_\_\_\_

## ANEXO H: *BURNOUT (MASLACH BURNOUT INVENTORY - MBI)*

Segue abaixo uma escala de nunca até muito frequente/todos os dias, por favor, marque com um X no número que expressa o mais fielmente possível sua *opinião* sobre sua vida atual, no seu trabalho e no seu cotidiano.

	Nunca	Raramente algumas vezes por ano	Às vezes algumas vez por mês	Frequente mente algumas vezes por semana	Muito frequente mente: Todos os dias
1. Sinto-me emocionalmente esgotado (a) com o meu trabalho.					
2. Sinto-me esgotado (a) no final de um dia de trabalho.					
3. Sinto-me cansado (a) quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho					
4. Posso entender com facilidade como se sentem as pessoas.					
5. Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos.					
6. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.					
7. Lido eficazmente com o problema das pessoas.					
8. Meu trabalho deixa-me exausto.					
9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente na vida dos outros					
10. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas.					
11. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.					
12. Sinto-me com muita vitalidade.					
13. Sinto-me frustrado (a) com meu trabalho.					
14. Creio que estou trabalhando em demasia.					
15. Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas que atendo.					
16. Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse.					
17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas.					
18. Sinto-me estimulado (a) após trabalhar em contato com as pessoas.					

- 
19. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.
  20. Sinto-me no limite de minhas possibilidades
  21. Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.
  22. Sinto que as pessoas me culpam de algum modo pelos seus problemas.
-