



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UnICEUB**  
**PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**DÉBORA FARIA DINIZ**

**ISABELLA ESCARLATE HANNES**

**COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA  
UNIVERSIDADE DO DISTRITO FEDERAL**

**BRASÍLIA**  
**2020**



**DÉBORA FARIA DINIZ**

**ISABELLA ESCARLATE HANNES**

**COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE  
DO DISTRITO FEDERAL**

Relatório final de pesquisa de Iniciação  
Científica apresentado à Assessoria de Pós-  
Graduação e Pesquisa.

Orientador: Allan Euripedes Rezende Napoli  
Co-orientadora: Miriam Martins Leal

**BRASÍLIA  
2020**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter permitido que nós tivéssemos saúde e determinação para não desanimar durante a realização deste trabalho.

Aos professores Allan e Miriam por terem sido nossos orientadores e por terem desempenhado tal função com paciência e dedicação, sempre disponíveis a compartilhar todo o seu vasto conhecimento.

Aos amigos/familiares por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos que participaram, direta ou indiretamente, do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o nosso processo de aprendizado.

À instituição de ensino UniCEUB, essencial no nosso processo de formação profissional e por tudo o que aprendemos ao longo dos anos do curso que foram fundamentais para o desenvolvimento e a realização deste trabalho.

## RESUMO

Desde a preparação para o vestibular e durante a graduação, os estudantes de medicina convivem com adversidades que proporcionam redução na sua qualidade de vida. Estudos reconhecem que as crenças dos alunos impactam positivamente no relacionamento com a equipe e com os pacientes, mas há poucos estudos sobre a interferência do Coping Religioso/Espiritual (CRE) na qualidade de vida destes estudantes. Trata-se de um estudo semi-qualitativo baseado na escala Likert, transversal, observacional, no qual foi avaliada a relação entre qualidade de vida e o CRE utilizado por estudantes de medicina de um Centro Universitário no Distrito Federal, realizado entre outubro de 2019 e outubro de 2020. Foram utilizados os questionários WHOQOL-Brief para avaliar a qualidade de vida e RCOPE-Brief para avaliar o CRE. Os dados de 230 questionários foram processados no programa SSPS-IBM versão 22.0. Foi utilizado o nível de significância estatística de 5% e utilizou-se testes de Shapiro-Wilks, Mann-Whitney, Qui-Quadrado e Correlação de Spearman. Participaram 230 estudantes com uma média de idade de  $23,08 \pm 3,99$  (18 - 45 anos). Foi observado que a religiosidade está presente em 81,8% da amostra, a maioria faz parte de religiões ligadas ao Cristianismo e frequentam instituições religiosas semanalmente. Os alunos apresentaram um valor de moderado a alto de CRE positivo e baixos valores de CRE negativo. O domínio psicológico apresentou a menor média, seguido do domínio físico da qualidade de vida. Não foi observada diferença significativa da qualidade de vida geral quando separada pelos anos do curso. Estudantes que possuíam maior tendência a apresentar um CRE total baixo, que é relacionado ao uso maior do CRE negativo, estavam associados à baixa qualidade de vida e acadêmicos com maior inclinação a apresentar um CRE total alto, que é relacionado ao uso maior do CRE positivo, estavam associados a uma boa qualidade de vida. Conclui-se que o CRE apresentado pelos estudantes têm associação com todos os domínios da sua qualidade de vida. E, caso o estudante apresente preferencialmente o CRE Negativo, sua qualidade de vida pode se alterar em maiores proporções.

**Palavras-chave: Enfrentamento. Qualidade de vida. Religião**

## LISTAS DE TABELAS

**Tabela 1** - Distribuição da Amostra pelos Anos do Curso (n =230)

**Tabela 2** - Média de Idade da Amostra (n =230)

**Tabela 3** - Características Socioepidemiológicas da Amostra (n = 230)

**Tabela 4** - Naturalidade da Amostra Dividida pelas Regiões do Brasil (n = 230)

**Tabela 5** - Caracterização dos Dados Religiosos da Amostra (n = 230)

**Tabela 6** - Médias, desvio-padrão, Medianas, Valores Máximos e Mínimos da escala CRE (n = 230)

**Tabela 07** - Valores Médios do CRE Segundo Sexo, Idade e Situação Conjugal (n=230)

**Tabela 08** - Médias, Desvios-padrão, Medianas, Valores Máximos e Mínimos da Escala de qualidade de vida (n = 230)

**Tabela 9** - Valores Médios de Qualidade de Vida Segundo Idade e Situação Conjugal (n = 230)

**Tabela 10** - Comorbidades Relatadas pela Amostra

**Tabela 11**- Associação entre Classificações da Qualidade de Vida e Psicopatologia (n=230)

**Tabela 12** - Associação entre Classificações do CRE e Psicopatologia (n=230)

**Tabela 13** - Associação entre as Classificações da Qualidade de Vida e CRE (n = 230)

**Tabela 14** - Correlações entre Domínios do WHOQOL Bref, Fatores da Escala CRE (n = 230)

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO -----	7
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA -----	10
3	METODOLOGIA -----	22
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES -----	24
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	38
6	REFERÊNCIAS -----	40
7	ANEXO A -----	46
8	ANEXO B -----	47
9	ANEXO C -----	49

## INTRODUÇÃO

Estudantes de medicina convivem com várias adversidades, desde a preparação para o vestibular até o fim da formação, entre elas insegurança, sobrecarga acadêmica, cansaço, falta de tempo, problemas pessoais e interpessoais e contato com a morte (FEODRIPPE et al., 2013). Tais circunstâncias favorecem a diminuição de sua qualidade de vida, pois geram estresse, diminuição do desempenho acadêmico, término de relacionamentos, abuso de substâncias lícitas e ilícitas, sintomas depressivos e ansiosos, Síndrome de Burnout (TABALIPA et al., 2015). Entretanto, o impacto destas adversidades é variável em cada ser humano e depende dos recursos adaptativos desenvolvidos e utilizados, incluindo coping, resiliência, autoestima, temperamento e presença de redes afetivas e sociais (KATSURAYAMA, 2010).

Coping, segundo Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998, p.274) pode ser definido como: “conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se à circunstâncias adversas. São os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas.” Estas estratégias são voltadas para o manejo de exigências ou demandas tanto internas como externas, sendo baseadas em esforços cognitivos e comportamentais (SEIDL, 2005; STROPPA, 2008). O coping religioso-espiritual (CRE) é o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais, religiosas e/ou espirituais, utilizadas para lidar com o estresse e com as consequências negativas dos problemas e da vida, através do uso da religião, espiritualidade e fé (PANZINI E BANDEIRA, 2010).

Religião se refere a uma organização institucional, envolvendo crenças, comportamentos, rituais e cerimônias doutrinárias específicas que buscam facilitar a proximidade do indivíduo com o sagrado ou o transcendente, sendo um dos meios pelos quais pode-se vivenciar a espiritualidade. A espiritualidade envolve o domínio existencial, sendo um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade, que direciona questões sobre o significado da vida, reflexões e busca pessoal para o autoconhecimento, a partir de dimensões que transcendem o tangível, não sendo um sinônimo de doutrina religiosa e não necessariamente presentes em crenças ou práticas religiosas formais. É indispensável no processo de redescoberta do ser e das

possibilidades de superação, recriação e formas de repensar a vida. Influenciando no confronto e na discussão diante de questões como dor e sofrimento, doença e cura, morte e luto (VALENTE, 2016; INOUE, 2017).

Com o advento da medicina moderna, prevaleceu a abordagem reducionista e mecanicista baseada no modelo biomédico, enfatizando o aspecto físico da doença, fragmentando o atendimento e o cuidado, impossibilitando a promoção de um conceito ampliado de saúde, assim, ciência e espiritualidade eram vistas como áreas distintas e opostas. Este viés de pensamento repercute na formação dos profissionais de saúde, trazendo como consequência a exclusão do estudo de humanidades – incluindo a religião e a espiritualidade – dos currículos ou relacionando-as apenas ao desenvolvimento de psicopatologias (MELO, 2015; VALENTE, 2016).

A espiritualidade e a religiosidade apresentam um impacto significativo sobre a saúde física e mental dos pacientes e dos próprios profissionais da saúde, inclusive durante a construção profissional dos estudantes, contudo estas relações podem ser tanto positivas como negativas. Relações positivas se constroem através do fortalecimento pessoal diante das adversidades em situações de estresse, sofrimento e problemas vitais e estão associadas a maior adaptação e aceitação. Entre os resultados do bem-estar espiritual observa-se níveis reduzidos de cortisol, menor glicemia de jejum, redução das frequências cardíaca e respiratória e da pressão arterial, além de desestimular comportamentos e hábitos nocivos como tabagismo, uso de álcool e drogas e comportamento sexual de risco (INOUE, 2017; STROPPIA, 2008).

Por outro lado, caso ocorram relações negativas, estas se associam a maiores níveis de culpa, dúvida sobre seu conhecimento médico, ansiedade e aumento da autocrítica, principalmente quando associados ao fanatismo, ao ascetismo, ao positivismo exagerado e à visão de punição em relação à doença (INOUE, 2017; STROPPIA, 2008). O que favorece a esquiva ou o atraso na busca de cuidados médicos e, no caso dos médicos, influencia nas decisões médicas, como aumento do cinismo, falta de humanitarismo, desgaste físico e

emocional, despersonalização e exaustão, aceitação de tratamentos invasivos e cuidados no final da vida, processos que também estão relacionados com os rigores da própria formação médica (BALBONI et al, 2015).

Na última década ocorreu uma maior aceitação dos estudantes de medicina à integração do assunto religiosidade e espiritualidade no contexto clínico, aliado ao reconhecimento de que as crenças dos próprios alunos impactam positivamente na relação com a equipe e no equilíbrio entre vida e trabalho. Esta integração permitiu também a prática de uma atenção holística e de um cuidado centrado no paciente (RASSOULIAN et al, 2016). Então, a análise do coping religioso/espiritual dos alunos de medicina durante a graduação torna-se fundamental e, principalmente quando se correlaciona com a qualidade de vida dos mesmos, percebe-se que gera uma redução dos efeitos negativos advindo do curso, com estudos já demonstrando a melhoria da saúde física e psicológica a partir da dimensão espiritual (NIA et al, 2017).

Dessa forma, o presente estudo teve como principal objetivo correlacionar a qualidade de vida dos estudantes de medicina do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB com o coping religioso/espiritual utilizado por eles, partindo da hipótese de que o coping positivo é um fator protetivo e promove melhor qualidade de vida e, em caso de coping negativo, pode interferir prejudicando a qualidade de vida dos estudantes. Ainda correlacionar os dados epidemiológicos (idade, estado civil, ano letivo, religião, procedência) e clínicos (história de transtorno de saúde mental) com o tipo de coping religioso/espiritual mais utilizado e com a qualidade de vida estimada.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### A qualidade de vida em estudantes de medicina

Segundo a OMS, qualidade de vida é a “percepção do indivíduo de 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”, envolvendo os domínios: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (RAMOS-DIAS, 2010). É um conceito subjetivo, que compreende a percepção do ser em relação ao seu funcionamento nas diversas áreas da vida (BAMPI, 2013).

Nahas (2013) salienta que o ser humano busca o máximo de autonomia na tentativa de melhorar suas condições de vida, e conseqüentemente de sua qualidade de vida, através de alterações do ambiente e da transformação positiva do seu estilo de vida, sendo a evolução das ciências médicas na área da saúde uma grande influenciadora nesta relação, por demonstrar a partir de metodologias científicas o efeito positivo destas mudanças (FERREIRA, 2015).

A definição de qualidade de vida na literatura especializada apresenta-se tanto de forma global, enfatizando a satisfação geral com a vida, como dividida em componentes, que, em conjunto, indicariam uma aproximação do conceito geral. Os instrumentos para sua avaliação variam, então, de acordo com a abordagem e objetivos do estudo. Instrumentos específicos como o “World Health Organization Quality of Life instrument - WHOQOL” são tentativas de padronização das medidas, permitindo comparação entre estudos e culturas (PEREIRA et al, 2012).

O questionário WHOQOL-100 foi desenvolvido de forma que pode ser utilizado por populações saudáveis ou por populações acometidas por agravos e doenças crônicas, respeitando as diferentes culturas e valorizando a percepção individual sobre sua própria realidade (KLUTHCOVSKY et al, 2009). Com a necessidade de instrumentos mais curtos foi desenvolvida uma versão abreviada, a “WHOQOL Bref”, composta por 26 questões que

considera quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) da qualidade de vida (FLECK et al, 2000).

A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda à satisfação do indivíduo com a própria saúde, as demais estão divididas nos domínios. O domínio físico avalia questões de saúde (dor, energia e fadiga) e de dependência/independência (mobilidade, medicamentos/tratamentos e capacidade de trabalho). O domínio psicológico avalia sentimentos (positivos ou negativos), aprendizado (pensar, memória e concentração), autoestima (imagem corporal e aparência) e crenças pessoais (espiritualidade e religião). O domínio das relações sociais avalia satisfação pessoal com relações pessoais, suporte/apoio social e atividade sexual. E o domínio do meio ambiente avalia segurança (física e proteção), recursos (financeiros, transporte, informações, habilidades, recreação/lazer), cuidados de saúde/sociais (disponibilidade e qualidade) e de ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) (FLECK, 2000).

O interesse sobre a avaliação da relação entre qualidade de vida e estudantes de medicina aumentou na última década, devido ao pressuposto que uma relação positiva entre a qualidade de vida e a formação médica é fundamental para que haja bem-estar durante treinamento e ocorra o exercício pleno da futura profissão. Pesquisas demonstram que de 15 a 25% destes estudantes apresentam algum transtorno da saúde mental durante a graduação, principalmente depressão, ansiedade e Burnout (VASCONCELOS et al, 2015).

As afecções mentais, a sobrecarga acadêmica, a responsabilidade e o estresse são uma das diversas formas pelas quais a qualidade de vida desses estudantes é comprometida (DOS SANTOS et al., 2017). Contudo, as reações a situações ou ambientes estressantes são singulares, dependendo dos níveis atuais de estresse, seus valores, cultura e a disponibilidade de apoio social e econômico (ENNS, 2016). Assim, por exemplo, estudantes com traços de personalidade ansiosa apresentam durante o curso maior tendência ao estresse quando comparados àqueles com personalidade otimista ou com tendência a confrontar as situações de estresse com objetivo de resolvê-las (ZONTA; ROBLES; GROSSEMAN, 2006).

Havendo ainda uma tendência para o aumento ainda maior do nível de ansiedade ao longo da graduação, sendo maior no internato (ALVES, 2014). E, os mecanismos de coping adotados nestas situações podem se tornar padrões que serão utilizados pelo resto da vida, o que pode levar a mecanismos de coping inadequados, através da fantasia, do uso de substâncias e da fuga, o que também compromete o rendimento acadêmico (ALVES, 2014; KOHN-WOOD et al., 2012)

Meyer et al (2019) observou em seu estudo um decréscimo significativo do domínio psicológico entre os alunos em conclusão do curso médico, quando comparados aos estudantes do início do curso, validando a hipótese de que os seis anos do curso médico possam alterar a qualidade de vida dos estudantes. Goldin et al. (2007) observaram diminuição na qualidade de vida e no sono, além de aumento da depressão em estudantes de Medicina durante o internato em cirurgia.

Raj et al. (2000) também detectaram uma significativa deterioração nos domínios da vitalidade, saúde física e psíquica. Estudo em Sorocaba- SP, identificou que a maioria considera que possui uma boa qualidade de vida, entretanto 25% deles não estavam satisfeitos com a própria saúde, mesmo sendo uma população jovem, boa parte com alto poder aquisitivo e bom acesso ao sistema de saúde (RAMOS-DIAS; 2010).

A qualidade de vida de um estudante pode ser alterada também pelo ambiente de aprendizagem, incluindo o que é percebido ou vivenciado durante as atividades de aprendizado, que pode terminar por exacerbar ou mitigar o estresse. Enns et al (2016), a partir da avaliação de 1.350 alunos de 22 escolas médicas brasileiras, observou associações consistentes entre a percepção mais positiva dos alunos de seu ambiente educacional com uma percepção mais positiva de sua qualidade de vida.

Contudo, é comum a observação de que estudantes de Medicina apresentam elevadas taxas de afecções mentais, associada à baixa qualidade de vida, mesmo que tais estudantes apresentem características psicológicas semelhantes às dos estudantes de outras áreas no

início do curso, ratificando que o estresse se torna um fator importante para a redução do bem-estar psíquico (ALVES, 2010). Uma razão pode ser que os estudantes de medicina precisam lidar com o sofrimento e a morte, outra poderia ser o abuso verbal, emocional e físico que alguns recebem de professores e médicos residentes.

Outros fatores podem ser a falta de tempo, volume de matérias, competitividade, professores mal preparados e excesso de atividades exigidas e/ou pessoais (ENNS, 2016). Além disso, pode ser considerado um ambiente com grande quantidade de informações, cobranças e competitividade (CAZOLARI et al., 2020). Por fim, tem-se dificuldade financeira, estresse, fadiga excessiva e eventuais problemas clínicos, psiquiátricos e/ ou psicológicos que também podem influenciar negativamente na qualidade de vida, com impacto no ambiente educacional (CUNHA et al., 2017).

Estudo realizado na Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ analisou alguns fatores que podem gerar esta associação negativa, principalmente nos domínios psicológico e de relações sociais, como o contato com a clínica médica e o início da interação com pacientes/ professores médicos no terceiro ano e, no sexto ano, treinamento em serviço, preocupação com a formatura, com o exercício da profissão e com as provas de Residência Médica (CHAZAN, CAMPOS, PORTUGAL, 2015). Chagas et al (2018) observaram, contudo, uma melhoria na qualidade de vida após a transição para o ciclo clínico, pois o estudante encontra seus mecanismos para lidar com a nova situação, reformulando prioridades e se adequando ao novo contexto.

O estresse crônico, resultante do curso, pode originar a Síndrome de Burnout que é caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal, com intensa exaustão física e mental. Pode se manifestar com cansaço excessivo, distúrbios do sono, dores musculares, cefaleia, dificuldade de concentração, alterações de memória e velocidade de pensamento, inibição, perda de iniciativa e tendência ao isolamento. Estando esta síndrome também relacionada a sintomas de ansiedade e depressão, o que pode culminar, por exemplo, em abuso de substâncias e suicídio (CAZOLARI et al., 2020).

Algumas estratégias voltadas aos profissionais da saúde para manejar melhor o seu bem-estar envolvem a valorização de suas necessidades pessoais, estabelecimento de uma rede de apoio emocional, valorização pessoal e busca por equilíbrio entre corpo, mente e espírito (ZONTA, ROBLES, GROSSEMAN; 2006). Ademais, manter boas relações interpessoais, praticar atividade física e meditação, ter religiosidade, frequentar concertos musicais, ter cuidados com o sono, trabalhar a personalidade para lidar com situações adversas e procurar por assistência psicológica (ZONTA, ROBLES, GROSSEMAN, 2006; ALVES et al, 2010).

A religião também fornece significado durante estas situações, promovendo uma visão otimista e esperançosa e ofertando mecanismos para aceitação do sofrimento, o que culmina em uma sensação indireta de controle (KOENING, 2009). Além disso, trata-se de um fomentador de resiliência (ZANNAVALLI et al., 2020). Muitas vezes, religiosidade e espiritualidade são os únicos mecanismos encontrados para lidar com o estresse (MERCÊS, FRANÇA, DA SILVA, 2019).

### **Religiosidade / Espiritualidade uma Interface com a Saúde**

Saúde e religiosidade/ espiritualidade sempre estiveram interconectados por serem fatores de grande importância no âmbito psicológico e social, influenciando no trabalho dos profissionais de saúde e na saúde das pessoas (DE GERONE GUILHERME, 2016). Atualmente, existem evidências quanto ao benefício dessa associação no planejamento do tratamento das doenças e os profissionais da saúde notam sua importância na saúde física e mental, dos pacientes e deles mesmos, além da influência na resposta a situações estressoras (PANZINI, 2017).

Kenneth I. Pargament, um dos pioneiros do estudo do coping religioso, tornou-se mundialmente conhecido por suas contribuições e análises científicas clinicamente relevantes sobre o papel da religião na saúde mental. Para Pargament, a espiritualidade seria *“a busca pelo sagrado”* e a religião *“um sistema organizado de crenças, práticas e rituais e símbolos*

*projetados para auxiliar a proximidade do indivíduo com o sagrado e/ou transcendente e que pode, ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas” (CURCIO & MOREIRA-ALMEIDA, 2019). E definiu coping como “uma busca por significado em tempos de estresse” (PARGAMENT, 1997).*

Estudos atuais evidenciam a importância da noção interdisciplinar para compreender o indivíduo na sua complexidade, o que inclui a dimensão espiritual (INOUE, 2017). Para Pargament (2007) quatro qualidades são importantes para se tornar espiritualmente sensível: autoconsciência, alfabetização espiritual, tolerância à diversidade espiritual e autenticidade. Para isso, o profissional deve deslocar seus valores para compreender os valores dos pacientes e as influências da espiritualidade no processo terapêutico, bem como estar aberto para discuti-las e atuar de maneira não impositiva (INOUE, 2017). Com essas qualidades torna-se mais apto para compreender melhor o papel desse tema no cuidado ao paciente e o impacto na sua vida e na sua própria atuação (LUCCHETTI et al, 2013).

A religião é considerada como um fenômeno universal e tipicamente humano, presente em todas as raças e culturas (WILGES, 1994). Traços e atitudes constituintes da religiosidade não estão associados a uma religião institucional específica, mas envolvem um compromisso individual com as crenças e práticas espirituais (COHEN & HILL, 2007). Entende-se, assim, que a experiência religiosa se desenvolve por meio da vida em sociedade e é uma variável importante que influencia nas atitudes, valores e comportamentos, em nível individual e social (SCHWARTZ & HUISMANS, 1995).

Considera-se religiosidade intrínseca aquela que ocupa posição de destaque na vida do indivíduo, agregando cultura, moral e ideias específicas. Enquanto a extrínseca seria um conjunto de crenças que se torna um caminho utilizado para um objetivo, como consolo, sociabilidade, distração e status (MERCÊS, FRANÇA, DA SILVA; 2019). Assim, considerando a religiosidade como multidimensional, permite-se avaliar os diferentes níveis de compromisso do indivíduo com a religião que profere (SANTOS et al., 2012).

A cultura brasileira é tipicamente pluralizada, o que também se observa na religiosidade (CARVALHO, TAUNAY, GODIM; 2012). Cerca de 95% da população têm uma religião, sendo que 83% consideram religião como um assunto muito importante e 37% frequentam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana (MOREIRA-ALMEIDA, 2010). Segundo o IBGE (2010), ocorre no país um crescimento da diversidade religiosa, principalmente em áreas urbanizadas, havendo uma redução do número de católicos, mas que ainda permanecem como maioria.

Quanto ao sincretismo religioso, subestima-se que 10% frequentem mais de uma religião, isso porque é possível aderir a outra tradição religiosa sem frequentá-la formalmente, sendo que neste estudo os programas de rádio e televisão, comuns no Brasil, não foram considerados. Assim como em outros países, o maior envolvimento com o tema é por mulheres e idosos, mas no Brasil, não se observa predomínio afro-americano ou relação com baixos níveis socioeconômicos (MOREIRA-ALMEIDA et al, 2010).

A espiritualidade pode ser entendida como uma busca pelo significado da vida e o relacionamento com o sagrado/transcendente. Mas, sob um outro prisma, também se refere a manifestações humanas que buscam a superação de si, ou de obstáculos, no qual não há necessariamente uma ligação com o sagrado (FORTI, 2020). David J. Hufford, um dos maiores pesquisadores mundiais na área de crenças, reconheceu, então, a existência de pessoas que seriam “espiritualizadas, mas não religiosas” e de pessoas que são extrinsecamente religiosas, mas não necessariamente espiritualizadas (HUFFORD, 2005).

Ross (1995) considerou que a dimensão espiritual depende de três componentes: necessidade de encontrar sentido e realização na vida; necessidade de ter esperança e vontade de viver; necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus. Este modelo holístico de cuidado, que valida a dimensão espiritual e valoriza a integração biopsicossocio-espiritual, contribui para potencializar os pontos fortes dos indivíduos e aumentar o empoderamento durante o processo de cuidado (XU, 2016).

Dessa forma, o sofrimento espiritual não identificado é frequentemente associado a um plano de tratamento mal sucedido (DAVIS, 1994). Por este motivo, nota-se um crescente interesse pelas pesquisas que demonstrem a relação entre o bem estar espiritual e/ou religioso e todo o processo de promoção da saúde, relacionando com o impacto sobre o aparecimento de enfermidades, resultado dos tratamentos, e em especial, sobre a qualidade de vida do ser humano enfermo ou não (DA SILVA CONDE et al, 2019).

Estudos com graduandos de medicina demonstram que estes acreditam que a espiritualidade influencia a saúde dos pacientes e reconhecem a necessidade da integração do assunto na prática diária, mas desde a graduação sentem-se despreparados (COSTA et al., 2019). Entre os principais motivos relatados pelos acadêmicos que os fazem evitar o assunto foram a falta de conhecimento sobre como abordar o tema e o medo de impor ou ofender as crenças religiosas dos pacientes. Entre os profissionais formados elencou-se a falta de conhecimento, de treinamento e de tempo (LUCCHETTI et al, 2013).

Esta relação também é de grande interesse em relação aos próprios médicos ou estudantes de medicina, pois como ressalta Jung (1975) "somente se o médico souber lidar com ele mesmo e com seus próprios problemas ele será capaz de ensinar o paciente a fazer o mesmo".

Teixeira et al (2020) demonstrou que a religiosidade e a espiritualidade estão relacionadas a melhoria de indicadores de saúde física e mental, com menos casos de suicídio, depressão, ansiedade, uso de substâncias e melhor bem estar geral, inclusive em pacientes com alguma afecção mental, mesmo que grave. Também foi associada à melhora do perfil lipídico, diminuição do cortisol e melhor funcionamento do sistema imune (TEIXEIRA, 2020).

Algumas outras formas pelas quais a religião/ espiritualidade podem influenciar o bem-estar do indivíduo são: autoconsciência, enfrentamento e adaptação eficaz ao estresse, relacionamento e interconexão com os outros, senso de fé e de empoderamento e confiança e viver com significado e esperança (TARAKESHWAR et al, 2006). Um dos mecanismos pelos

quais podem interferir é através da influência no estilo de vida a ser adotado, através das restrições a alguns comportamentos, o que se manifesta em menos tabagismo, menor comportamento sexual de risco, consumo de dieta mais saudável e na prática de atividade física (YEARY et al., 2020).

### **O coping religioso/ espiritual em estudantes de medicina**

O modelo transacional de estresse de Lazarus e Folkman (1984) define coping como "esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para gerenciar demandas externas e / ou internas específicas que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa". A função do coping é a de lidar com estas emoções e angústias geradas pelo estresse e gerenciar os problemas causados por este (FOLKMAN, 1984), sem o objetivo de controlá-lo ou dominá-lo, mas com a perspectiva de obter o sucesso e o bem-estar psíquico. Assim, o conceito de coping perpassa por um processo transacional entre o indivíduo e o ambiente, exigindo uma avaliação individual por meio da percepção e interpretação do agente estressor no meio ambiente que a pessoa se encontra. (FERNANDES; INOCENTE, 2010).

Apresenta duas modalidades principais: enfrentamento focalizado no problema que se trata de uma estratégia ativa de aproximação em relação ao estressor, sendo o objetivo controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio. E enfrentamento focalizado na emoção com a função primordial de regular a resposta emocional causada pela situação-problema, sem a necessidade de controlar ou lidar diretamente com a ameaça, podendo resultar em atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte (SEIDL, 2005; STROPPIA, 2008).

O coping possui papel central na relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde. Denomina-se coping religioso quando há a utilização de recursos religiosos para enfrentar as situações adversas ou estressoras (VALCANTI et al., 2012). Envolve os mais variados tipos de técnicas, comportamentos e atividades, como orações, leituras, programas de televisão (KOHN-WOOD et al, 2012). E diversas estratégias podem ser utilizadas simultaneamente, sem

a superioridade de uma em relação a outra (LAUBMEIER; ZAKOWSKI; BAIR, 2004). Assim, torna-se uma estratégia acessível a qualquer momento e independente das características sociais, financeiras, físicas e mentais do indivíduo (KOENING, 2009).

O desenvolvimento e aprimoramento do coping resulta, então, no fornecimento de padrões comparativos para autoavaliação e autoconceito (SEIDL, 2005). E, dessa forma, impacta positivamente na qualidade de vida ao promover força e apoio durante os eventos estressantes e ao aumentar a sensação de controle sobre eles, além de fornecer um senso de propósito e significado para eventos aparentemente incompreensíveis (TARAKESHWAR, 2006). E também nas relações sociais e nas relações familiares, reduzindo o isolamento resultante das situações adversas (KOENING, 2009).

O coping religioso/ espiritual pode ser classificado em coping positivo e em coping negativo. Positivo quando impacta favoravelmente o indivíduo, como a busca pela proteção divina ou por maior conexão com forças transcendentais. Está associado a um relacionamento seguro com Deus e uma positiva conexão com uma comunidade religiosa, manifestando-se em orações e atitudes benevolentes (TARAKESHWAR et al, 2006; VALCANTI et al., 2012). Gerando diminuição da carga emocional, senso de pertencimento, auxílio na preservação da saúde e maior facilidade de autoaceitação, levando ao crescimento pessoal (SEIDL, 2005).

E em coping negativo quando impacta negativamente o indivíduo, como responsabilizar Deus pelos problemas e transferir a Ele a responsabilidade pela resolução, questionar a existência divina, entre outros. Relaciona-se a um contato tênue com Deus e uma desconexão com a comunidade, levando a sentimentos como o de abandono (TARAKESHWAR et al, 2006; VALCANTI et al., 2012).

A Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE), primeiro instrumento de avaliação de coping religioso/ espiritual do Brasil, foi desenvolvida com base na escala norte-americana RCOPE e adaptada à cultura brasileira. Este instrumento foi desenvolvido com o objetivo de avaliar o uso do coping religioso/espiritual, a partir das dimensões do coping positivo,

dimensões de coping negativo e da avaliação do coping total. Estas dimensões são referentes às estratégias cognitivas e comportamentais específicas de CRE utilizados, quantificados através da escala tipo Likert, variando de 1 (nunca) a 5 (muitíssimo). A Escala Breve de Coping Religioso/ Espiritual (SRCOPE - 14) é composta por 14 questões e procura realizar esta mesma avaliação de uma forma mais breve (ESPERANDIO et al, 2018).

Entre as dimensões do coping positivo avaliadas pela Escala CRE Breve têm-se: “Transformação de Si e/ou de Sua Vida” (relativo às questões 3, 4 e 6) presença de comportamentos que promovem uma transformação positiva, expressos em atitudes e posições morais, relativo a aspectos pessoais internos ou externos da vida da pessoa, de acordo com os preceitos de sua religião e/ou de Deus. E “Posicionamento Positivo Frente a Deus” (relativo às questões 1, 2 e 5) que é a busca de apoio e de maior conexão com Deus e/ou de reavaliações positivas através d’Ele para lidar com situações da vida, envolvendo uma perspectiva pessoal positiva em relação à situação (PANZINI, 2005; CORRÊA, 2017).

Entre as dimensões do coping negativo têm-se: “Reavaliação Negativa de Deus” (relativo às questões 8, 9, 11 e 14) reavaliação negativa de Deus a nível cognitivo, expressa através de questionamentos sobre Ele, envolvendo a sua existência até os seus atos e desígnios, podendo ser acompanhada de sentimentos negativos como culpa. “Posicionamento Negativo frente a Deus” (relativo à questão 7) em que se reflete passividade e delegação a Deus da responsabilidade para lidar com as situações de estresse. “Reavaliação Negativa do Significado” (relativo às questões 10 e 13) a pessoa reavalia negativamente o significado da situação como um ato e/ou consequência do Mal ou como punição aos seus próprios atos. E “Insatisfação com o Outro Institucional” (relativo à questão 12) revelam sentimentos de insatisfação, desgosto ou mágoa com qualquer representante institucional ou demais indivíduos da comunidade religiosa (PANZINI, 2005; CORRÊA, 2017).

Côrrea et al (2017), utilizando a Escala CRE Abreviada, avaliou a utilização do coping religioso/ espiritual em 27 profissionais da área da saúde, incluindo médicos, que trabalhavam

em serviços de Atenção à Saúde Mental no litoral do Paraná - PR. Os resultados demonstraram alta utilização do CRE entre os participantes, sendo mais utilizado o CRE positivo. Dentre os fatores positivos, destacaram-se a “Oferta de Ajuda a Outro” relacionada a ações centradas no auxílio às outras pessoas, coincidindo com a especificidade do trabalho dos participantes. E, outro fator positivo que se destacou, a “Posição positiva frente a Deus” expressa uma valorização da figura de Deus. Os fatores negativos apresentaram pontuação com representatividade baixa.

Estudos apontam para efeitos positivos na qualidade de vida quando o coping está associado ao envolvimento religioso, indicando que o nível é inversamente proporcional ao número de casos de depressão, pensamentos/ comportamentos suicidas e abuso de álcool/ drogas. Além de promover redução da ansiedade, melhor administração do estresse e aumentar o impulso para o senso de solidariedade e de cooperação mútua (STROPPA, 2008; FREITAS, 2015). Configura-se, assim, como uma estratégia de enfrentamento importante que auxilia na regulação da resposta emocional diante do agravo (MERCÊS, FRANÇA, DA SILVA, 2019; SERINOLLI & NOVARETTI, 2017).

Serinolli e Novaretti (2017), em estudo transversal sobre fatores sociodemográficos e sua influência na qualidade de vida de estudantes de medicina de São Paulo, observaram que as crenças religiosas foram positivamente relacionadas aos domínios psicológico e ambiental. Entretanto, existem poucos estudos sobre coping religioso/espiritual em estudantes de medicina.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo semi-qualitativo baseado na escala Likert, transversal, observacional, no qual foi avaliada a relação entre qualidade de vida e coping religioso/espiritual em estudantes de medicina de um Centro Universitário no Distrito Federal. O estudo foi realizado entre outubro de 2019 a outubro de 2020 na Faculdade de Ciências e Saúde (FACES) do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) campus da Asa Norte, através de escalas digitalizadas no Google Forms e encaminhadas por plataformas digitais, tais como e-mail e whats app.

A amostra foi calculada a partir do universo de 640 estudantes de medicina do UniCEUB, considerando um erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%, totalizando 250 alunos. Foram incluídos na amostra todos os alunos de medicina do UniCEUB e excluídos estudantes menores de 18 anos. A amostra final é composta por 230 estudantes, sendo que 20 foram excluídos devido ao preenchimento incorreto de múltiplos dados, questionários duplicados ou por serem menores de 18 anos.

Para se atestar a hipótese foi aplicado o Questionário Socioepidemiológico (ANEXO A), construído pelos pesquisadores, e os instrumentos traduzidos e validados de coping religioso/espiritual, RCOPE-Brief (ANEXO B), e Avaliação de Qualidade de Vida - WHOQOL-Brief (ANEXO C), instrumentos aplicados em inúmeras pesquisas pelo seu caráter transcultural e por valorizar a percepção individual, permitindo uma avaliação mais ampla de diversos grupos e situações.

O protocolo do estudo apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) desenvolvido e aprovado pelo comitê de ética na 21ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB do ano, parecer n. 3.742.222/19. Estudantes com fatores de risco para depressão e outras doenças mentais e péssima qualidade de vida foram identificados e encaminhados ao Núcleo de Apoio ao Discente (NAD), que conta com médicos e psicólogos, ou ao projeto

institucional Eis-me Aqui que possui acolhimento de porta aberta e grupo de convivência coletivo singular.

A interpretação inicial dos questionários se baseou nas orientações propostas por PANZINI (2005), WHOQOL Group (1995) e FLECK (2000). Optou-se por obter um escore mais global da variável de coping religioso e, neste estudo, o coping religioso total é o índice que apresenta o panorama conjunto da quantidade de CR praticada pelo participante. Foi obtido mediante o cálculo da média entre os itens que compõem o CR positivo e a média das respostas invertidas aos itens de oito a 14 da dimensão negativa do CR. A recodificação dos escores dos itens do CR negativo foi realizada já que as duas dimensões têm direção inversa (BRITO, 2016).

Os dados obtidos por esta interpretação foram computados no programa SPSS, inicialmente foram feitas análises descritivas: média, mediana e desvio padrão. Para avaliação da normalidade das variáveis por grupos utilizou-se o teste Shapiro-Wilks. Como as variáveis não apresentaram distribuição normal foram realizados os testes de Mann-Whitney para comparação dos grupos (sexo, situação conjugal e faixa etária) e a correlação de Spearman para avaliar relações entre Coping religioso e qualidade de vida. Teste de associação de Qui-Quadrado também foi realizado após a classificação da qualidade de vida (entre “precisa melhorar”, “regular” e “boa” qualidade de vida).

Os dados foram computados e analisados no software estatístico SPSS-IBM (Statistical Package for Social Sciences for Windows) versão 22.0 devidamente registrado. Foi utilizado o nível de significância estatística de 5%. Os resultados obtidos não geraram a exposição de qualquer participante ou da instituição e estes resultados foram apresentados a partir da construção de tabelas e gráficos.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Perfil geral da amostra e comportamento religioso identificado

Participaram da amostra 230 estudantes do curso de medicina de uma instituição particular de Brasília. Sendo 32 destes do 1º ano do curso (13,91%), 46 do 2º ano (20%), 31 do 3º ano (13,47%), 33 do 4º ano (14,34%), 46 do 5º ano (20%) e 42 do 6º ano do curso (18,26%). Em relação à faixa etária, a média de idade foi de  $23,08 \pm 3,99$  (18 - 45 anos). Para 88,69% (n - 204) dos estudantes essa é a primeira graduação, o restante (11,30%, n - 26) já possui ensino superior completo.

Rego et al (2018), através de um estudo transversal e descritivo com estudantes de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA), cursando do segundo ao quinto semestre, encontrou uma média de idade de 21,5 anos, 2 anos a menos do que a média encontrada neste estudo, contudo esta disparidade por ser devido à amostra do estudo supracitado incluir apenas estudantes até o 5º semestre. O estudo “Demografia médica no Brasil 2018” também evidenciou o rejuvenescimento da Medicina no Brasil, sendo essa tendência atribuída a abertura de novos cursos nos últimos anos.

**Tabela 1 - Distribuição da Amostra pelos Anos do Curso (n = 230)**

Ano do curso	N (%)
Total	230 (100%)
1º ano	32 (13,91%)
2º ano	46 (20%)
3º ano	31 (13,47%)
4º ano	33 (14,34%)
5º ano	46 (20%)
6º ano	42 (18,26%)

**Tabela 2 - Média de Idade da Amostra (n = 230)**

<b>Característica</b>	<b>Média de idade (Intervalo)</b>
Geral	23,07 anos (18 - 45 anos)
1º ano	21,09 anos (18 - 37 anos)
2º ano	20,43 anos (18 - 32 anos)
3º ano	22,93 anos (18 - 34 anos)
4º ano	22,78 anos (21 - 30 anos)
5º ano	25,04 anos (21 - 45 anos)
6º ano	25,66 anos (22 - 39 anos)

Em relação ao estado civil dos estudantes, 60,43% (n - 139) eram solteiros, 35,65% (n - 82) estavam namorando e 3,91% (n - 9) eram casados ou estavam em união estável. A minoria, 4,34% (n - 10), dos estudantes possuía filhos. Quanto à naturalidade, todos os participantes nasceram no Brasil, em relação às regiões do Brasil, 81,30% (n - 187) são do Centro-Oeste, 1,73% (n - 4) do Norte, 4,78% (n - 11) do Nordeste, 11,30% (n - 26) do Sudeste e 0,86% (n - 2) da região Sul. Os alunos que residem com a família correspondem a 90,43% (n - 208) da amostra e 9,56% (n - 22) dos estudantes moram sozinhos. Para 95,21% (n - 219) a renda era proveniente da família, enquanto os outros 4,78% (n - 11) mantinham um emprego fixo. Em relação à locomoção, 82,60% (n - 190) dos alunos possuem carro.

**Tabela 3 - Características Socioepidemiológicas da Amostra (n = 230)**

<b>Característica</b>	<b>N (%)</b>
Ensino Superior	
Não	204 (88,69%)
Sim	26 (11,30%)
Estado Civil	
Solteiro	139 (60,43%)
Namorando	82 (35,65%)
Casado ou União Estável	9 (3,91%)
Filhos	
Não	220 (95,65%)
Sim	10 (4,34%)
Renda	
Família	219 (95,21%)
Emprego fixo	11 (4,78%)
Reside	
Família	208 (90,43%)
Sozinho	22 (9,56%)
Carro	
Sim	190 (82,60%)
Não	40 (17,39%)

**Tabela 4 - Naturalidade da Amostra Dividida pelas Regiões do Brasil (n = 230)**

<b>Característica</b>	<b>N (%)</b>
Região Centro-Oeste (DF, GO, MS, MT)	187 (81,30%)
Região Sudeste (ES, MG, RJ, SP)	26 (11,30%)
Região Nordeste (AL, BA, CE, MA, PB, PE)	11 (4,78%)
Região Norte (AP, PA, TO)	4 (1,73%)
Região Sul (RS)	2 (0,86%)

Observou-se que a religiosidade está presente em 81,8% da amostra e 18,2% foram considerados não religiosos, o que inclui ateus, agnósticos e os sem filiação religiosa; sendo a distribuição representada na Tabela 5. De acordo com Moreira-Almeida et al (2010) a religiosidade está presente em 95% dos brasileiros, com a observação de um maior

comportamento religioso entre idosos, enquanto o presente estudo foi centrado em jovens, podendo representar uma justificativa para o encontro desta prevalência menor neste estudo.

**Tabela 05 - Caracterização dos Dados Religiosos da Amostra (n = 230)**

	Variáveis	N	Frequência (%)
Religião	Cristianismo	142	61,7
	Espiritismo	32	13,9
	Ateísmo	27	11,7
	Agnóstico	15	6,5
	Outras	14	6,1
Frequente	Sim	137	59,6
	Não	93	40,4
Frequência	Semanal	69	50,4
	Quinzenal	12	8,8
	Mensal	09	6,5
	Esporádico	47	34,3

Serinolli e Novaretti (2017), em estudo com acadêmicos de medicina, observaram uma taxa de 22,9% de não religiosos, valor próximo ao identificado neste estudo (18,2%). Números que foram menores do que o observado no maior estudo realizado no Brasil abordando religiosidade em estudantes de medicina, o SBRAEME, em que 33,9% dos estudantes de medicina não relataram associação com alguma instituição religiosa (LUCCHETTI et al., 2014). Esta disparidade pode estar relacionada à heterogeneidade da amostra do estudo da SBRAEME, que avaliou instituições rurais e urbanas, além de poderem ser privadas ou públicas, o que pode gerar uma dificuldade para comparar adequadamente os dados.

A taxa encontrada de 18,2% de não religiosos é muito superior ao levantamento nacional realizado por Ellis et al (2002), com 2.346 adultos não-médicos, em que 5% diziam-se sem religião, apontando para uma *religiosity gap* manifestada antes mesmo da graduação. *Religiosity gap* é a expressão utilizada quando médicos ou outros profissionais da saúde possuem índices de religiosidade/ espiritualidade menores do que os de seus pacientes, o que pode acarretar em comprometimento da relação médico-paciente visto que o profissional

pode agir de forma a não ser espiritualmente sensível à visão do seu paciente (AGUIAR et al, 2017).

Assim como apontado pelo Censo Demográfico de 2010 do IBGE, neste estudo a maioria da população amostral religiosa faz parte de religiões ligadas ao Cristianismo (61,7%). E, em segundo lugar em números absolutos, identificou-se a religião espírita (13,9%), o que está de acordo com a tendência observada de aumento do total de pessoas que seguem a religião espírita no nosso país. E, tratando-se de uma área urbanizada, neste estudo também foi observada uma pluralidade, com a presença de outras religiões mesmo que em menor número como umbanda, budismo, islamismo e messiânico.

O estudo realizado com alunos de Medicina da UEMA (2010) identificou 57,5% de católicos, 22,5% evangélicos/protestantes, 1,3% espíritas, 1,3% muçulmanos, 8,8% sem religião e 8,8% não responderam à pergunta (DE SOUZA LIMA et al.; 2010). Esses valores, assim como o da amostra utilizada nesta pesquisa, mostram o predomínio do cristianismo, seguido pela espírita.

Um ponto de divergência identificado é o menor índice de filiados a mais de uma religião, sendo de 0,87% nesta amostra, em comparação ao encontrado por Aguiar et al (2017) de 9%.

Quanto ao comportamento religioso, observou-se que 59,6% dos estudantes frequentam alguma instituição religiosa. Destes, têm-se que, em relação à frequência, a maioria o faz de forma semanal (50,4%), seguido de esporadicamente (34,3%), quinzenalmente (8,8%) e mensalmente (6,5%). Enquanto na população brasileira, no geral, 37,2% frequentam alguma instituição de cunho religioso ao menos uma vez na semana, no estudo de Aguiar et al (2017) a taxa foi de 26,4%, números menores do que o que foi encontrado no presente estudo (50,4%).

### Avaliação do Coping Religioso/ Espiritual na amostra

As tabelas 6 e 7 apresentam os dados de Coping Religioso (Positivo, Negativo e Total) e suas comparações com variáveis sexo, faixa etária e situação conjugal.

**Tabela 06 - Médias, desvio-padrão, Medianas, Valores Máximos e Mínimos da escala CRE (n = 230)**

Fatores	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Mínimo-Máximo
Coping Religioso Positivo	3,32	1,91	3,51	1 – 5
Coping Religioso Negativo	1,53	0,70	1,29	1 – 4,29
Coping Religioso Total	3,89	0,64	4,0	2,29 – 5

Segundo os dados apresentados na Tabela 6 pode-se observar que os alunos da medicina da amostra possuem valor de moderado a alto de coping religioso/ espiritual (CRE) positivo e baixos valores de CRE negativo. E, com relação ao coping religioso total por ano do curso, não houve diferença significativa ( $p = 0,96$ ).

Na tabela 7 estão apresentados os dados comparativos dos valores de CRE entre faixa etária e situação conjugal. Dentre eles, foi visto que a única diferença estatística significativa ( $p < 0,05$ ) está na comparação entre situação conjugal e Coping Religioso/Espiritual Negativo ( $p = 0,004$ ), demonstrando que pessoas que se dizem solteiras apresentam maiores valores de CRE negativo. Segundo Schlösser (2014), em seu estudo sobre a interface entre saúde mental e relacionamentos, reforça que estar em um relacionamento interpessoal compõe o quadro das principais causas de felicidade, junto ao trabalho e ao lazer, e foi observado que casados apresentam menor índice de depressão.

**Tabela 07 - Valores Médios do CRE Segundo Sexo, Idade e Situação Conjugal (n=230)**

	Variáveis	CR Positivo		
		Média	Desvio-Padrão	Teste Mann-Whitney
Idade	18 – 24	3,33	1,20	0,98
	25 acima	3,31	1,19	
Situação Conjugal	Com companheiro (a)	3,06	1,19	0,004
	Sem companheiro	3,49	1,16	
	Variáveis	CR Negativo		
		Média	Desvio-Padrão	Teste Mann-Whitney
Idade	18 – 24	1,54	0,72	0,44
	25 acima	1,51	0,68	
Situação Conjugal	Com companheiro (a)	1,54	0,75	0,76
	Sem companheiro	1,53	0,67	
	Variáveis	CR Total		
		Média	Desvio-Padrão	Teste Mann-Whitney
Idade	18 – 24	3,88	0,66	0,95
	25 acima	3,90	0,60	
Situação Conjugal	Com companheiro (a)	3,75	0,63	0,005
	Sem companheiro	3,98	0,63	

### Avaliação da Qualidade de Vida da amostra

**Tabela 08 - Médias, Desvios-padrão, Medianas, Valores Máximos e Mínimos da Escala de qualidade de vida (n = 230)**

Domínios	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Mínimo-Máximo
Físico	3,53	0,51	3,62	2,14 - 4,71
Psicológico	3,51	0,66	3,67	1,50 – 4,83
Relações Sociais	3,74	0,73	4,00	1,67 – 5,00
Meio Ambiente	4,08	0,46	4,13	2,50 – 5,00

Em relação a qualidade de vida, o domínio psicológico foi o que apresentou menor média (3,51). Bampi et al (2013) também evidenciou o domínio psicológico como o que

recebeu os escores mais baixos na avaliação. Meyer et al (2019) em seu estudo pontuou alguns fatores que podem levar a baixos escores no domínio psicológico, como plantões médicos estressantes, preocupações com os exames da residência, necessidade de tomar decisões importantes sobre a carreira, ansiedade, depressão e problemas com o sono.

O domínio físico apresentou a segunda menor média (3,53). Dos Santos (2017) descreve que o domínio físico avalia questões relacionadas à dor e desconforto, energia e fadiga, atividade sexual, sono e repouso e funções motoras. E que, assim, um maior valor nesse domínio representará, conseqüentemente, maior energia e disposição, melhores padrões de sono e repouso, melhor memória/ concentração, autoestima, sendo estes fatores relacionados à melhora nas condições de saúde mental e na redução dos transtornos mentais comuns.

Em relação à classificação da qualidade de vida por ano do curso, Alves et al (2010) observou um decréscimo significativo do domínio psicológico entre os alunos em conclusão do curso médico, quando comparados aos estudantes do início do curso. Ramos Dias (2010), encontrou diferença apenas no domínio das relações sociais, que foi menor nos alunos do primeiro ano. Contudo, neste estudo não foi observada diferença significativa, com relação à classificação geral da qualidade de vida, entre os anos do curso ( $p = 0,91$ ).

Cavalcante (2019) cita, entre os diversos fatores que podem influenciar a percepção de qualidade de vida, competitividade e extrema concorrência do curso médico, abdicação dos momentos de lazer e socialização, idealização de uma carreira de glamour e benesses. E ressalta que estudantes de medicina que possuem baixos escores de qualidade de vida reduzem sua capacidade integral para promover saúde, tanto para eles próprios quanto para a comunidade e, caso não adotem estratégias para promover saúde, podem não melhorar sua qualidade de vida.

As dimensões da qualidade de vida foram correlacionadas com idade e situação conjugal na tabela 9. Foram encontradas diferenças significativas somente no fator faixa etária, em que a faixa etária de 18 a 24 anos apresentou maiores valores relacionados à

dimensão do meio ambiente, que engloba o fator de recursos financeiros, podendo ser explicado pelo fato que nessa faixa etária geralmente os alunos são dependentes financeiramente dos pais.

**Tabela 9 - Valores Médios de Qualidade de Vida Segundo Idade e Situação Conjugal (n = 230)**

		Domínio Físico		
Variáveis		Média	Desvio-Padrão	Teste Mann-Whitney
Idade	18 – 24	3,52	0,52	0,61
	25 acima	3,54	0,50	
Situação Conjugal	Com companheiro (a)	3,49	0,51	0,56
	Sem companheiro	3,55	0,51	
		Domínio Psicológico		
Variáveis		Média	Desvio-Padrão	Teste Mann-Whitney
Idade	18 – 24	3,61	0,66	0,30
	25 acima	3,51	0,65	
Situação Conjugal	Com companheiro (a)	3,60	0,66	0,58
	Sem companheiro	3,52	0,65	
		Relações Sociais		
Variáveis		Média	Desvio-Padrão	Teste Mann-Whitney
Idade	18 – 24	3,74	0,73	0,94
	25 acima	3,74	0,74	
Situação Conjugal	Com companheiro (a)	3,75	0,75	0,83
	Sem companheiro	3,73	0,72	
		Meio Ambiente		
Variáveis		Média	Desvio-Padrão	Teste Mann-Whitney
Idade	18 – 24	4,15	0,46	<b>0,001</b>
	25 acima	3,96	0,45	
Situação Conjugal	Com companheiro (a)	4,02	0,48	0,26
	Sem companheiro	4,12	0,44	
		Qualidade de vida Total		
Variáveis		Média	Desvio-Padrão	Teste Mann-Whitney
Idade	18 – 24	3,83	0,46	0,24
	25 acima	3,73	0,50	
Situação Conjugal	Com companheiro (a)	3,82	0,48	0,33
	Sem companheiro	3,75	0,47	

Outra variável relevante é a metodologia de ensino médico adotada, em que na universidade dos estudantes da amostra deste estudo trata-se de uma metodologia ativa de

ensino, o Aprendizado Baseado em Problemas (ABP). Chagas et al (2018), a partir da avaliação da qualidade de vida de estudantes que frequentam instituições com metodologias ativas de ensino-aprendizagem, reforçou a necessidade que estes estudantes possuem de se adaptar a uma nova forma de pensar e aprender, o que pode trazer dificuldades, insegurança e angústias. Contudo, este papel ativo na aprendizagem, integração teórico-prática, interação entre os discentes em pequenos grupos e aproximação aluno-professor tornam mais efetiva a construção do conhecimento e proveem aos estudantes autonomia na gestão do tempo e organização dos estudos, o que pode amenizar as principais dificuldades encontradas no início do curso (CHAGAS et al, 2018).

#### **Associação entre Qualidade de Vida e Psicopatologias e entre CRE e Psicopatologias**

Nosso estudo apresentou uma prevalência de comorbidades em 23,04% dos alunos, sendo mais prevalente entre os estudantes do 4º ano. Entre os estudantes com comorbidades (23,04% da amostra), 50,94% destas patologias eram psiquiátricas, 47,16% eram não-psiquiátricas e 7,54% dos estudantes não especificaram qual comorbidade possuem.

**Tabela 10 - Comorbidades Relatadas pela Amostra**

<b>Característica</b>	<b>N (%)</b>
Comorbidades	
Psiquiátrica	27 (50,94%)
Não psiquiátrica	25 (47,16%)
Não especificada	4 (7,54%)
Psiquiátrica	
Depressão	9 (33,33%)
Ansiedade	8 (29,62%)
Depressão + Ansiedade	7 (25,92%)
TDAH	2 (7,40%)
Transtorno Personalidade	2 (7,40%)
TAB	2 (7,40%)
TOC	1 (3,70%)
Transtorno de escoriação	1 (3,70%)

Neste estudo, consideramos a prevalência de pacientes já diagnosticados, podendo estar subestimando o verdadeiro valor, considerando a baixa procura por atendimento referente a transtornos mentais. Vasconcelos et al (2015) cita que uma das dificuldades dos cuidados psiquiátricos para os estudantes de Medicina é o fato de que eles tendem a não procurar ajuda médica, normalmente por temerem o estigma associado à procura de ajuda e tratamento nestas situações, mesmo quando dispõem de suporte.

Entre as comorbidades psiquiátricas, as que possuíram maior número de relatos foram depressão, seguida pela ansiedade. Outras comorbidades psiquiátricas relatadas foram Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), Transtorno de Escoriação, Transtorno de Personalidade e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). As principais afecções identificadas estão em conformidade com o identificado nos alunos de medicina brasileiros de forma geral, sendo os mais comuns a depressão, ansiedade e estresse (MUNIR GOMES et al.; 2020)

Tabalipa et al (2015), em seu estudo de prevalência de ansiedade e depressão entre acadêmicos de Medicina, encontrou uma prevalência de ansiedade de 35,5%, e a de depressão de 32,8%, números substancialmente maiores quando comparado ao presente estudo, que encontrou que apenas 11,73% (27 de 230) da amostra possuía comorbidades psiquiátricas.

Estudo realizado com alunos de medicina da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) identificou uma prevalência de 47,5% de depressão, sendo observado que os alunos do 4º ano eram os que apresentavam maiores índices, assim como neste estudo. Podendo estar associado a transição das disciplinas básicas do curso para as disciplinas práticas clínicas, típicas dessa fase do curso (DE SOUZA LIMA et al.; 2010).

Por fim, avaliou-se a associação entre qualidade de vida e psicopatologias e, também, CR e psicopatologias. Os dados estão apresentados na Tabela 11 e 12 respectivamente.

**Tabela 11- Associação entre Classificações da Qualidade de Vida e Psicopatologia (n=230)**

	<b>Sem</b>	<b>Com</b>	<b>Total</b>
<b>Precisa Melhorar</b>	13 (81,2%)	03 (18,8%)	16 (100%)
<b>Regular baixa</b>	30 (75%)	10 (25%)	40 (100%)
<b>Regular Alta</b>	81 (89%)	10 (11%)	91 (100%)
<b>Boa</b>	78 (94%)	05 (6%)	83 (36,1%)
<b>Total</b>	202	28	230

p = 0,02\*\*

Os resultados demonstram que quanto melhor a qualidade de vida menor a probabilidade de psicopatologia nesta amostra.

**Tabela 12 - Associação entre Classificações do CRE e Psicopatologia (n=230)**

<b>Classificação CRE Total</b>	<b>Sem</b>	<b>Com</b>	<b>Total</b>
<b>Baixo</b>	42 (79,2%)	11 (20,8%)	53 (100%)
<b>Moderado</b>	107 (92,2%)	09 (7,8%)	116 (100%)
<b>Alto</b>	52 (86,7%)	08 (13,3%)	60 (100%)
<b>Total</b>	202	28	230

p= 0,056

Apesar de não haver significância estatística, observa-se uma tendência em relação a ter um alto coping religioso e não apresentar psicopatologias nestes estudantes.

Tal achado condiz com o encontrado na meta-análise de Ano e Vasconcelles (2005) em que estratégias religiosas positivas de coping foram inversamente relacionadas ao ajuste psicológico negativo, de forma que indivíduos com mais estratégias religiosas positivas de enfrentamento experimentaram menos depressão, ansiedade, angústia, etc, sugerindo que o coping religioso positivo auxilie algumas funções adaptativas.

### Análise da correlação entre CRE e Qualidade de Vida dos estudantes da amostra

Para classificar a qualidade de vida, após as análises apresentadas, os estudantes foram separados em grupos por pontuação, os quais foram denominados: Precisa melhorar, Regular Baixa, Regular Alta e Boa Qualidade de vida, de acordo com a classificação de Fleck (2000). E foi utilizado quartis para classificar o Coping Religioso/Espiritual Total, possibilitando correlacionar CRE e qualidade de vida. A Tabela 13 e 14 apresentam estas classificações desenvolvidas.

**Tabela 13 - Associação entre as Classificações da Qualidade de Vida e CRE (n = 230)**

	Classificação CR Total			Total
	Baixo	Moderado	Alto	
<b>Precisa Melhorar</b>	9 (17%)	7 (6%)	0 (0%)	16 (7%)
<b>Regular baixa</b>	15 (28,3%)	19 (16,4%)	6 (10%)	40 (17,5%)
<b>Regular Alta</b>	18 (34%)	52 (44,8%)	20 (33,3%)	90 (39,3%)
<b>Boa</b>	11 (20,8%)	38 (32,8%)	34 (56,7%)	83 (36,2%)
<b>Total</b>	53 (23,1%)	116 (50,7%)	60 (26,2%)	229 (100%)

p = 0,0001

Estudantes que apresentam um Coping Religioso/Espiritual Total alto (CRE alto - 26,2%) são estudantes que apresentam um uso/índice maior de Coping Religioso/Espiritual Positivo (CRE positivo) em comparação ao Coping Religioso/Espiritual Negativo (CRE negativo). Os que apresentam um CRE Total Moderado (50,7%), são estudantes cujo uso/índice é equivalente entre CRE Positivo e CRE Negativo. E, partindo do mesmo princípio, estudantes que manifestam um CRE Total Baixo (23,1%) apresentam um uso/índice maior de CRE Negativo em comparação ao CRE Positivo.

A partir destes entendimentos, é possível inferir que estudantes que possuem maior tendência a apresentar um CRE total baixo estão associados à baixa qualidade de vida (subgrupos “precisa melhorar” e “regular baixa”). Enquanto acadêmicos com maior inclinação

a apresentar um CRE total alto estão associados a uma boa qualidade de vida (subgrupos “regular alta” e “boa”).

**Tabela 14 - Correlações entre Domínios do WHOQOL Bref, Fatores da Escala CRE (n = 230)**

Domínios	CR positivo	CR Negativo	CR Total
Físico	0,17**	-0,32***	0,33***
Psicológico	0,15*	-0,44***	0,35***
Relações sociais	0,12	-0,44***	0,31***
Meio ambiente	-0,04	-0,28***	0,10
Qualidade de Vida Total	0,12	-0,47***	0,35***

Correlação de Serman - \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,005

Em relação ao CRE total, positivo e negativo com os domínios da qualidade de vida, pode-se observar, então, que o CRE Total apresentou correlação e interferência em todos os domínios da qualidade de vida, exceto com o domínio do meio ambiente. No caso do CRE Positivo esta correlação só pôde ser observada com os domínios físico e psicológico da qualidade de vida. E, no caso de CRE Negativo, apresentou correlação com todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) da qualidade de vida, apresentando um grau de interferência maior quando comparado com o CRE Positivo.

Dessa forma, pode-se inferir, mais uma vez, que o Coping Religioso/Espiritual apresentado pelos estudantes têm associação com todos os domínios da sua qualidade de vida. E, caso o estudante apresente preferencialmente o Coping Religioso/Espiritual Negativo, sua qualidade de vida pode se alterar em maiores proporções, comprometendo ainda mais sua qualidade de vida geral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo correlacionar o Coping Religioso/ Espiritual (CRE) com a qualidade de vida de estudantes de medicina de uma universidade privada do Distrito Federal e foi encontrado dados compatíveis com a literatura. O estudo não apresenta conflito de interesse e apresenta alguns vieses como falta do gênero para realizar comparativos.

Participaram da amostra 230 estudantes com média de idade de  $23,08 \pm 3,99$  (18 - 45 anos). Foi observado que a religiosidade está presente em 81,8% da amostra e 18,2% foram considerados não religiosos. A maioria da população amostral religiosa fazia parte de religiões ligadas ao Cristianismo, seguida pela religião espírita. Quanto ao comportamento religioso, a maioria dos estudantes frequentam alguma instituição religiosa, e, destes, o mais comum é a forma semanal.

Em relação ao CRE, os alunos apresentaram um valor de moderado a alto de CRE positivo e baixos valores de CRE negativo. E, com relação ao CRE total por ano do curso, não houve diferença significativa. Dados comparativos entre CRE e faixa etária ou situação conjugal, mostraram apenas diferença estatística significativa entre situação conjugal e Coping Religioso/Espiritual Negativo, demonstrando que pessoas que se dizem solteiras apresentam maiores valores de CRE negativo.

Sobre a qualidade de vida, o domínio psicológico apresentou a menor média, seguido do domínio físico. Neste estudo não foi observada diferença significativa da qualidade de vida geral quando separada pelos anos do curso. Quando foi feita a relação entre as dimensões da qualidade de vida com idade/ situação conjugal, observou-se que a faixa etária de 18 a 24 anos apresentou maiores valores relacionados à dimensão do meio ambiente.

Esta amostra apresentou uma prevalência de comorbidades menor quando comparada a outros estudos, sendo mais prevalente entre os estudantes do 4º ano. Destas comorbidades, metade se tratava de patologias psiquiátricas e, entre elas, as de maior

prevalência foram depressão e ansiedade. Resultados demonstraram que quanto melhor a qualidade de vida, menor a probabilidade de psicopatologia e nesta amostra, apesar de não haver significância estatística, observa-se uma relação entre alto coping religioso e ausência de psicopatologias.

Foi observado que os estudantes que possuíam maior tendência a apresentar um CRE total baixo estavam associados à baixa qualidade de vida (subgrupos “precisa melhorar” e “regular baixa”). Enquanto acadêmicos com maior inclinação a apresentar um CRE total alto estavam associados a uma boa qualidade de vida (subgrupos “regular alta” e “boa”). E, considerando o objetivo principal do trabalho, foi possível concluir que o Coping Religioso/Espiritual apresentado pelos estudantes têm associação com todos os domínios da sua qualidade de vida. E, caso o estudante apresente preferencialmente o Coping Religioso/Espiritual Negativo, sua qualidade de vida pode se alterar em maiores proporções, comprometendo ainda mais sua qualidade de vida geral.

## REFERÊNCIAS

1. AGUIAR P R, CAZELLA S C, COSTA M R. **A religiosidade/espiritualidade dos médicos de família: avaliação de alunos da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 41, n. 2, p. 310-319, 2017
2. ALVES J G B et al. **Quality of life among first and last-year medical students: an evaluation using Whoqol-bref**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 34, n. 1, p. 91-96, 2010.
3. ALVES T C T F. **Depressão e ansiedade entre estudantes da área de saúde**. Revista de Medicina, v. 93, n. 3, p. 101-105, 2014.
4. ANO G G, VASCONCELLES E B. **Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis**. Journal of clinical psychology, v. 61, n. 4, p. 461-480, 2005.
5. ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. **O conceito de coping: uma revisão teórica**. Estudos de Psicologia, Natal, RN, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.
6. BALBONI M J et al. **Religion, spirituality, and the hidden curriculum: medical student and faculty reflections**. Journal of pain and symptom management, v. 50, n. 4, p. 507-515, 2015
7. BAMPI L N S et al. **Qualidade de vida de estudantes de Medicina da Universidade de Brasília**. 2013.
8. BRITO H L. **Coping religioso, resiliência e qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS**. 2016. xiv, 121 f., il. Tese (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
9. CARVALHO A F, TAUNAY T C, GONDIM F A A. **Disponibilidade de instrumentos validados para o estudo da religiosidade em amostras Brasileiras**. Archives of Clinical Psychiatry, v. 39, n. 6, p. 208-208, 2012.
10. CAVALCANTE M S et al. **Qualidade de vida dos estudantes do primeiro e sexto ano do curso de medicina**. Revista de Medicina, v. 98, n. 2, p. 99-107, 2019.
11. CAZOLARI P G et al. **Níveis de Burnout e Bem-Estar de Estudantes de Medicina: um Estudo Transversal**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 44, n. 4, 2020.
12. CHAGAS N B et al. **Qualidade de Vida de Estudantes de Medicina em um Curso que Adota Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 42, n. 4, p. 96-102, 2018.
13. CHAZAN A C S, CAMPOS M R, PORTUGAL F B. **Qualidade de vida de estudantes de medicina da UERJ por meio do Whoqol-bref: uma abordagem multivariada**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 547-556, 2015

14. COHEN A. B., HILL P. C. **Religion as culture: Religious individualism and collectivism among American Catholics, Jews, and Protestants.** *Journal of Personality*, 75,709-742. 2007
15. CORRÊA C V, HOLANDA A F, OLANDOSKI G P. **Coping religioso/espiritual em profissionais da atenção à Saúde Mental do litoral do Paraná.** *Pluralidades em Saúde Mental*, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 15-30, jul./dez. 2017
16. COSTA M S et al. **Espiritualidade e religiosidade: saberes de estudantes de medicina.** *Revista Bioética*, v. 27, n. 2, p. 350-358, 2019.
17. CUNHA D H F et al. **Percepção da qualidade de vida e fatores associados aos escores de qualidade de vida de alunos de uma escola de medicina.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 66, n. 4, p. 189-196, 2017.
18. CURCIO C S S, MOREIRA-ALMEIDA A. **Investigação dos conceitos de religiosidade e espiritualidade em amostra clínica e não clínica em contexto brasileiro: uma análise qualitativa.** *Interação em Psicologia*, v. 23, n. 2, 2019.
19. DA SILVA CONDE S R S et al. **A espiritualidade nos currículos das escolas médicas da região norte e a visão do interno de medicina sobre sua importância na formação.** *IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education*, v. 4, n. 1-2, 2019.
20. DAVIS M C. **The rehabilitation nurse's role in spiritual care.** *Rehabilitation Nursing*, 19, 298–301. Retrieved from <http://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1994.tb00826.x>. 1994
21. DE FREITAS MELO C et al. **Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura.** *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 15, n. 2, 2015.
22. DE GERONE GUILHERME L T. **A religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre profissionais da saúde.** *Interacoes*, v. 11, n. 20, p. 129-151, 2016.
23. DE OLIVEIRA VALENTE T C et al. **Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas.** *Interacoes*, v. 11, n. 20, p. 85-97, 2016.
24. DE SOUSA LIMA L et al. **Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade Estadual do Maranhão.** *Revista Neurociências*, v. 18, n. 1, p. 8-12, 2010.
25. DOS SANTOS L S et al. **Qualidade de vida e transtornos mentais comuns em estudantes de medicina.** *Cogitare enferm*, v. 22, n. 4, p. e52126, 2017.
26. ELLIS M R, CAMPBELL J D, DETWILER-BREIDENBACH A, HUBBARD D K. **What do family physicians think about spirituality in clinical practice?.** *J FamPract.* 2002;51:249-54.
27. ENNS S C et al. **Medical Students' Perception of Their Educational Environment and Quality of Life.** *Academic Medicine*, 91(3), 409–417. 2016
28. ESPERANDIO M R G, ESCUDERO F T, FERNANDES M L, PARGAMENT K I. **Brazilian Validation of the Brief Scale for Spiritual/Religious Coping—SRCOPE-14.** *Religions* 2018, 9, 31; doi:10.3390/rel9010031

29. FEODRIPPE A L O, BRANDÃO M C F, VALENTE T C O. **Qualidade de vida de estudantes de Medicina: uma revisão.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 37, n. 3, p. 428-428, 2013.
30. FERNANDES G F, INOCENTE N J. **Estratégias Para enfrentamento (coping): um levantamento bibliográfico.** Taubaté: 2010.
31. FERREIRA J S, DIETRICH S H C, PEDRO D A. **Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 39, N. 106, P. 792-801, JUL-SET 2015
32. FLECK MPA, LOUZADA S, XAVIER M, CHAMOVICH E, VIEIRA G, SANTOS L, PINZON V. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref".** Revista de saúde pública, 2000, 34(2):178-183
33. FOLKMAN S. **Personal control and stress coping processes: a theoretical analysis.** Journal of Personality and Social Psychology, California, V.46, n.4, p.839-852, 1984.
34. FORTI S, SERBENA C A, SCADUTO A A. **Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 1463-1474, 2020.
35. GOLDIN S B, WAHI M M, FAROOQ O S, BORGMAN H A, CARPENTER H L, WIEGAND L R, NIXON L L, PAIDAS C, ROSEMURGY A S 2nd, KARL R C. **Student quality-of-life declines during third year surgical clerkship.** J Surg Res. 2007;143(1):151-7
36. HUFFORD D J. **An analysis of the field of Spirituality, Religion and Health (S/RH): Templeton Advanced. ACPE Research.** Disponível em: <http://www.metanexus.net/archive/templetonadvancedresearchprogram/pdf/TARPHufford.pdf>. 2005
37. INOUE T M, VECINA M V A. **Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura.** J Health Sci Inst [Internet], v. 35, n. 2, p. 127-30, 2017.
38. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** 2010.
39. JUNG C G. **Memórias, sonhos e reflexões.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1975
40. KATSURAYAMA M et al. **Fatores de risco e proteção em estudantes de medicina da Universidade Federal do Amazonas.** Psicologia para América Latina, n. 19, p. 0-0, 2010.
41. KLUTHCOVSKY A C G C, KLUTHCOVSKY F A. **WHOQOL-bref, an instrument for quality of life assessment: a systematic review.** Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul vol.31 no.3 supl.0 Porto Alegre 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>
42. KOENIG H G. **Research on religion, spirituality, and mental health: A review.** The Canadian Journal of Psychiatry, v. 54, n. 5, p. 283-291, 2009

43. KOHN-WOOD L P et al. **Coping styles, depressive symptoms and race during the transition to adulthood.** *Mental Health, Religion & Culture*, v. 15, n. 4, p. 363-372, 2012.
44. LAUBMEIER K K , ZAKOWSKI S G, BAIR J P. **The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping.** *International journal of behavioral medicine*, v. 11, n. 1, p. 48, 2004
45. LUCCHETTI G et al. **Medical students and controversial ethical issues: results from the multicenter study SBRAME.** *BMC medical ethics*, v. 15, n. 1, p. 85, 2014.
46. LUCCHETTI G et al. **Medical students, spirituality and religiosity - results from the multicenter study SBRAME.** *BMC Medical Education*, v. 13, n. 1, p. 162, 2013.
47. MERCÊS P L S C, FRANÇA L C M, DA SILVA A N. **Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa.** *Cogitare enferm*, v. 24, p. e58692, 2019.
48. MEYER C, BARBOSA D G, ANDRADE R D, FERRARI JUNIOR G J, GOMES F N M, GUIMARÃES A C, FELDEN E P G. **Qualidade de vida de estudantes de medicina e a dificuldade de conciliação do internato com os estudos.** *ABCS Health Sci.* 2019; 44(2):108-113
49. MOREIRA-ALMEIDA A et al. **Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil.** *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.
50. MUNIR GOMES C F et al. **Transtornos mentais comuns em estudantes universitários: abordagem epidemiológica sobre vulnerabilidades.** *SMAD Revista Electronica Salud Mental, Alcohol y Drogas*, v. 16, n. 1, 2020.
51. NAHAS M. V. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 6 ed. Londrina: Midiograf, 2013.
52. NIA H S et al. **The relationship between religious coping and self-care behaviors in Iranian medical students.** *Journal of religion and health*, v. 56, n. 6, p. 2109-2117, 2017.
53. PANZINI R G et al. **Quality-of-life and spirituality.** *International Review of Psychiatry*, 29(3), 263–282. doi:10.1080/09540261.2017.1285553. 2017
54. PANZINI R G, BANDEIRA D R. **Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto.** *Psicol. estud.*, Maringá , v. 10, n. 3, p. 507-516, Dec. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722005000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300019&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300019>.

55. PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. **O coping religioso-espiritual e a prática clínica.** In: SANTOS, F. S. (org.). *A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação.* Bragança Paulista, SP: Comenius, 2010. p.264-288.
56. PARGAMENT K I. **Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred.** Nova York, Guilford. 2007
57. PARGAMENT K I. **The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice.** New York, Guilford. 1997
58. PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S. & SANTOS, A. **Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação.** Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012
59. RAJ S R, SIMPSON C S, HOPMAN W M, SINGER M A. **Health-related quality of life among final-year medical students.** CMAJ. 2000;162(4):515-6.
60. RAMOS-DIAS J C et al. **Qualidade de vida em cem alunos do curso de Medicina de Sorocaba-PUC/SP.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 34, n. 1, p. 116-123, 2010.
61. RASSOULIAN A, SEIDMAN C, LÖFFLER-STASTKA H. **Transcendence, religion and spirituality in medicine: Medical students' point of view.** Medicine, v. 95, n. 38, 2016.
62. REGO R M, MARQUES N A, MONTEIRO P C, OLIVEIRA C L B , LINS N A A, CALDAS C A M et al. **O perfil atual do estudante de Medicina e sua repercussão na vivência do curso.** Res Med J. 2018;2(1-4):e05. DOI: 10.4322/prmj.2018.005
63. ROSS L. **The spiritual dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice.** International Journal of Nursing Studies, 32, 457–468. 1995
64. SANTOS W S et al. **Índice de Compromisso Religioso (ICR): elaboração e evidências psicométricas.** Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 25, n. 3, p. 523-531, 2012.
65. SCHEFFER M, CASSENOTE A, GUILLOUX A, BIANCARELLI A, ALONSO M B, MARCELINO M G. **Demografia Médica no Brasil 2018.** São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018. 286 p
66. SCHLÖSSER A. **Interface entre Saúde Mental e Relacionamento Amoroso: Um Olhar a Partir da Psicologia Positiva.** Pensando Famílias, 18(2), dez. 2014 (17-33)
67. SCHWARTZ S. H., HUISMANS S. **Value priorities and religiosity in four Western religions.** Social Psychological Quarterly, 58,88-107. 1995
68. SEIDL E M F, FARIA J B. **Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura.** Psicologia: reflexão e crítica, v. 18, n. 3, p. 381-389, 2005.
69. SERINOLLI M I, NOVARETTI M C Z. **A cross-sectional study of sociodemographic factors and their influence on quality of life in medical students at Sao Paulo, Brazil.** PLoS ONE 12(7): e0180009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.018000>. 2017

70. STROPPA A, MOREIRA-ALMEIDA A. **Religiosidade e saúde. Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina.** Belo Horizonte: Inede, p. 427-443, 2008
71. TABALIPA F O et al. **Prevalence of anxiety and depression among medical students.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 39, n. 3, p. 388-394, 2015.
72. TARAKESHWAR N et al. **Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer.** Journal of palliative medicine, v. 9, n. 3, p. 646-657, 2006
73. TEIXEIRA M Z. **Interconexão entre saúde, espiritualidade e religiosidade.** Revista de Medicina, v. 99, n. 2, p. 134-147, 2020.
74. THE WHOQOL GROUP: The word Health Organization. **Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization.** Soc. Sci. Med, 1995, 41(10):1403-1409.
75. VALCANTI C C et al. **Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 4, p. 838-845, 2012.
76. VASCONCELOS T C et al. **Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de medicina.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 39, n. 1, p. 135-142, 2015.
77. WILGES I. **Cultura religiosa: As religiões no mundo.** Petrópolis, RJ: Vozes. 1994
78. XU J. **Teoria de enfrentamento religioso de Pargament: implicações para a prática de serviço social espiritualmente sensível.** Jornal britânico de serviço social vol. 46,5 (2016): 1394-1410. doi: 10.1093 / bjsw / bcv080
79. YEARY K H K et al. **Considering religion and spirituality in precision medicine.** Translational behavioral medicine, v. 10, n. 1, p. 195-203, 2020.
80. ZANDAVALLI R B et al. **Espiritualidade e resiliência na atenção domiciliar.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 15, n. 42, p. 2213-2213, 2020.
81. ZONTA R, ROBLES A C C, GROSSEMAN S. **Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 30, n. 3, p. 147-153, 2006.

## ANEXO A - Questionário Socioepidemiológico

- 1) Matrícula: \_\_\_\_\_ Semestre do curso: \_\_\_\_\_
- 2) Idade: \_\_\_\_\_
- 3) Religião: \_\_\_\_\_
- 4) Frequenta alguma instituição religiosa: ( )Sim ( )Não
- 5) Se sim qual a frequência:( )Semanalmente ( )Quinzenalmente ( )Mensalmente ( )  
Esporadicamente.
- 6) Estado civil: ( )Solteiro ( )Casado ( )União Estável ( )Namorando
- 7) Possui filhos: ( )Sim ( )Não
- 8) Local do nascimento: \_\_\_\_\_
- 9) Procedente: \_\_\_\_\_
- 10) Semestre do curso: \_\_\_\_\_
- 11) Já realizou outro curso superior: ( )Sim ( )Não
- 12) Fonte de renda: ( ) Emprego fixo ( ) Auxílio da Família
- 13) Habitação: ( ) Própria ( )Alugada
- 14) Reside com: ( )Familiares ( )Amigos/Colegas ( )Sozinho
- 15) Local de residência: \_\_\_\_\_
- 16) Possui carro: ( )Sim ( )Não
- 17) Possui alguma comorbidade: ( )Sim ( )Não  
Qual?  
Tratamento: ( ) Medicamentoso ( ) Psicoterápico

**ANEXOS B - RCOPE - Brief**

<b>Escala Breve de Coping Religioso/Espiritual</b>	<b>Nem um pouco / Não se aplica</b>	<b>Um Pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muitíssimo</b>
1. Procurei uma ligação maior com Deus					
2. Procurei o amor e a proteção de Deus					
3. Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva					
4. Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus.					
5. Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação.					
6. Pedi perdão pelos meus erros (ou pecados)					

7. Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas.					
8. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado					
9. Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé					
10. Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar					
11. Questionei o amor de Deus por mim					
12. Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado.					
13. Cheguei à conclusão que forças do mal atuaram para isso acontecer					
14. Questionei o poder de Deus					

## ANEXO C - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida - WHOQOL-Brief

### 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 escolha. Por favor, tenha 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 exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3		5

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
--	--	------------	------	------------------	-----	-----------

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento	1	2	3	4	5

	médico para levar sua vida diária?					
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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 ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com	1	2	3	4	5

	o seu meio de transporte?					
--	---------------------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes referem-se a **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?	1	2	3	4	5