

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PAULO HENRIQUE SANTANA FEITOSA SOUSA**

**QUALIDADE DE VIDA, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE EM  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE**

**SÃO CRISTÓVÃO**

**2023**

**PAULO HENRIQUE SANTANA FEITOSA SOUSA**

**QUALIDADE DE VIDA, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE EM  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como requisito à obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro.

**SÃO CRISTÓVÃO**

**2023**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S725q      Sousa, Paulo Henrique Santana Feitosa  
Qualidade de vida, religiosidade e espiritualidade em profissionais  
de saúde do Estado de Sergipe / Paulo Henrique Santana Feitosa  
Sousa ; orientadora Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro .  
– São Cristóvão, SE, 2023.  
81 f.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal  
de Sergipe, 2023.

1. Enfermagem. 2. Qualidade de vida. 3. Religiosidade. 4.  
Espiritualidade. 5. Pessoal da área médica. I. Pinheiro, Fernanda Gomes  
de Magalhães Soares, orient. II. Título.

CDU 616-083:2-4

PAULO HENRIQUE SANTANA FEITOSA SOUSA

**QUALIDADE DE VIDA, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE EM  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe para  
exame de defesa.

**PRESIDENTE DA BANCA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Andreia Centenaro Vaez (UFS)

---

Prof. Dr. Glebson Moura Silva (UFS)

**MEMBRO SUPLENTE**

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Kalline Alves Cartaxo (UFS)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Sheila Jaqueline Gomes dos Santos Oliveira (UFS)

**PARECER**

---

---

---

---

**SÃO CRISTÓVÃO  
2023**

## RESUMO

**Introdução:** os profissionais de saúde são expostos, constantemente, a riscos inerentes ao regime de trabalho, lidando diariamente, com o processo saúde-doença, o que pode influenciar na qualidade de vida que envolvem domínios da saúde física, estado psicossocial, crenças pessoais e relações sociais. Com o avanço da ciência, provou-se que a fé tem cientificidade e está ligada à fisiologia humana e impacta nesses domínios, assim como religiosidade e/ou espiritualidade (R/E). Logo os aspectos de como os profissionais de saúde se sentem a respeito da qualidade de vida, saúde e outras áreas de vida associando-os à religiosidade e/ou espiritualidade é importante para saúde do trabalhador, ocupacional e bem-estar. **Objetivos:** avaliar a percepção da qualidade de vida dos profissionais de saúde de Sergipe e suas possíveis relações com a espiritualidade e religiosidade. **Materiais e métodos:** estudo survey transversal, realizado em hospitais públicos e privados do Estado de Sergipe, que incluiu profissionais de saúde de nível médio e nível superior. Os instrumentos de coleta de dados foram o questionário sociodemográfico, o World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-SRPB-bref), a Escala de Atitudes Relacionadas a Espiritualidade (ARES) e o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL). Todas as etapas da pesquisa foram realizadas em ambiente virtual. Os dados foram exportados para um software R Core Team (Versão 4.1.0). Após serem codificados e tabulados, foram analisados por meio de estatística descritiva e as variáveis quantitativas, apresentadas por meio de medidas de tendência central e medidas de dispersão (média, mediana e quartil); para as variáveis categóricas, frequências relativas e absolutas. A hipótese de independência entre variáveis categóricas foi testada por meio dos testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher. **Resultados:** Participaram do estudo 211 profissionais, com média de idade igual a 36,6 anos (DP:8,2), 74,9% são do sexo feminino, 59,7% se identificam como pardos, 94,3%, 60,7% possuem renda de 3 salários-mínimos. Constatou-se média nos domínios Físico de 71,5 (DP:14); psicológico, 66,8 pontos (DP:14,8); Relações Sociais, 69,3 pontos (DP:16,8); Meio Ambiente, 61,4 pontos (DP:14,2); Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais, 74,6 pontos (DP:15); já no item de Qualidade de Vida Global, 69,9 pontos (DP:20,4); no item de Percepção Geral da Saúde, 66,4 pontos (DP:21); e no total: 68,9 pontos (DP:11,6). Sobre a escala ARES, verificou-se média no domínio Crenças e espiritualidade de 22,8 pontos (DP:3); no domínio Práticas espirituais, 8,9 pontos (DP:1,8); no domínio Experiências Espirituais, 9,1 pontos (DP:1,5); Atitudes/consequências, 13,7 pontos (DP:2,1); e no total: 54,5 pontos (DP:7,4). No que diz respeito à escala DUREL, notou-se média no domínio Religiosidade Organizacional de 3,4 pontos (DP:1,4), no domínio Religiosidade Não Organizacional de 3,1 pontos (DP:1,6) e no domínio Religiosidade Intrínseca de 5,3 pontos (DP:2,4). **Conclusão:** Os dados desta investigação demonstraram Qualidade de Vida (QV) satisfatória para os profissionais de saúde. O sexo, a renda, nível de instrução e o tipo de serviço (público ou privado) influenciou positivamente na percepção de QV. A enfermagem foi a categoria profissional que mais apresentou insatisfação e impacto negativo devido à renda na QV. A Religiosidade e a Espiritualidade apresentadas pelos entrevistados foram satisfatórias (acima da média) e demonstraram sofrer influência pelo sexo, renda, setor de trabalho e ter filhos. Estes achados permitiram refletir acerca da relação entre a QV, Religiosidade e a Espiritualidade (R/E), e concluir que estas, dão sentido à vida dos profissionais de saúde, bem como, incentivam a terem melhores relacionamentos. Sugere-se que diante dos resultados encontrados medidas institucionais sejam adotadas visando melhorar a qualidade de vida dos profissionais de saúde e que o ensino da religiosidade e espiritualidade seja inserida nos currículos acadêmicos, uma vez comprovado seu impacto positivo na percepção de qualidade de vida.

**Descritores:** Qualidade de Vida; Espiritualidade; Religião; Profissionais da saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** health professionals are constantly exposed to risks inherent to their work regime, dealing daily with the health-disease process, which can influence the quality of life involving domains of physical health, psychosocial status, personal beliefs and social relationships. With the advancement of science, it has been proven that faith has scientificity and is linked to human physiology and impacts on these domains, as well as religiosity and/or spirituality (R/S). Therefore, aspects of how health professionals feel about quality of life, health and other areas of life, associating them with religiosity and/or spirituality, are important for workers' health, occupational health and well-being. **Objectives:** to evaluate the perception of quality of life of health professionals in Sergipe and its possible relationships with spirituality and religiosity. **Materials and methods:** cross-sectional survey study, carried out in public and private hospitals in the State of Sergipe, which included mid- and higher-level health professionals. The data collection instruments were the sociodemographic questionnaire, the World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-SRPB-bref), the Spirituality-Related Attitudes Scale (ARES) and the Duke Religiosity Index (DUREL). All stages of the research were carried out in a virtual environment. Data were exported to R Core Team software (Version 4.1.0). After being coded and tabulated, they were analyzed using descriptive statistics and quantitative variables, presented using measures of central tendency and dispersion measures (mean, median and quartile); for categorical variables, relative and absolute frequencies. The hypothesis of independence between categorical variables was tested using Pearson's Chi-Square and Fisher's Exact tests. **Results:** 211 professionals participated in the study, with a mean age of 36.6 years (SD:8.2), 74.9% were female, 59.7% identified themselves as brown, 94.3%, 60.7% have an income of 3 minimum wages. A mean of 71.5 (SD:14) was found in the Physical domains; psychological, 66.8 points (SD:14.8); Social Relations, 69.3 points (SD:16.8); Environment, 61.4 points (SD:14.2); Spirituality/Religion/Personal Beliefs, 74.6 points (SD:15); in the Global Quality of Life item, 69.9 points (SD:20.4); in the General Perception of Health item, 66.4 points (SD:21); and in total: 68.9 points (SD:11.6). On the ARES scale, there was an average of 22.8 points in the Beliefs and Spirituality domain (SD:3); in the domain Spiritual practices, 8.9 points (SD:1.8); in the Spiritual Experiences domain, 9.1 points (SD:1.5); Attitudes/consequences, 13.7 points (SD:2.1); and in total: 54.5 points (SD:7.4). With regard to the DUREL scale, an average of 3.4 points was observed in the Organizational Religiosity domain (SD:1.4), in the Non-Organizational Religiosity domain of 3.1 points (SD:1.6) and in the Religiosity domain Intrinsic score of 5.3 points (SD:2.4). **Conclusion:** The data from this investigation demonstrated a satisfactory Quality of Life (QoL) for health professionals. Gender, income, level of education and type of service (public or private) positively influenced the perception of QoL. Nursing was the professional category that most showed dissatisfaction and negative impact due to income on QoL. The Religiosity and Spirituality presented by the interviewees were satisfactory (above average) and demonstrated to be influenced by gender, income, sector of work and having children. These findings allowed reflecting on the relationship between QoL, Religiosity and Spirituality (R/S), and concluding that these give meaning to the lives of health professionals, as well as encouraging them to have better relationships. It is suggested that, given the results found, institutional measures be adopted to improve the quality of life of health professionals and that the teaching of religiosity and spirituality be included in academic curricula, once its positive impact on the perception of quality of life is proven.

**Descriptors:** Quality of Life; Spirituality; Religion; Health professionals.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DUREL	The Duke University Religion Index
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
R/E	Religiosidade e/ou Espiritualidade
RI	Religiosidade Intrínseca
RNO	Religiosidade não Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRPB	Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>16</b>
2.1	QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE	16
2.2	RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE (R/E)	19
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>25</b>
3.1	OBJETIVO GERAL	25
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>26</b>
4.1	TIPO DO ESTUDO E CONTEXTO	26
4.2	PARTICIPANTES	26
4.2.1	Critério de seleção	26
4.3	VARIÁVEIS	26
4.3.1	Variável dependente	26
4.3.2	Variáveis independentes	27
4.4	FONTE DE DADOS E MENSURAÇÃO	27
4.4.1	Instrumento de coleta de dados e desfechos de interesse	27
4.4.2	World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- SRPB - Bref) (Anexo A)	27
4.4.2.1	Qualidade de vida: desfecho primário	27
4.4.3	Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES) (Anexo B)	28
4.4.3.1	Espiritualidade: desfecho secundário	28
4.4.4	Índice de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL) (Anexo C)	29
4.4.4.1	Religiosidade: desfecho secundário	29
4.4.5	Procedimentos de coleta de dados	30
4.5	TAMANHO DO ESTUDO	30
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	31
4.7	MÉTODOS ESTATÍSTICOS	32
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>35</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>54</b>
6.1	QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	54
6.2	ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	57



<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>61</b>
<b>CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA.....</b>	<b>62</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>63</b>
<b>7 APÊNDICES .....</b>	<b>71</b>
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	71
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO .....	73
APÊNDICE C – TABELA 5 COMPLETA.....	74
<b>8 ANEXOS .....</b>	<b>75</b>
ANEXO A – WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL- SRPB - BREF) .....	75
ANEXO B – ESCALA DE ATITUDES RELACIONADAS A ESPIRITUALIDADE (ARES).....	78
ANEXO C – ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DE DUKE (DUREL) .....	80
ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP) .....	82

---

---

## ***INTRODUÇÃO***

---

---

## 1 INTRODUÇÃO

O profissional de saúde em sua prática laborativa enfrenta diariamente desafios para desenvolver sua prática profissional, tais como, multiemprego, jornadas extensas e noturnas, sobre carga de trabalho, baixa remuneração, pouco reconhecimento profissional, déficit no dimensionamento de profissionais da enfermagem, altas demandas, uso da própria força física na manipulação do corpo doente, vivência da dor e sofrimento de pacientes e familiares (IOANNOU *et al.*, 2015).

Acredita-se que a exposição contínua dos profissionais de saúde a riscos relacionados aos aspectos físico, ambiental, financeiro, psicológico e do próprio ambiente de trabalho, ao longo do tempo, possam comprometer a qualidade de vida destes (RIBEIRO; SANTANA, 2015).

A qualidade de vida (QV) é um conceito complexo e de grande relevância social. Envolve saúde física, estado psicossocial, crenças pessoais e relações sociais (THE WHOQOL GROUP, 2019). Ela é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1998).

Neste sentido, nos serviços de saúde e ambiente hospitalar acredita-se que para manutenção de uma qualidade de vida satisfatória, a associação com fé, crença, espiritualidade e religiosidade são formas de enfrentamento essenciais. Sendo possível apontar fatores psicológicos e social positivos, bem como, melhoria na saúde física e bem-estar (KOENIG, 2012; KOENIG, 2012; BONELLI; KOENIG, 2013).

O Brasil apresenta um alto nível de envolvimento religioso, sendo que 95% da população têm uma religião, 83% consideram a religião muito importante para a vida e 37% frequentam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2010).

A religião pode ser definida como um sistema organizado de crenças, rituais e práticas que objetivam acessar o sagrado, o transcendente, a Deus (LUCCHETTI *et al.*, 2010; KOENIG; KING; CARSON, 2012). Já a espiritualidade vem sendo compreendida como um mecanismo de cura e promoção à saúde há muitos séculos (BORGES; FERREIRA; DIAMANTE, 2017).

A religiosidade e espiritualidade (R/E) tem como contribuição na saúde de profissionais de saúde a melhora nos enfrentamentos dos relacionamentos interpessoais e na mudança da forma de cuidar do outro (PENHA; SILVA, 2012). Profissionais que desenvolvem algum grau

de R/E demonstraram melhores níveis hematológicos, apresentando um sistema imune com maior atuação de leucócitos, neutrófilos e IgA, o que sugere uma associação positiva entre R/E e melhora da saúde (CARNEIRO *et al.*, 2020).

A justificativa da pesquisa considera que os profissionais de saúde vivenciam cotidianamente situações estressoras, condições de trabalho, muitas vezes, inadequadas, baixos salários e altas demandas de trabalho. Sendo assim, a relevância dessa investigação é avaliar os aspectos de como os profissionais de saúde se sentem a respeito da qualidade de vida, saúde e outras áreas de vida dos profissionais de saúde, associando-os à religiosidade e/ou espiritualidade.

As hipóteses são que os profissionais de saúde avaliem sua percepção da qualidade de vida como insatisfatória, maioria seja do sexo feminino e os domínios mais afetados sejam o físico, ambiental e relações sociais, considerando a renda e setor de trabalho, como negativos.

Desta forma, com base na temática atual e pesquisas não somente na área de qualidade de vida dos profissionais de saúde, mas também para espiritualidade, religião e crenças pessoais, essa dissertação pretende responder as seguintes questões norteadoras: Como está a qualidade de vida dos profissionais de saúde do Estado de Sergipe? Qual a associação entre religiosidade e espiritualidade com a qualidade de vida de profissionais de saúde? O sexo, renda, setor de trabalho influenciam na QV?

---

---

***REVISÃO DA LITERATURA***

---

---

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

No Brasil, na década de 70, surgiu a preocupação com os impactos que os profissionais de saúde poderiam estar sofrendo em decorrência de suas profissões no meio hospitalar (BENATTI; NISHIDE, 2000). Um estudo de campo realizado por Franco (1981) comprovou que os profissionais do contexto hospitalar se queixavam de doenças infectocontagiosas, lombalgias, alergias, fadigas e significativos episódios de cervicolumbalgias relacionados ao processo de trabalho (ALEXANDRE, 1993), o que se estende até os dias atuais (RIBEIRO *et al.*, 2019; HENRIQUES *et al.*, 2019).

Sobre os aspectos causadores de adoecimentos e dificuldades enfrentadas pelos profissionais na atenção à saúde em nível terciário, Silva (1998) buscou compreender os acidentes de trabalho ocorridos com profissionais da enfermagem. Após analisar 1.506 acidentes de trabalho, ele definiu como sendo as lacerações, contusões, ferimentos e torções as principais causas de afastamento do trabalho (SILVA, 1998).

Em um estudo retrospectivo, de 1987 a 1990, foi avaliado o risco de os profissionais de saúde serem contaminados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), sendo analisado 36 casos de profissionais contaminados. Esses acidentes foram todos em extremidades do corpo (mãos e/ou dedos), sendo resultado do uso inadequado de agulhas ou contato com sangue e secreções corporais (MACHADO *et al.*, 1992). Realidade encontrada também no estudo de Soares *et al.* (2019).

Pitta (1999), em sua obra intitulada “Hospital: dor e morte como ofício”, associou ao trabalho de profissionais da saúde que exerciam suas atividades laborais em um hospital municipal de São Paulo doenças psicossomáticas, osteomusculares e geniturinárias, a partir da população de trabalhadores de um hospital geral que dispunha de 400 leitos. Resultados similares são encontrados no estudo de Fernandes *et al.* (2018).

A qualidade de vida está relacionada à diversos fatores, entre eles aspectos físicos, ambientais, financeiros, psicológicos e do ambiente de trabalho. Os profissionais da saúde lidam diretamente e diariamente com a vida humana no processo saúde-doença, que apresenta o risco de adoecimentos, medos, insegurança, insatisfação e desmotivação, o que compromete a própria saúde (RIBEIRO; SANTANA, 2015).

O ambiente hospitalar é considerado insalubre pela diversidade de riscos enfrentados pelos profissionais para a execução da atividade profissional, sendo ele propenso à

adoecimentos. Além de conviver com infraestrutura inadequada, insumos insuficientes e excesso de demandas assistenciais e burocrática (CARVALHO; MALAGRIS, 2007).

Esses riscos repercutem não só na saúde e vida profissional, mas também na qualidade da assistência prestada (SANTANA *et al.*, 2014). Profissionais da enfermagem expressaram em suas falas o sentimento diário de impotência e dores devido à sobrecarga de trabalho e sentimento de cansaço, angústia e esgotamento físico e emocional (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009).

O conceito de Qualidade de Vida (QV) por muito tempo amparou-se na ausência da doença. Em 1946 foi definido o conceito de saúde, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como “completo bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença” (OMS, 1946), mesmo que profissionais de saúde e as próprias políticas públicas sempre tenham colocado o foco na doença e não na prevenção de doença ou promoção da saúde. Pode-se classificar como recente a preocupação como as medidas de impacto causadas pelas doenças (BERGNER *et al.*, 1981).

Com o avanço da ciência, notou-se que a QV era um tema muito mais amplo do que apenas a ausência de doenças. O olhar holístico foi direcionado para o conceito de QV a fim de enxergá-la na sua totalidade, e o grupo de pesquisa em Qualidade de Vida da OMS reuniu especialistas de todo o mundo e definiu QV como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995; OMS, 1998).

Após definido o conceito apropriado para QV, apesar da crescente necessidade da avaliação da QV em diferentes áreas da saúde, não existiam instrumentos adequados para tal, dentro de uma perspectiva transcultural, o que inviabilizava a avaliação de maneira segura em diferentes etnias e culturas (ORLEY; SAXENA; HERRMAN, 1998). Assim, surgiu o grande desafio de se desenvolver instrumentos capazes de avaliar a QV com características psicométricas válidas (FLECK, 2000a).

A OMS criou o grupo de pesquisa em Qualidade de Vida (grupo WHOQOL), com a função de desenvolver instrumentos seguros e de aplicação transcultural. Foi então criado o método WHOQOL com o prisma transcultural, por tratar-se de um único instrumento de construção colaborativa com especialistas no tema de diversos países, concentrando diversos centros de culturas e costumes distintos. Dessa forma, foi possível levantar as dificuldades e

criar soluções adequadas para a diversidade de idiomas e culturas, de forma a gerar um instrumento validado e traduzido para vários países (FLECK, 2000a).

O primeiro instrumento desenvolvido foi o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100). Este instrumento é composto por 100 perguntas, separadas em 6 domínios, os quais são separados em 24 facetas específicas e uma faceta composta de perguntas gerais sobre QV. As respostas foram construídas segundo escala do tipo Likert. E elas são mensuradas de acordo com intensidade, capacidade, frequência e avaliação (FLECK *et al.*, 1999). O WHOQOL-100 apresentou boas características psicométricas por meio de uma amostra de 8.294 indivíduos de 19 países (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Depois, surgiu a necessidade da criação de instrumentos mais curtos, que demandassem menos tempo para respondê-los, com a mesma segurança e validade transcultural. Então foi criado o WHOQOL-bref, versão abreviada, composto por 26 questões divididas em 24 facetas. Foi possível a criação da versão abreviada por meio de dados que foram retirados de um teste de campo realizado em 18 países (THE WHOQOL GROUP, 1998). A versão em português apresentou boas características de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Então, passou a ser composta por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK *et al.*, 2000).

Estudos de campo foram realizados com o WHOQOL-100 e comprovaram que o domínio Espiritualidade/religião/crenças pessoais “era insuficiente por razões conceituais e empíricas”. Sendo assim, foi iniciado em meados dos anos 90 um projeto para aprimoramento deste domínio, buscando a criação de um conceito amplo e útil para diferentes realidades étnicas e culturais e a inclusão de diversos grupos de diferentes crenças pessoais, religiosas e espirituais (THE WHOQL – SRPB GROUP, 2006; FLECK; SKVINGTON, 2007).

Nessa perspectiva, o domínio espiritualidade/religião/crenças pessoais (SRPB \*sigla em inglês) foi composto por 8 facetas (conexão com um ser ou força espiritual; sentido da vida; admiração; totalidade e integralidade; força espiritual; paz interior; esperança e otimismo; fé) e cada faceta é representada por 4 questões (FLECK *et al.*, 2003). Esse instrumento traduzido e validado para o português brasileiro em 2011 por meio do estudo de Panzine *et al.* (2011).

Buscando melhorar o tempo de resposta aos WHOQOLs, foram realizados mais estudos para a fusão de módulos em apenas um instrumento, para rápida aplicação, o que culminou na criação do WHOQOL-SRPB BREF. O estudo mostrou que em apenas 8 minutos foi possível respondê-lo, sendo então o instrumento aceito, apresentando boa confiabilidade da consistência



interna e válido para aplicação dentro e fora dos cuidados de saúde (SKEVINGTON; GUNSON; O'CONNEL, 2012).

Um estudo transversal desenvolvido com 212 profissionais da saúde, entre eles técnicos de enfermagem, enfermeiros e obstetrias do município de Bebedouro, interior do Estado de São Paulo, avaliou a percepção da QV destes profissionais por meio da utilização do WHOQOL-Bref, no qual a maioria (69,7%) demonstraram satisfação em relação à sua qualidade de vida, apesar de a maior parte (30,3%) apresentar descontentamento com sua QV (SILVA; CAMARGO, 2012).

Por sua vez, a pesquisa conduzida com 131 médicos intensivistas do município de Aracaju, avaliou que a QV de 68,9% era ruim, o que foi influenciado por carga horária de trabalho semanal maior que 90h, tempo de formação maior que 15 anos e faixa etária entre 48 e 69 anos de idade (COSTA *et al.*, 2017).

Resultados diferentes de uma investigação com 123 enfermeiros, do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) do Distrito Federal apontam para uma ótima percepção acerca da QV (72,36%). Porém, é válido ressaltar que no domínio psicológico, na faceta sentimentos negativos, 84,53% referiram a episódios de mal humor, desespero, ansiedade e depressão. O domínio meio ambiente, na faceta ambiente físico (clima, barulho, poluição, trânsito), apresentou a pior média entre todos os domínios (média 13,88) (CABRAL *et al.*, 2020).

Por fim, o estudo de Moraes *et al.* (2018), desenvolvido com profissionais de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), demonstrou que a renda e a quantidade de vínculos empregatícios impactaram negativamente na QV no domínio meio ambiente.

## 2.2 RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE (R/E)

O que antes parecia enfraquecer a fé, como a ideia sustentada por séculos, que a fé era uma neurose, mostrou justamente o contrário: a fé tem cientificidade e está ligada à fisiologia humana, e cada vez mais estudos afirmam a eficiência da religiosidade e/ou espiritualidade (R/E) na saúde do homem (CARNEIRO *et al.*, 2020).

O cérebro é o órgão responsável pelo controle das emoções, fé e razão, diferentemente do que foi acreditado por muitos séculos, que o coração era o responsável por tais funções. Após isso, alguns argumentos psicanalíticos que descredibilizavam a R/E foram reformados.

Aristóteles, por exemplo, acreditava que as funções cerebrais fossem controladas pelo coração e qualquer desordem era compreendida como ação de demônios (MARINO, 2005).

No século V a.C., é mencionada, pela primeira vez na literatura, a conexão entre os órgãos do sentido e o cérebro pelo médico grego Alcmeon. Após a dissecação de cérebros realizada em animais, ele descreveu as funções dos nervos ópticos e então concluiu que o cérebro era o órgão da mente, responsável pela memória e o pensamento. Aristóteles, por sua vez, discordou de Alcmeon no século VI a.C., influenciando todos a entender e defender a ideia de que o coração era o principal órgão do corpo, responsável por todas as funções mentais, responsabilizando deuses e demônios pela saúde e pela doença (JAMES; O'CONNOR, 2003).

Hipócrates, por sua vez, foi o primeiro a chamar a atenção para a real função do cérebro. Mil anos após, no pós-Idade Média e Renascimento, o médico suíço Paracelso (1493-1541) e o anatomista belga Andreas Vesalius (1514-1564), com suas pesquisas baseadas em extensas e minuciosas dissecações, conseguiram comprovar que o cérebro é o órgão de comando das emoções, fé e razão. Porém, é apenas em 1621-1675 que foi exposta pelo médico inglês Thomas Willis a preocupação com as funções do cérebro e proposto, de forma inédita, que os giros cerebrais controlavam a memória, a vontade e a imaginação (MARINO, 2005).

Evidências científicas no campo da neurociência mostraram áreas no cérebro humano responsáveis pela criação de uma consciência espiritual e/ou religiosa, desenvolvida pela própria natureza ou por seu criador, levando-nos a acreditar que a espiritualidade não é algo externo ao homem. Nesse sentido, têm-se desenvolvidos estudos com o propósito de, cada vez mais, desmitificar a crença que a espiritualidade é algo externa ao homem (BORGES; FERREIRA; DIAMANTE, 2017).

Vale lembrar do famoso experimento realizado por Persinger *et al.* (2010) com seres humanos com o uso de um capacete especial que emitia nos hemisférios cerebrais fracos e complexos campos magnéticos gerados através de software. Os participantes eram mantidos vendados e dentro de uma câmara à prova de som. 80% dos participantes relataram sentir a presença de “um ser sensível”, além de experiências emocionais efêmeras relatas, como vibrações intensas, rotação, medo, agressividade, excitação sexual. Isto demonstra que experiências de cunho religioso podem ser simuladas em laboratório, induzidas por campos eletromagnéticos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), ter saúde é muito mais do que a ausência de doenças, é um equilíbrio entre o bem-estar físico, mental e social (OMS, 1998). Nesta perspectiva, a espiritualidade enxerga que saúde é mais do que um conserto do corpo, é

a relação equilibrada do ser humano com o ser humano, com o universo e, por fim, com Deus, com o sagrado (GRUN, 2008).

Um estudo realizado com amostra probabilística representativa da população brasileira acima de 13 anos de idade mostrou que quase toda população está envolvida em alguma forma de prática religiosa e/ou espiritual. O Brasil apresenta um alto nível de envolvimento religioso, sendo que 95% da população têm uma religião, 83% consideram a religião muito importante para a vida e 37% frequentam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2010).

Historicamente foram levantadas várias etimologias para a origem da palavra em latim “religio”. Mais recentemente, afirma-se que “religio” deriva do termo “religere” ou “religare” (FROMAGET, 2007 *apud* ALVES, 2011). Religare significa religação entre o homem e Deus. A religião é um sistema organizado de crenças, rituais e práticas que objetivam acessar o sagrado, o transcendente, a Deus. Já a religiosidade acontece quando o indivíduo acredita e segue essas práticas por grupos de pessoas que se aproximam do Sagrado, do Divino, de Deus, ligadas a uma instituição com características doutrinárias e dogmáticas (LUCCHETTI *et al.*, 2010; KOENING; KING; CARSON, 2012).

A espiritualidade é um sentimento amplo, de todas as emoções e convicções de natureza não material, impulsionado pelo consciente, movido por escolhas vitais (BOFF, 2006). É uma força invisível essencial na vida, trazendo um sentido de continuidade e significação para a existência (LECLERCQ, 1985 *apud* ALVES, 2011). Está relacionada a completude ao outro e consigo mesmo, a valores íntimos, estimulando a busca pessoal pelo sentido da vida (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; DAMIANO *et al.*, 2016; LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2018).

A espiritualidade vem sendo compreendida como um mecanismo de cura e promoção à saúde há muitos séculos, permeando misticismos e cientificidade. Todavia, para ciência, durante muito tempo, a questão religiosa e espiritual constituía-se em um tabu, uma neurose. Sigmund Freud e grandes nomes da ciência, a exemplo de Nietzsche e Marx, acreditavam não haver embasamento científico na fé, compreendendo-a como uma falha cerebral, um viés da saúde. Com o avanço da ciência, as práticas segundo o misticismo foram abandonadas na sua maioria, mesmo que a espiritualidade não tenha sido abandonada pelo homem (BORGES; FERREIRA; DIAMANTE, 2017).

As relações positivas entre religiosidade e saúde são cada vez mais evidentes. Através da The Duke University Religion Index (DUREL), é possível avaliar a religiosidade em todas

as suas três dimensões: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e intrínseca (RI) (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2008). Enquanto a primeira envolve atividades desenvolvidas em público, tais como a participação em reuniões e grupos religiosos, a RNO consiste em atividades religiosas desenvolvidas em privado, como o estudo das escrituras e/ou orações. Já a RI está relacionada ao grau de motivação pessoal (KOENIG; BUSSING, 2010).

Na última década, percebe-se um crescimento expressivo de estudos sobre a R/E, sobretudo no Brasil, conferindo ao país uma posição de destaque nesta área de pesquisa (DAMIANO *et al.*, 2016). Eles demonstram a importância da R/E no contexto de vida de profissionais de saúde, podendo influenciar positivamente nos fatores psicológico e social e contribuir para a saúde desses profissionais (KOENIG, 2012).

A R/E tem apresentado impacto na saúde física e mental, o que proporciona bem-estar psicológico, como felicidade, satisfação com a vida, afeto positivo e moral elevada, tornando-se uma estratégia de prevenção de doenças crônicas e de enfrentamentos rotineiros vividos por profissionais da área da saúde (BONELLI; KOENIG, 2013).

Um estudo de caráter qualitativo do tipo descritivo-exploratório, desenvolvido na unidade de cuidados intensivos de um Hospital Universitário na cidade de São Paulo com enfermeiros e técnicos em enfermagem, descreveu a R/E como auxílio no enfrentamento para profissionais de saúde, para a melhora na qualidade de vida e na relação interpessoal. Corroborando estes dados, estudos têm demonstrado que a R/E em profissionais de saúde influencia a melhoria da relação com o paciente e a melhoria do seu manejo no cuidar (ARIEIRA *et al.*, 2011; OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

Os profissionais da saúde apresentam dificuldades quando se trata de religiosidade e espiritualidade na sua prática profissional. No entanto, acreditam nos inúmeros benefícios da R/E no processo saúde/doença e apresentam resistência quando do uso de práticas religiosas e/ou espirituais no contexto de suas atividades laborativas, podendo ser compreendido como atraso ou dificuldade para o desempenho das atividades profissionais (ALVES, 2011).

Um estudo descritivo, exploratório, quanti-qualitativo, desenvolvido com assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e biólogos, revelou que entre esses profissionais, apesar da maioria ter um elevado grau de espiritualidade, menos da metade dos pesquisados desenvolvia práticas religiosas. O que demonstra a necessidade de maiores estímulos a estes profissionais para o uso da R/E no contexto de suas atividades laborativas (GOBATTO, 2012).

Apontando para a necessidade de maior participação de práticas religiosas e/ou espirituais nas atividades laborais de profissionais de saúde, Carneiro *et al.* (2020) descreveram que o envolvimento religioso influenciou em maiores níveis de leucócitos, neutrófilos e IgA nos profissionais pesquisados. Assim, a R/E pode ser uma estratégia de saúde para a melhoria dos níveis hematológicos e, conseqüentemente, e da imunidade de profissionais de saúde, revelando-se como um benefício para o profissional de saúde.

Sendo o Brasil um país de enorme diversidade religiosa, cabe a reflexão da necessidade de maior compreensão sobre a R/E dos profissionais de saúde. Portanto, torna-se evidente a necessidade de inserir o estudo da religiosidade e espiritualidade na área da saúde desde a formação de profissionais de saúde (CARNEIRO *et al.*, 2020).

---

---

## ***OBJETIVOS***

---

---

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Avaliar a percepção da qualidade de vida dos profissionais de saúde de Sergipe e suas possíveis relações com a espiritualidade e religiosidade.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) identificar os escores de qualidade de vida;
- b) verificar o índice de religiosidade e espiritualidade;
- c) relacionar a percepção de qualidade de vida à religiosidade e espiritualidade.
- d) relacionar a percepção de QV à religiosidade e espiritualidade

---

---

## ***MATERIAIS E MÉTODOS***

---

---

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 TIPO DO ESTUDO E CONTEXTO**

Survey Transversal realizada em hospitais públicos e privados do Estado de Sergipe, no período de 12 de janeiro a 08 de julho de 2022.

Os locais da investigação foram hospitais gerais e maternidades de risco habitual e alto risco em todos os setores de serviço (internamento, bloco cirúrgico, urgência/emergência, unidade de terapia intensiva neonatal, pediátrica e adultos, e gestão hospitalar).

Sergipe é o menor Estado da federação brasileira, dispõe de 2.338.474 habitantes e tem o produto interno bruto de 44,69 bilhões em 2019, com crescimento de 3,6% em relação ao ano anterior, sendo o quinto com maior crescimento entre os Estados brasileiros. No Brasil, 150 milhões de brasileiros são dependentes do SUS (Sistema Único de Saúde), o que equivale a 7 em cada 10 pessoas, e apenas 16,6% dos nordestinos possuem planos de saúde (IBGE, 2021).

O estado dispõe de 3.086 médicos, sendo 64% especialistas e 37% generalistas. Aproximadamente 30 mil profissionais da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). 3.406 psicólogos, 3.143 de fisioterapeutas e 544 de fonoaudiólogos.

### **4.2 PARTICIPANTES**

#### **4.2.1 Critério de seleção**

Foram incluídos na pesquisa profissionais de nível médio (técnicos de enfermagem e em análises clínicas) e superior (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, odontólogos, biomédicos e assistente social) de 18 hospitais e maternidades de Sergipe. Foram excluídos aqueles que trabalhavam na atenção primária à saúde e respostas incompletas aos instrumentos de coleta de dados, totalizando 188 respostas excluídas.

### **4.3 VARIÁVEIS**

#### **4.3.1 Variável dependente**



- Qualidade de vida: variável numérica em números e médias (domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais, Meio Ambiente e Espiritualidade/religião/crenças pessoais).

#### **4.3.2 Variáveis independentes**

- Idade: variável numérica em anos e média;
- Sexo: variável categórica (masculino e feminino);
- Carga horária: variável numérica (horas de trabalho semanal);
- Turno de trabalho: variável categórica (manhã, tarde e noite);
- Renda per capita: considerado salário mínimo atual de R\$ 1.302,00;
- Estado civil: variável categórica (solteiro, casado, união estável, divorciado, viúvo);
- Filhos: variável categórica (sim ou não);
- Setor de trabalho: unidade de internação, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Neonatal e Pediátrica, Urgência e Emergência, Bloco cirúrgico (centro cirúrgico e CME);
- Nível de instrução: variável categórica (graduação, pós-graduação, mestrado, doutorado);
- Espiritualidade: variável numérica em média;
- Religiosidade: variável numérica em média.

### **4.4 FONTE DE DADOS E MENSURAÇÃO**

#### **4.4.1 Instrumento de coleta de dados e desfechos de interesse**

#### **4.4.2 World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- SRPB - Bref) (Anexo A)**

##### **4.4.2.1 Qualidade de vida: desfecho primário**

O WHOQOL-SRPB-Bref é uma versão abreviada do questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – 100) com a inserção do domínio “Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais” (PEDROSO *et al.*, 2015).

O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões, sendo que duas delas não fazem parte de domínios e são analisadas separadamente. As demais 24 questões são agrupadas em quatro

domínios: Físico, Psicológico, Social e Ambiental (FLECK *et al.*, 2000). Ao WHOQOL-Bref foram inseridas oito questões referentes ao domínio Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais. Constituem, então, o WHOQOL-SRPB-bref 34 questões (PEDROSO *et al.*, 2015).

Os scores obtidos podem variar de 34 a 170. Estes devem ser avaliados por domínio, o que consiste em scores de 1 a 5, criando uma média da percepção de qualidade de vida por domínio. Quanto maior a pontuação, melhor a percepção de qualidade de vida (FLECK *et al.*, 2000; PEDROSO *et al.*, 2015).

O instrumento apresentou boas características psicométricas, como consistência interna satisfatória, boa fidedignidade teste-reteste, validade discriminante, validade de critério e concorrente. Além disso, apresentou características psicométricas semelhantes à versão longa (WHOQOL-100) QV (FLECK *et al.*, 2000).

Apesar de existirem algumas tentativas de determinação de pontos de corte para instrumentos WHOQOL (SILVA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2019), não foi possível identificar nenhum artigo de acurácia diagnóstica balizado pelo protocolo STARD (Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy Studies) (BOSSUYT *et al.*, 2015) para o WHOQOL-SRPB-bref 34, nem muito menos utilizando métodos de determinação de pontos de corte como Youden ou critério de “closest-to-(0, 1)” (LIU, 2012), foi identificado, o que impossibilita a utilização de pontos de corte.

Assim a qualidade de vida nessa dissertação foi considerada satisfatória quando média  $\geq 50$  e insatisfatória, quando  $< 50$  de média.

#### **4.4.3 Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES) (Anexo B)**

##### **4.4.3.1 Espiritualidade: desfecho secundário**

A ARES é uma escala unidimensional construída e validada para o português brasileiro, formada por 11 itens divididos em 4 dimensões: crenças espirituais, práticas espirituais, experiências espirituais e atitudes/consequências. É de aplicação breve, de fácil compreensão e apresenta propriedades psicométricas adequadas e consistência interna excelente (BRAGHETTA, 2017).

Cada item é avaliado em uma escala de 05 pontos, ao qual são atribuídos valores de 1 a 5 para cada alternativa. Assim, cada item apresenta escore mínimo de 1 e máximo de 5. Enquanto os escores das dimensões são dados pela soma dos escores dos seus respectivos itens, o escore final da escala é dado pela soma total de todas as dimensões, apresentando escore

mínimo de 12 e máximo de 60. Com isso, quanto maior a pontuação obtida, mais positivas são as dimensões do participante, e quanto menor a pontuação obtida, mais negativa (BRAGHETTA, 2017).

1ª dimensão: Crenças e espiritualidade estão os itens 1, 4, 6, 9 e 11;

2ª dimensão: Práticas espirituais estão os itens 2 e 12;

3ª dimensão: Experiências Espirituais estão os itens 3 e 8;

4ª dimensão: Atitudes/consequências estão os itens 5, 7 e 10 (BRAGHETTA, 2017).

#### **4.4.4 Índice de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL) (Anexo C)**

##### **4.4.4.1 Religiosidade: desfecho secundário**

A escala de Religiosidade de Duke (DUREL) foi criada a partir da carência de escalas em língua portuguesa e de rápida aplicabilidade. A DUREL possui apenas cinco perguntas objetivas que interpretam três dimensões de religiosidade e se relacionam com desfechos em saúde: organizacional (RO), não organizacional (RNO) e intrínseca (RI). As primeiras duas perguntas do instrumento abordam a RO e a RNO, que indicam dados sobre saúde física, mental e suporte social. As três últimas perguntas (3, 4 e 5) abordam a RI e indicam dados sobre suporte social e desfechos em saúde (ALMEIDA *et al.*, 2008).

A RO envolve atividades desenvolvidas em público, tais como participação de reuniões e grupos religiosos. A RNO relaciona-se àquelas atividades religiosas desenvolvidas em privado, como o estudo das escrituras e/ou orações. Já a RI está relacionada ao grau de motivação pessoal (KOENING; BUSSING, 2010).

A DUREL apresenta pontuação geral de 5 a 22, considerando que o instrumento permite avaliar três dimensões de religiosidade (RO, RNO e RI), em três subescalas, sendo que cada escala avalia um aspecto particular. Devem, pois, serem analisadas separadamente. A escala apresenta uma medida psicométrica confiável e válida de religiosidade (KOENING; BUSSING, 2010).

Os profissionais foram considerados como alto ou baixo envolvimento religioso. Aplicando-se a interpretação:  $\geq 04$  como alto envolvimento religioso para RO e RNO,  $< 04$  como envolvimento religioso baixo; Para a subescala RI  $\geq 10$  como alto e  $< 10$ , baixo envolvimento religioso. Devendo ser considerado como envolvimento religioso alto quando em pelo menos uma das três subescalas (RO, RNO e RI) obter resultado alto (KOENIG *et al.*, 1997; AZORIN *et al.*, 2013; ABDELGAWAD *et al.*, 2017).

#### **4.4.5 Procedimentos de coleta de dados**

Os procedimentos de contato com participantes e/ou coleta de dados em qualquer etapa da pesquisa foram realizados em ambiente virtual, em meio a pandemia de COVID-19 e por conveniência. Os instrumentos de coleta de dados foram disponibilizados por meio de formulário eletrônico, a partir da geração e compartilhamento de um link específico que deu acesso ao Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) e aos Instrumentos de pesquisa.

Após aprovação do comitê de ética e pesquisa (CEP), o planejamento foi enviar o link da pesquisa para o e-mail dos profissionais de saúde. Para isso, contaríamos com a lista de contatos fornecida pelos hospitais por meio do Núcleo de Educação Permanente (NEP) e Recursos Humanos. Porém, em virtude da lei de proteção dos dados pessoais (Lei nº 13.853), que inviabilizava o fornecimento dos contatos eletrônicos, contamos com a cooperação dos coordenadores e gerentes das unidades hospitalares para compartilhamento do link da pesquisa por meio dos grupos de trabalho via WhatsApp e por e-mail, e conseqüente, podemos contar com a cooperação dos próprios profissionais de saúde no compartilhamento para outros profissionais.

Após o envio das respostas, foi possível excluir do banco de dados, caso houvesse solicitação pelo participante via e-mail. Para garantia do sigilo das informações, o formulário foi criado vinculado a um e-mail especificamente feito para a pesquisa e somente os membros do projeto tiveram acesso aos formulários respondidos.

#### **4.5 TAMANHO DO ESTUDO**

Ao projetar um estudo em que o objetivo é testar se um efeito estatisticamente significativo está presente, os pesquisadores geralmente desejam garantir que o tamanho da amostra seja grande o suficiente para evitar conclusões errôneas para uma variedade de tamanhos de efeito (LAKENS, 2022). Este estudo buscou avaliar se há relação entre a percepção de QV, espiritualidade e religiosidade.

Para tal, um possível método é a regressão linear múltipla. Sendo assim, aplicando o procedimento proposto por Cohen (2013), que envolve o uso de integrais, e devido à sua complexidade, não o exporemos aqui. Assim, foi realizado o cálculo amostral visando a obtenção de variáveis significativas de tamanho pequeno a médio ( $f^2=0,074$ ), 5% de

significância, 80% de poder e oito variáveis independentes (dimensões das escalas independentes), sendo necessários **211 participantes**. A participação foi adquirida através de profissionais de saúde de 18 hospitais públicos, privados e filantrópicos, e em maternidades públicas do estado de Sergipe. O cálculo amostral foi feito pelo software G\*Power 3.1.9.7.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Estácio de Sergipe, em 05 de outubro de 2021, sob parecer 5.020.350 e CAEE 51637421.5.0000.8079 (anexo D). Obedeceu aos critérios de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, que discursa sobre as exigências necessárias para conduzir uma pesquisa com seres humanos envolvidos. Os dados coletados e analisados serão mantidos na posse dos pesquisadores para eventuais comprovações por 05 anos.

Os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A) a fim de que compreendessem os objetivos, procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos na pesquisa e puderam decidir entre participar (aceito) ou não (não aceito), bem como, solicitar a retirada da sua participação em qualquer tempo. No caso de não aceitação, o formulário foi encerrado e o participante não teve acesso às questões. Nos casos de aceite, o participante foi direcionado ao preenchimento do formulário eletrônico. Caso o participante desistisse de participar e encerrar seu preenchimento antes de clicar em “enviar” para finalizar a participação, nenhuma resposta seria salva, garantindo a liberdade do participante em abandonar a pesquisa, se assim desejasse. As respostas computadas foram somente as que foram enviadas pelos participantes, por meio do clique no botão “enviar” no final do preenchimento.

O convite foi enviado por e-mail e grupos de WhatsApp, com a colaboração de gestores (coordenadores e gerentes das unidades hospitalares). O convite esclareceu aos participantes da pesquisa, que antes de responder às perguntas do pesquisador disponibilizadas em ambiente não presencial ou virtual (questionário/formulário ou entrevista), seria apresentado o TCLE para a sua anuência e os pesquisadores enfatizaram a importância de o participante de pesquisa guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico.

Nenhuma informação capaz de identificar pessoalmente os participantes foi solicitada, garantindo o sigilo e anonimato da pesquisa. Não houve solicitações de retirada de participação,

caso houvesse, a exclusão da participação procederia através do e-mail correspondente ao participante.

#### 4.7 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Os dados foram exportados para um software R Core Team 2022 (Versão 4.2.0). Após serem codificados e tabulados, os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Para as variáveis quantitativas, foram apresentadas medidas de tendência central e medidas de dispersão; para as variáveis categóricas, frequências relativas e absolutas.

O pressuposto de aderência das variáveis contínuas à distribuição normal foi testado pelo teste de Shapiro-Wilks. Como confirmado, a hipótese de igualdade de média foi testada por meio dos testes T para amostras independentes, ANOVA ou Teste de Tukey (múltiplas comparações). Para avaliar as correlações entre as escalas foi utilizada a correlação de Pearson. A correlação de Pearson possui como interpretação: pequena ( $R < 0,4$ ), média ( $0,4 < R < 0,7$ ) e grande ( $R > 0,7$ ) (DANCEY; REIDY, 2007).

Para avaliar as relações entre variáveis contínuas, foi utilizado o modelo de regressão linear simples e múltipla. Contudo, este modelo possui pressupostos dentre eles: normalidade dos resíduos (KNIEF; FORSTMEIER; 2021), homoscedasticidade (YANG, TU, CHEN, 2019), ausência de autocorrelação serial (DAS, 2019) e ausência de multicolinearidade (OBITE *et al.*, 2020). Para testar esses pressupostos foram utilizados respectivamente os seguintes testes e métricas: teste de Shapiro-Wilks (normalidade quando  $p > 0,05$ ) (GONZÁLEZ-ESTRADA; COSMES; 2019), Teste de Breusch-Pagan (homoscedasticidade quando  $p > 0,05$ ) (HALUNGA; ORME; YAMAGATA; 2017), teste de Durbin-Watson (ausência de autocorrelação serial quando  $p > 0,05$ ) (TURNER, 2020) e fator de inflação da variância (VIF – Variance Inflation Factor;  $VIF < 10$ ) (KIM, 2019). Neste trabalho, observou-se violações dos pressupostos de normalidade dos resíduos e homoscedasticidade, o que indica o uso do método de estimação mínimos quadrados ponderados (COHEN; MIGLIORATI, 2017) que produz erros padrões robustos e contorna ambos os problemas. O nível de significância adotado foi de 5%.

**Quadro 1. Análises realizadas de acordo com os objetivos da dissertação. Sergipe, 2023.**

<b>Objetivo</b>	<b>Análise</b>
a) Avaliar a percepção da qualidade de vida dos profissionais de saúde de Sergipe e suas possíveis relações com a espiritualidade e religiosidade.	b) Estatística Descritiva. Correlação de Pearson. Regressão Linear Simples e Múltipla por meio de mínimos quadrados ponderados. Testes de Shapiro-Wilks, Breusch-Pagan e Durbin-Watson, VIF.
c) identificar os escores de QV	d) Estatística descritiva.
e) verificar o índice de religiosidade e espiritualidade;	f) Estatística descritiva.
g) relacionar a percepção de QV à religiosidade e espiritualidade;	h) Correlação de Pearson. Regressão Linear Simples. i) Regressão Linear Múltipla por meio de mínimos quadrados ponderados. Testes de Shapiro-Wilks, Breusch-Pagan e Durbin-Watson, VIF.

---

---

## ***RESULTADOS***

---

---



## 5 RESULTADOS

Na amostra estudada, a média de idade foi de 36,6 anos (DP:8,2), 74,9% são do sexo feminino, 59,7% se identificam como pardos, 94,3% residem na zona urbana, 53,6% têm filhos, 60,7 possuem renda até 3 salários mínimos, 47,9% são casados e 45% são solteiros, 83,9% têm pelo menos ensino superior completo, 85,8% trabalham em estabelecimento público, 92,4% têm menos de dois anos de atuação, 82% possuem dois vínculos de trabalho, 91% consideram-se religiosos, sendo que as religiões mais citadas são: católico (52,6%), protestante (24,2%) e espírita (10,9%), ateus constituem 9% da amostra, 50,7% praticam atividade física, 2,8% fumam e 43,1% bebem.

Acerca da escala WHOQOL, percebe-se média no domínio Físico de 71,5 (DP:14); no domínio Psicológico, 66,8 pontos (DP:14,8); no domínio de Relações Sociais, 69,3 pontos (DP:16,8); no domínio de Meio Ambiente, 61,4 pontos (DP:14,2); no domínio de Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais, 74,6 pontos (DP:15); no item de Qualidade de Vida Global, 69,9 pontos (DP:20,4); no item de Percepção Geral da Saúde, 66,4 pontos (DP:21); e no total, 68,9 pontos (DP:11,6).

Em relação à escala ARES, a média no domínio Crenças e espiritualidade foi 22,8 pontos (DP:3); no domínio Práticas espirituais, 8,9 pontos (DP:1,8); no domínio Experiências Espirituais, 9,1 pontos (DP:1,5); Atitudes/consequências, 13,7 pontos (DP:2,1), e no total, 54,5 pontos (DP:7,4). Na escala DUREL, observa-se média no domínio Religiosidade Organizacional de 3,4 pontos (DP:1,4); no domínio Religiosidade Não Organizacional, 3,1 pontos (DP:1,6); e no domínio Religiosidade Intrínseca, 5,3 pontos (DP:2,4).

**Tabela 1. Descrição da qualidade de vida, espiritualidade e religiosidade por domínios/dimensões. Sergipe, 2023.**

	Média (DP)
<b>WHOQOL</b>	
Físico	71,5 (14)
Psicológico	66,8 (14,8)
Relações Sociais	69,3 (16,8)
Meio Ambiente	61,4 (14,2)
Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais	74,6 (15)
Qualidade de Vida Global	69,9 (20,4)
Percepção Geral da Saúde	66,4 (21)
Total	68,9 (11,6)
<b>ARES</b>	
Crenças e espiritualidade	22,8 (3)
Práticas espirituais	8,9 (1,8)
Experiências Espirituais	9,1 (1,5)

	Média (DP)
<b>WHOQOL</b>	
Atitudes/consequências	13,7 (2,1)
Total	54,5 (7,4)
<b>DUREL</b>	
Religiosidade Organizacional	3,4 (1,4)
Religiosidade Não Organizacional	3,1 (1,6)
Religiosidade Intrínseca	5,3 (2,4)

**Legenda:** DP – Desvio Padrão.

**Fonte:** dados da pesquisa.

Entre as profissões, 49,3% são enfermeiros, 28,4% são técnicos de enfermagem, 7,6% são fisioterapeutas, 6,2% são médicos, 2,8% são fonoaudiólogos, 1,9% são psicólogos e 3,8% de outras profissões. Acerca dos setores de trabalho, 35,1% trabalham no internamento, 19,9 em urgência e emergência, 14,7% em UTI, 12,3% na gestão hospitalar, 10,4% em Clínica Cirúrgica, 4,7% em laboratórios de análise clínicas e 3,8% em UTIN/UTI pediátrica.

Na tabela 2, são apresentadas as médias do WHOQOL para as dimensões Físico, Psicológico, Relações Sociais, Meio ambiente e Espiritualidade/Religião/Crenças, além dos itens de Qualidade de Vida Global e Percepção de Geral da Saúde e Total, para cada variável sociodemográfica. Quanto ao sexo, há maiores médias de pontuações para o sexo masculino nos domínios Relações Sociais ( $p=0,007$ ) e Meio Ambiente ( $p=0,001$ ), e no item Percepção de Geral Saúde ( $p=0,045$ ).

A respeito da raça/cor autodeclarada, existem diferenças significativas no domínio Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais ( $p=0,020$ ). Mais especificamente, a raça/cor autodeclarada pardo tem maior pontuação do que negro. No que se refere à moradia foram observadas maiores médias para zona urbana nos domínios Psicológico ( $p=0,043$ ), Espiritualidade/Religião/Crenças ( $p=0,025$ ) e no Total ( $p=0,047$ ) (tabela 2).

Em relação à renda, constata-se diferenças significativas nas médias das dimensões Relações Sociais ( $p=0,021$ ) e Meio Ambiente ( $p<0,001$ ), e dos itens Qualidade de Vida Global ( $p=0,006$ ) e Percepção de Geral da Saúde ( $p=0,046$ ), e do Total ( $p=0,005$ ). Mais especificamente, a faixa de renda até 1 salário mínimo (SM) tem menor pontuação da dimensão Relações Sociais do que as faixas de renda de 3 SM e  $\geq 6$  SM; no domínio Meio Ambiente, as faixas de renda 3 SM, 5 SM e  $\geq 6$  SM têm pontuação superior às faixas de 1 SM e 2 SM, a faixa de  $\geq 6$  SM tem maior média do que a faixa de 3 SM; a faixa de renda até 2 SM tem menor pontuação no item Qualidade de Vida Global do que a faixa de renda de  $\geq 6$  SM; a faixa de renda até 1 SM tem menor pontuação no item Percepção de Geral da Saúde do que a faixa de renda de  $\geq 6$  SM; e a faixa de renda de 1 SM tem pontuação Total inferior às faixas de 3 SM e

$\geq 6$  SM; já as faixas de renda de 2 SM e 5 SM têm pontuação Total inferior à faixa de 6 SM (tabela 2).

No nível de instrução, há maiores médias no domínio Meio Ambiente ( $p=0,014$ ) para os profissionais com especialização/pós-graduação ou mestrado, do que os com somente ensino médio (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da qualidade de vida por domínios para cada variável demográfica. Sergipe, 2023.

	WHOQOL							
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	Espiritualidade Religião Crenças pessoais	Qualidade de Vida Global	Percepção Geral de Saúde	Total
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
<b>SEXO</b>								
Feminino	71,1 (13,4)	65,8 (14,1)	67,6 (16)	59,5 (13,4)	75,2 (14,2)	69,1 (18,8)	64,9 (20,4)	68,1 (10,9)
masculino	72,8 (15,6)	69,8 (16,4)	74,4 (18,4)	67,2 (15,1)	72,6 (17)	72,2 (24,8)	70,8 (22,3)	71,1 (13,3)
p-valor	0,444	0,062	<b>0,007*</b>	<b>0,001*</b>	0,355	0,107	<b>0,045*</b>	0,121
<b>MORADIA</b>								
Zona Rural	65,2 (20,7)	56,7 (18,4)	63,2 (22,6)	52,3 (23,2)	62,5 (19,8)	62,5 (16,9)	58,3 (22,2)	59,7 (16,8)
Zona Urbana	71,9 (13,5)	67,4 (14,3)	69,7 (16,4)	62 (13,4)	75,3 (14,4)	70,4 (20,6)	66,8 (20,9)	69,4 (11)
p-valor	0,357	<b>0,043*</b>	0,177	0,232	<b>0,025*</b>	0,115	0,138	<b>0,047*</b>
<b>FILHOS</b>								
Sim	69,8 (14,9)	68 (13,7)	69,3 (16,1)	60,5 (14,1)	76,6 (13,7)	71 (18,2)	65,9 (21,7)	69,1 (11,1)
Não	73,4 (12,6)	65,4 (15,9)	69,3 (17,7)	62,5 (14,3)	72,2 (16,1)	68,6 (22,8)	66,8 (20,2)	68,6 (12,2)
p-valor	0,071	0,249	0,999	0,359	0,099	0,673	0,848	0,973
<b>RENDA</b>								
1 SM	66,6 (15,9)	63,5 (11,8)	59,8 (15,1) <sup>a</sup>	48,5 (15,3) <sup>a</sup>	69,6 (15,8)	64,7 (21,8) <sup>a,b</sup>	55,9 (22,6) <sup>a</sup>	61,7 (11,1) <sup>a</sup>
2 salários mínimos	70,4 (12,4)	61,1 (15,9)	64,3 (18,7) <sup>a,b</sup>	55,3 (14,4) <sup>a</sup>	73 (16,5)	63,8 (23) <sup>a</sup>	69,1 (21,3) <sup>a,b</sup>	65,4 (12) <sup>a,b</sup>
3 salários mínimos	72,9 (13,6)	68,4 (14,9)	72,1 (16,4) <sup>b</sup>	61,7 (11,5) <sup>b</sup>	77,2 (14,9)	69,2 (16,4) <sup>a,b</sup>	65,4 (18,9) <sup>a,b</sup>	70,3 (10,9) <sup>b,c</sup>
5 salários mínimos	71,2 (14)	66,9 (12,6)	69,4 (16,4) <sup>a,b</sup>	63,1 (13) <sup>b,c</sup>	73,2 (15,4)	70,5 (18) <sup>a,b</sup>	64,1 (18,8) <sup>a,b</sup>	68,8 (11) <sup>a,b</sup>
>=6 salários mínimos	72,3 (15,2)	70,2 (15,2)	72,5 (15) <sup>b</sup>	69,9 (13,3) <sup>c</sup>	74,7 (12,7)	77,8 (23,6) <sup>b</sup>	71,6 (23,9) <sup>b</sup>	72,2 (11,6) <sup>c</sup>
p-valor	0,652	0,067	<b>0,021*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	0,305	<b>0,006*</b>	<b>0,046*</b>	<b>0,005*</b>
<b>NÍVEL DE INSTRUÇÃO</b>								
Ensino médio completo	69,7 (14,2)	68,2 (13,6)	68,9 (18,2)	55,2 (14) <sup>a</sup>	76,1 (15,5)	66,2 (18,3)	64 (24)	67,5 (12,2)
Ensino superior completo	71,3 (15,3)	64,7 (17,9)	68,5 (16,6)	59,8 (15,8) <sup>a,b</sup>	73,4 (17)	69,6 (23,7)	64,2 (20,9)	67,7 (13,3)
Especialização/Pós-Graduação	72 (13,8)	66,3 (14,3)	69,1 (16,3)	62,7 (12,4) <sup>b</sup>	73,8 (14,8)	70 (19,6)	67,7 (19,5)	69 (10,7)
Mestrado	72,9 (13,6)	70 (13,9)	71,3 (19,6)	66,9 (19) <sup>b</sup>	77,2 (12,7)	73,8 (23,6)	67,5 (24,5)	71,9 (13,4)
Doutorado	67,9 (9,2)	71,3 (7,5)	77,1 (14,2)	64,1 (5,4) <sup>a,b</sup>	81,9 (5,3)	81,3 (12,5)	62,5 (25)	72,2 (3,3)
p-valor	0,862	0,852	0,823	<b>0,014*</b>	0,675	0,335	0,792	0,629

**Legenda:** DP – Desvio Padrão. ANOVA. \*p<0,05. <sup>a,b,c</sup> Subgrupos distintos ao nível de 5% para o teste de Tukey.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Acerca do tipo de instituição de trabalho, percebe-se diferenças significativas nas médias das dimensões Psicológico ( $p=0,009$ ), onde o tipo público tem maior média que as demais dimensões e não se observa resultados significativos (tabela 3).

Por sua vez, sobre o setor de trabalho Urgência e Emergência, observa-se maiores médias no domínio Espiritualidade/Religião/Crenças ( $p=0,011$ ) e no Total ( $p=0,023$ ) para os que não estão neste setor (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da qualidade de vida por domínios para cada variável profissional. Sergipe, 2023.

	WHOQOL							
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	Espiritualidade Religião Crenças pessoais	Qualidade de Vida Global	Percepção Geral de Saúde	Total
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
<b>Tipo de Instituição</b>								
Público	72,1 (14,2)	68,2 (14,9)	69,3 (17,4)	61,1 (14,2)	75,3 (15,3)	71,3 (20,4)	67,7 (20,6)	69,4 (11,7)
Privado	70,1 (13,5)	63,4 (13,9)	69,4 (15,4)	62,1 (14,4)	72,9 (14)	66,4 (20,4)	63,1 (21,7)	67,6 (11,5)
p-valor	0,303	<b>0,009*</b>	0,874	0,412	0,148	0,061	0,192	0,338
<b>Urgência e Emergência</b>								
Sim	70,4 (14,7)	62,9 (16,2)	65,7 (20,6)	58,9 (13,6)	67,4 (19,2)	63,7 (24,8)	61,9 (20,8)	64,9 (13)
Não	71,8 (13,8)	67,8 (14,3)	70,2 (15,7)	62,1 (14,4)	76,4 (13,2)	71,4 (19)	67,5 (20,9)	69,8 (11,1)
p-valor	0,455	0,085	0,327	0,062	<b>0,011*</b>	0,082	0,074	<b>0,023*</b>
<b>Internamento</b>								
Sim	71,3 (14,0)	68,0 (14,4)	71,5 (16,4)	62,0 (16,0)	77,7 (13,4)	70,9 (18,5)	65,9 (23,3)	70,2 (11,5)
Não	71,6 (14,0)	66,1 (14,9)	68,1 (17,0)	61,1 (13,2)	72,9 (15,6)	69,3 (21,4)	66,6 (19,7)	68,2 (11,6)
p-valor	0,817	0,655	0,253	0,332	0,069	0,804	0,900	0,336
<b>UTI</b>								
Sim	71,5 (13,4)	67,6 (13,2)	70,4 (12,9)	64,5 (11,6)	77 (13,2)	73,4 (19,3)	68,5 (23,2)	70,6 (9,6)
Não	71,5 (14,1)	66,6 (15)	69,1 (17,4)	60,9 (14,6)	74,2 (15,3)	69,3 (20,6)	66 (20,6)	68,6 (11,9)
p-valor	0,818	0,752	0,888	0,163	0,381	0,288	0,266	0,470
<b>UTINP</b>								
Sim	75,9 (15)	65,6 (23,1)	66,7 (18,9)	59,8 (20,4)	72,6 (12,6)	65,6 (29,7)	59,4 (18,6)	68,1 (15,2)
Não	71,3 (13,9)	66,8 (14,4)	69,4 (16,8)	61,5 (14)	74,7 (15,1)	70,1 (20,1)	66,6 (21,1)	68,9 (11,5)
p-valor	0,363	0,519	0,916	0,887	0,544	0,873	0,293	0,932
<b>Quantos vínculos profissionais você tem?</b>								
1	71,8 (11,4)	66,7 (11,1)	68,1 (13,9)	61,5 (14,9)	76,5 (11,5)	70,8 (19,4)	68,1 (20,4)	69,4 (8,4)
2	71,4 (14,5)	66,8 (15,5)	69,6 (17,5)	61,4 (14,2)	74,1 (15,7)	69,7 (20,8)	66 (21,2)	68,7 (12,2)
p-valor	0,803	0,762	0,395	0,864	0,638	0,751	0,503	0,820

**Legenda:** DP – Desvio Padrão. ANOVA. \*p<0,05. <sup>a,b,c</sup> Subgrupos distintos ao nível de 5% para o teste de Tukey.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Em relação a se considerar religioso, existem maiores médias no domínio Espiritualidade/Religião/Crenças ( $p=0,003$ ) e no Total ( $p=0,019$ ) para os que se consideram religiosos. Em relação a qual religião, foram identificadas diferenças nas médias da dimensão Espiritualidade/Religião/Crenças ( $p<0,001$ ), isto é, os protestantes possuem maior média do que os católicos e ateus, e os espíritas têm maior média que os ateus (tabela 4).

Sobre fumar, há maiores médias no domínio Espiritualidade/Religião/Crenças ( $p=0,036$ ) para os que não fumam; já sobre beber, maiores médias no domínio Espiritualidade/Religião/Crenças ( $p=0,001$ ) e no Total ( $p=0,029$ ) para os não bebem. Nas demais variáveis, não foram verificados resultados significativos (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da qualidade de vida por domínios para cada variável religiosa e hábitos. Sergipe, 2023.

	WHOQOL							
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	Espiritualidade Religião Crenças pessoais	Qualidade de Vida Global	Percepção Geral de Saúde	Total
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
<b>Considera-se religioso?</b>								
Sim	71,7 (14,1)	67,4 (14,1)	70,1 (15,9)	62,1 (13,6)	75,7 (14,2)	70,7 (19,8)	66,4 (20,9)	69,6 (11,2)
Não	69,9 (13,4)	60,5 (19,6)	61,8 (23,5)	54,3 (18,3)	62,9 (17,7)	61,8 (25,5)	65,8 (22,4)	61,9 (13,8)
p-valor	0,544	0,187	0,103	0,071	<b>0,003*</b>	0,117	0,832	<b>0,019*</b>
<b>Qual religião?</b>								
Teísta	70,7 (21,9)	62 (19,2)	56,7 (18,1)	61,3 (16,5)	69,4 (16,2) <sup>a,b,c</sup>	65 (22,4)	60 (37,9)	65,1 (15,5)
Católico	71,7 (12,6)	67,2 (13,1)	69,5 (15,5)	62 (12,6)	73,2 (14,1) <sup>b</sup>	69,1 (19,4)	65,1 (18,2)	68,7 (10,2)
Espírita	72,2 (17,3)	70,7 (16,6)	75 (14,4)	66,2 (13)	77,1 (15,7) <sup>b,c</sup>	78,3 (21,7)	77,2 (18,3)	72,4 (12,7)
Protestante	71,8 (15,2)	67,5 (14,5)	70,8 (16,8)	60,8 (15,9)	81,3 (12,3) <sup>c</sup>	71,1 (19,6)	65,7 (24)	70,8 (12,2)
Ateu	69,9 (13,4)	60,5 (19,6)	61,8 (23,5)	54,3 (18,3)	62,9 (17,7) <sup>a</sup>	61,8 (25,5)	65,8 (22,4)	61,9 (13,8)
p-valor	0,960	0,442	0,081	0,285	<b>&lt;0,001*</b>	0,141	0,163	0,051
<b>Fuma?</b>								
Sim	67,3 (15,1)	65,8 (15,3)	73,6 (22,6)	67,2 (9,6)	60,6 (16,4)	70,8 (29,2)	50 (31,6)	65,4 (12,3)
Não	71,6 (14)	66,8 (14,8)	69,2 (16,7)	61,3 (14,3)	75 (14,8)	69,9 (20,2)	66,8 (20,5)	69 (11,6)
p-valor	0,412	0,965	0,746	0,296	<b>0,036*</b>	0,772	0,100	0,441
<b>Bebe?</b>								
Sim	70,2 (13,3)	64,8 (14,9)	68,3 (17,2)	61,7 (15,2)	70,5 (15,9)	67,9 (23,4)	65,9 (21,3)	67,1 (12,1)
Não	72,5 (14,5)	68,3 (14,5)	70,1 (16,5)	61,3 (13,5)	77,6 (13,5)	71,5 (17,8)	66,7 (20,8)	70,2 (11,1)
p-valor	0,119	0,059	0,343	0,915	<b>0,001*</b>	0,402	0,814	<b>0,029*</b>

**Legenda:** DP – Desvio Padrão. ANOVA. \*p<0,05. <sup>a,b,c</sup> Subgrupos distintos ao nível de 5% para o teste de Tukey.

**Fonte:** Dados da pesquisa.



O modelo de regressão linear simples precisa ter todos os seus pressupostos garantidos para funcionar bem ou uma variação do mesmo precisa ser utilizada para se adequar as violações dos pressupostos. No presente trabalho, ocorreu a violação dos pressupostos de homoscedasticidade e resíduos normais. A solução para ambos os problemas consiste no uso do método de mínimos quadrados ponderados que corrige a heteroscedasticidade e é eficiente mesmo na presença de resíduos não normais. Para mais detalhes consultar o apêndice C. A tabela 5, por seu turno, apresenta os modelos de regressão brutos e ajustados em suas versões corrigidas e com erros padrões robustos a heteroscedasticidade e não normalidade dos resíduos.

Foi possível observar a influência isolada e significativamente positiva para todas as dimensões de ARES e negativas para as dimensões de DUREL. Podemos identificar, ainda, influência ajustada significativamente negativa para todas a dimensão Religiosidade Não Organizacional de DUREL.

**Tabela 5. Distribuição de regressão bruta e ajustado da espiritualidade e religiosidade em relação à qualidade de vida segundo dimensões. Sergipe, 2023.**

	Bruto		Ajustado	
	B (IC95%)	p-valor	B (IC95%)	p-valor
Intercepto	74,579 (72,545;76,612)	<0,001	74,950 (-17,076;166,977)	0,101
<b>ARES</b>				
Crenças e espiritualidade	2,058 (1,262;2,854)	<0,001	0,079 (-1,169;1,327)	0,900
Práticas espirituais	3,492 (2,191;4,794)	<0,001	-0,152 (-1,830;1,527)	0,859
Experiências Espirituais	3,373 (1,983;4,764)	<0,001	0,780 (-0,982;2,542)	0,385
Atitudes/consequências	2,993 (1,929;4,056)	<0,001	0,721 (-1,317;2,759)	0,486
<b>DUREL</b>				
Religiosidade Organizacional	-3,647 (-4,970;-2,325)	<0,001	-1,101 (-2,721;0,520)	0,182
Religiosidade Não Organizacional	-4,291 (-5,561;-3,051)	<0,001	-2,063 (-3,570;-0,555)	0,008
Religiosidade Intrínseca	-2,583 (-3,408;-1,757)	<0,001	-0,657 (-1,883;0,568)	0,291

**Legenda:** B – Coeficiente de Regressão. IC95% – Intervalo com 95% de confiança. Modelo ajustado para sexo, renda, setor de trabalho, filhos e considera-se religioso.

**Fonte:** dados da pesquisa.

A seguir, na tabela 6, são apresentadas as médias do ARES para as dimensões crença/espiritualidade, práticas espirituais, experiências espirituais, atitudes/consequências, e o total para cada variável sociodemográfica.

Acerca do sexo, maiores médias de pontuações foram verificadas para o sexo feminino nas dimensões Crença/Espiritualidade ( $p=0,013$ ), Práticas Espirituais ( $p=0,003$ ), Experiências Espirituais ( $p=0,023$ ), Atitudes/Consequências ( $p<0,001$ ) e o Total ( $p=0,010$ ) (tabela 6).

Em relação a ter filhos, há maiores médias para os que têm nos domínios Crença/Espiritualidade ( $p=0,022$ ), Práticas Espirituais ( $p=0,013$ ), Experiências Espirituais ( $p=0,047$ ), Atitudes/Consequências ( $p=0,029$ ) e o Total ( $p=0,011$ ) (tabela 6).

**Tabela 6. Distribuição da espiritualidade segundo dimensões. Sergipe, 2023.**

	ARES				
	Crença/ Espiritualidade Média (DP)	Práticas Espirituais Média (DP)	Experiências Espirituais Média (DP)	Atitudes/ Consequências Média (DP)	Total Média (DP)
<b>SEXO</b>					
Feminino	23,2 (2,2)	9,2 (1,4)	9,3 (1,2)	14 (1,6)	55,7 (5,2)
Masculino	21,6 (4,4)	8,1 (2,4)	8,5 (2,1)	12,6 (2,9)	50,8 (11)
p-valor	<b>0,013*</b>	<b>0,003*</b>	<b>0,023*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	<b>0,010*</b>
<b>MORADIA</b>					
Zona Rural	22,6 (3,3)	8,8 (1,8)	9 (1,3)	13,5 (2,3)	53,8 (8,1)
Zona Urbana	22,8 (3)	8,9 (1,8)	9,1 (1,5)	13,7 (2,1)	54,5 (7,4)
p-valor	0,947	0,838	0,547	0,708	0,882
<b>FILHOS</b>					
Sim	23,3 (2,3)	9,2 (1,4)	9,3 (1,3)	14 (1,7)	55,7 (5,6)
Não	22,3 (3,5)	8,5 (2,1)	8,8 (1,8)	13,3 (2,4)	53 (8,8)
p-valor	<b>0,022*</b>	<b>0,013*</b>	<b>0,047*</b>	<b>0,029*</b>	<b>0,011*</b>
<b>RENDA</b>					
1 salário mínimo	22,2 (2,8)	8,7 (1,5)	8,9 (1,2)	13,6 (2)	53,4 (6,5)
2 salários mínimos	22,7 (2,3)	8,9 (1,6)	9,4 (1)	13,3 (1,9)	54,4 (5,4)
3 salários mínimos	23,2 (2,4)	9,2 (1,6)	9,2 (1,4)	13,9 (1,8)	55,4 (6,5)
5 salários mínimos	23 (2,2)	8,7 (1,7)	8,9 (1,7)	13,9 (1,8)	54,4 (6,1)
>=6 SM	22,4 (4,6)	8,7 (2,2)	8,9 (2)	13,4 (2,9)	53,4 (10,9)
p-valor	0,354	0,288	0,479	0,566	0,345
<b>NÍVEL DE INSTRUÇÃO</b>					
Ensino médio completo	22,8 (2,1)	9,2 (1,3)	9,2 (1,1)	13,9 (1,5)	55,1 (4,9)
Ensino superior completo	22,5 (3,7)	8,9 (1,8)	8,9 (1,9)	13,5 (2,4)	53,8 (9)
Especialização/Pós-Graduação	22,7 (3,1)	8,7 (1,9)	9 (1,6)	13,5 (2,2)	54 (7,8)
Mestrado	24 (2)	9,4 (1,6)	9,7 (0,7)	14,5 (1,4)	57,5 (5,3)
Doutorado	22,5 (2,9)	9 (1,2)	8,8 (2,5)	14 (1,4)	54,3 (4,2)
p-valor	0,215	0,409	0,353	0,196	0,062

**Legenda:** DP – Desvio Padrão. ANOVA. \* $p<0,05$ . <sup>a,b,c</sup> Subgrupos distintos ao nível de 5% para o teste de Tukey.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Tratando-se do setor de trabalho Urgência e Emergência, identificam-se maiores médias nos domínios Crença/Espiritualidade ( $p=0,011$ ), Práticas Espirituais ( $p=0,010$ ), Atitudes/Consequências ( $p=0,006$ ) e o Total ( $p=0,004$ ) para os que não estão neste setor. Quanto ao setor de trabalho Internamento, observa-se maiores médias no domínio Práticas Espirituais ( $p=0,004$ ) para os que estão neste setor (tabela 7).

Tabela 7. Distribuição da espiritualidade segundo dimensões. Sergipe, 2023.

	ARES				
	Crença/ Espiritualidade Média (DP)	Práticas Espirituais Média (DP)	Experiências Espirituais Média (DP)	Atitudes/ Consequências Média (DP)	Total Média (DP)
<b>Tipo de Instituição</b>					
Público	22,7 (3,2)	8,8 (1,8)	9,1 (1,6)	13,6 (2,2)	54,2 (7,8)
Privado	23 (2,5)	9 (1,5)	9,1 (1,4)	13,8 (1,9)	55 (6,4)
p-valor	0,682	0,860	0,721	0,587	0,721
<b>Urgência e Emergência</b>					
Sim	21,8 (3,9)	8,2 (2,3)	8,9 (1,7)	12,9 (2,6)	51,7 (9,5)
Não	23,1 (2,7)	9,1 (1,5)	9,1 (1,5)	13,9 (1,9)	55,1 (6,6)
p-valor	<b>0,011*</b>	<b>0,010*</b>	0,253	<b>0,006*</b>	<b>0,004*</b>
<b>Internamento</b>					
Sim	23,1 (2,4)	9,3 (1,3)	9,2 (1,4)	14 (1,6)	55,5 (5,6)
Não	22,7 (3,2)	8,7 (1,9)	9,0 (1,6)	13,5 (2,3)	53,9 (8,2)
p-valor	0,546	<b>0,004*</b>	0,647	0,313	0,215
<b>UTI</b>					
Sim	22,4 (3,7)	8,4 (2,2)	8,8 (1,9)	13,2 (2,8)	52,7 (9,6)
Não	22,9 (2,8)	9 (1,7)	9,1 (1,4)	13,7 (2)	54,7 (7)
p-valor	0,563	0,064	0,493	0,487	0,264
<b>UTINP</b>					
Sim	21,8 (3,5)	8,8 (1,5)	8,8 (1,9)	13,4 (1,7)	52,6 (7,7)
Não	22,9 (3)	8,9 (1,8)	9,1 (1,5)	13,7 (2,1)	54,5 (7,4)
p-valor	0,354	0,399	0,773	0,340	0,467
<b>Quantos vínculos profissionais você tem?</b>					
1	23,2 (2)	9,3 (1,3)	9,4 (0,9)	14 (1,5)	55,9 (4,5)
2	22,8 (3,1)	8,8 (1,8)	9 (1,6)	13,6 (2,2)	54,2 (7,9)
p-valor	0,967	0,213	0,857	0,611	0,972

**Legenda:** DP – Desvio Padrão. ANOVA. \* $p < 0,05$ . <sup>a,b,c</sup> Subgrupos distintos ao nível de 5% para o teste de Tukey.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

No que se refere a se considerar religioso, observa-se maiores médias no domínio Crença/Espiritualidade ( $p < 0,001$ ), Práticas Espirituais ( $p = 0,002$ ), Atitudes/Consequências ( $p < 0,001$ ) e o Total ( $p < 0,001$ ) para os que se consideram religiosos (tabela 8).

A respeito de qual religião, constata-se diferença nas médias em todas as dimensões e no total ( $p < 0,001$ ), mais especificamente na dimensão Crença/Espiritualidade, ateus possuem menor média que católicos, protestantes e espíritas; na dimensão Práticas Espirituais, o protestante possui maior média que os demais e, além disso, o católico tem maior média que o ateu; na dimensão Experiências Espirituais, protestantes têm maior média que ateus, católicos e teístas; na dimensão Atitudes/Consequências, protestantes têm maior média que têm maior média que ateus e católicos, e espíritas têm maior média que ateus (tabela 8).

Sobre fumar, maiores médias nos domínios Crença/Espiritualidade ( $p = 0,005$ ), Práticas Espirituais ( $p < 0,001$ ), Experiências Espirituais ( $p = 0,001$ ), Atitudes/Consequências ( $p = 0,003$ ) e o Total ( $p = 0,002$ ) foram identificadas para os que não fumam, já beber, nos domínios Práticas Espirituais ( $p = 0,001$ ), Experiências Espirituais ( $p = 0,038$ ), Atitudes/Consequências ( $p = 0,012$ ) e

o Total ( $p=0,003$ ) para os que não bebem. Nas demais variáveis, resultados significativos não foram encontrados (tabela 8).

**Tabela 8. Distribuição da espiritualidade segundo dimensões. Sergipe, 2023.**

	ARES				
	Crença/ Espiritualidade	Práticas Espirituais	Experiências Espirituais	Atitudes/ Consequências	Total
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
<b>Considera-se religioso?</b>					
Sim	23,2 (2,3)	9 (1,6)	9,1 (1,4)	13,9 (1,8)	55,2 (6,1)
Não	19,5 (5,7)	7,5 (2,6)	8,5 (2,3)	11,4 (3,5)	46,8 (13,1)
p-valor	<b>&lt;0,001*</b>	<b>0,002*</b>	0,116	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>
<b>Qual religião?</b>					
Teísta					52,4 (8,7) a,b,c
	23 (2,4) <sup>a,b</sup>	8,2 (2,5) <sup>a,b</sup>	8,6 (1,3) <sup>a</sup>	12,6 (2,9) <sup>a,b</sup>	
Católico	22,8 (2,5) <sup>b</sup>	8,8 (1,7) <sup>b</sup>	8,8 (1,6) <sup>a</sup>	13,6 (1,9) <sup>a,b</sup>	54,1 (6,7) <sup>b</sup>
Espírita	24,4 (1,1) <sup>b</sup>	8,8 (1,9) <sup>a,b</sup>	9,6 (1,2) <sup>a,b</sup>	14,3 (1,4) <sup>b,c</sup>	57,2 (4,8) <sup>b,c</sup>
Protestante	23,3 (2,2) <sup>b</sup>	9,6 (1) <sup>c</sup>	9,6 (0,9) <sup>b</sup>	14,4 (1,3) <sup>c</sup>	56,9 (4,4) <sup>c</sup>
Ateu	19,5 (5,7) <sup>a</sup>	7,5 (2,6) <sup>a</sup>	8,5 (2,3) <sup>a</sup>	11,4 (3,5) <sup>a</sup>	46,8 (13,1) <sup>a</sup>
p-valor	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>
<b>Fuma?</b>					
Sim	17,7 (6,8)	5,3 (3,1)	5,3 (3,1)	9,5 (4,4)	37,8 (16,6)
Não	23 (2,7)	9 (1,6)	9,2 (1,3)	13,8 (1,9)	54,9 (6,4)
P-valor	<b>0,005*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	<b>0,001*</b>	<b>0,003*</b>	<b>0,002*</b>
<b>Bebe?</b>					
Sim	22,4 (3,5)	8,4 (2,1)	8,8 (1,8)	13,2 (2,5)	52,8 (9)
Não	23,2 (2,4)	9,3 (1,4)	9,3 (1,3)	14 (1,6)	55,7 (5,7)
p-valor	0,100	<b>0,001*</b>	<b>0,038*</b>	<b>0,012*</b>	<b>0,003*</b>

**Legenda:** DP – Desvio Padrão. ANOVA. \* $p<0,05$ . a,b,c Subgrupos distintos ao nível de 5% para o teste de Tukey.

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Na tabela 9, são apresentadas as médias do DUREL para as dimensões Religiosidade Operacional, Religiosidade Não Operacional e Religiosidade Intrínseca para cada variável sociodemográfica.

Em relação ao sexo, pode-se observar maiores médias de pontuações para o sexo masculino na dimensão Religiosidade Não Operacional ( $p=0,016$ ). Acerca da moradia, há maiores médias de pontuações para os residentes na zona rural na dimensão Religiosidade Operacional ( $p=0,008$ ). Sobre ter filhos, maiores médias de pontuações foram vistas para quem não os tem na dimensão Religiosidade Não Operacional ( $p=0,008$ ) (tabela 9).

Já a variável renda, existem diferenças significativas nas médias na dimensão Religiosidade Não Operacional ( $p=0,047$ ), mais especificamente as faixas de 1 SM e 5 SM têm maior média que a faixa de 2 SM (tabela 9).

**Tabela 9. Distribuição da religiosidade segundo suas dimensões. Sergipe, 2023.**

	<b>DUREL</b>		
	<b>Religiosidade Operacional</b>	<b>Religiosidade Não Operacional</b>	<b>Religiosidade Intrínseca</b>
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>
<b>Sexo</b>			
Feminino	3,4 (1,3)	2,9 (1,5)	5 (2,1)
Masculino	3,6 (1,5)	3,5 (1,7)	6 (3,1)
p-valor	0,252	<b>0,016*</b>	0,062
<b>Moradia</b>			
Zona Rural	4,4 (1,1)	3,8 (2)	5,9 (2,5)
Zona Urbana	3,4 (1,4)	3 (1,5)	5,2 (2,4)
p-valor	<b>0,008*</b>	0,221	0,312
<b>Filhos</b>			
Sim	3,4 (1,4)	2,8 (1,5)	5 (2,2)
Não	3,5 (1,3)	3,4 (1,6)	5,6 (2,5)
p-valor	0,431	<b>0,008*</b>	0,078
<b>Renda</b>			
1 salário mínimo	4,1 (1)	3,8 (2) <sup>b</sup>	5,4 (2,3)
2 salários mínimos	3,3 (1,4)	2,6 (1,1) <sup>a</sup>	6 (2,6)
3 salários mínimos	3,3 (1,3)	2,9 (1,6) <sup>a,b</sup>	4,9 (2,2)
5 salários mínimos	3,5 (1,2)	3,5 (1,7) <sup>b</sup>	5,1 (2)
>=6 salários mínimos	3,5 (1,6)	3,2 (1,5) <sup>a,b</sup>	5,4 (2,8)
p-valor	0,217	<b>0,047*</b>	0,239
<b>Nível de Instrução</b>			
Ensino médio completo	3,3 (1,4)	2,8 (1,7)	5,2 (2,4)
Ensino superior completo	3,5 (1,6)	3,2 (1,7)	5,5 (2,8)
Especialização/Pós-Graduação	3,5 (1,3)	3,1 (1,5)	5,3 (2,3)
Mestrado	3,4 (1,6)	3,3 (1,6)	4,9 (2,4)
Doutorado	3,5 (1)	3,8 (2,1)	5,3 (2,2)
p-valor	0,900	0,559	0,772

**Legenda:** DP – Desvio Padrão. ANOVA. \*p<0,05. <sup>a,b,c</sup> Subgrupos distintos ao nível de 5% para o teste de Tukey.

**Fonte:** dados da pesquisa.

O setor de trabalho Urgência e Emergência apresentou maiores médias nos domínios Religiosidade Operacional (p=0,010), Religiosidade Não Operacional (p=0,001) e Religiosidade Intrínseca (p=0,027) para os que estão neste setor. Por sua vez, o setor de trabalho Internamento tem maiores médias nos domínios Religiosidade Operacional (p=0,008) e Religiosidade Intrínseca (p=0,005) para os que não estão nele (tabela 10).

**Tabela 10. Distribuição da religiosidade segundo suas dimensões. Sergipe, 2023.**

	<b>DUREL</b>		
	<b>Religiosidade Operacional</b>	<b>Religiosidade Não Operacional</b>	<b>Religiosidade Intrínseca</b>
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>
<b>Tipo de Instituição</b>			
Público	3,5 (1,4)	3,1 (1,6)	5,2 (2,4)
Privado	3,4 (1,4)	3 (1,5)	5,5 (2,4)
p-valor	0,687	0,943	0,338
<b>Urgência e Emergência</b>			
Sim	3,9 (1,2)	3,7 (1,6)	6,1 (2,8)
Não	3,3 (1,4)	2,9 (1,5)	5,1 (2,2)
p-valor	<b>0,010*</b>	<b>0,001*</b>	<b>0,027*</b>
<b>Internamento</b>			
Sim	3,1 (1,3)	2,8 (1,5)	4,6 (1,7)
Não	3,6 (1,4)	3,2 (1,6)	5,6 (2,6)
p-valor	<b>0,008*</b>	0,073	<b>0,005*</b>
<b>UTI</b>			
Sim	3,4 (1,6)	3,4 (1,9)	6,2 (3,3)
Não	3,4 (1,3)	3 (1,5)	5,1 (2,1)
p-valor	0,951	0,318	0,116
<b>UTINP</b>			
Sim	3,8 (1,7)	3,1 (1,9)	5,6 (2)
Não	3,4 (1,4)	3,1 (1,6)	5,3 (2,4)
p-valor	0,464	0,950	0,431
<b>Quantos vínculos Profissionais você tem?</b>			
1	3,3 (1,4)	3,1 (1,5)	5,2 (2,8)
2	3,5 (1,4)	3 (1,6)	5,3 (2,3)
p-valor	0,680	0,672	0,323

**Legenda:** DP – Desvio Padrão. ANOVA. \* $p < 0,05$ . <sup>a,b,c</sup> Subgrupos distintos ao nível de 5% para o teste de Tukey.

**Fonte:** dados da pesquisa.

Sobre se considerar religioso, constatou-se maior média de quem não se considera nas dimensões Religiosidade Operacional ( $p < 0,001$ ), Religiosidade Não Operacional ( $p < 0,001$ ) e Religiosidade Intrínseca ( $p < 0,001$ ). No que se refere à religião, há diferenças nas médias das dimensões Religiosidade Operacional ( $p < 0,001$ ), Religiosidade Não Operacional ( $p < 0,001$ ) e Religiosidade Intrínseca ( $p < 0,001$ ); mais especificamente na dimensão Religiosidade Operacional.

Pode-se observar que ateus e teístas têm maior média que protestantes, católicos e espíritas e, além disso, católicos têm maior média que protestantes; na dimensão Religiosidade Não Operacional, podemos observar que ateus possuem maior média que católicos, espíritas e protestantes, e teístas e católicos possuem maior média que protestantes; na dimensão Religiosidade Intrínseca, ateus têm maior média que católicos, espíritas e protestantes; já católicos, maior média que protestantes (tabela 11).

Sobre fumar, foram identificadas maiores médias no domínio Religiosidade Intrínseca ( $p < 0,001$ ) para os que fumam; e beber, nos domínios Religiosidade Operacional ( $p = 0,004$ ),

Religiosidade Não Operacional ( $p<0,001$ ) e Religiosidade Intrínseca ( $p=0,001$ ) para os que bebem. Nas demais variáveis, não se tem resultados significativos (tabela 11).

**Tabela 11. Distribuição da religiosidade segundo suas dimensões. Sergipe, 2023.**

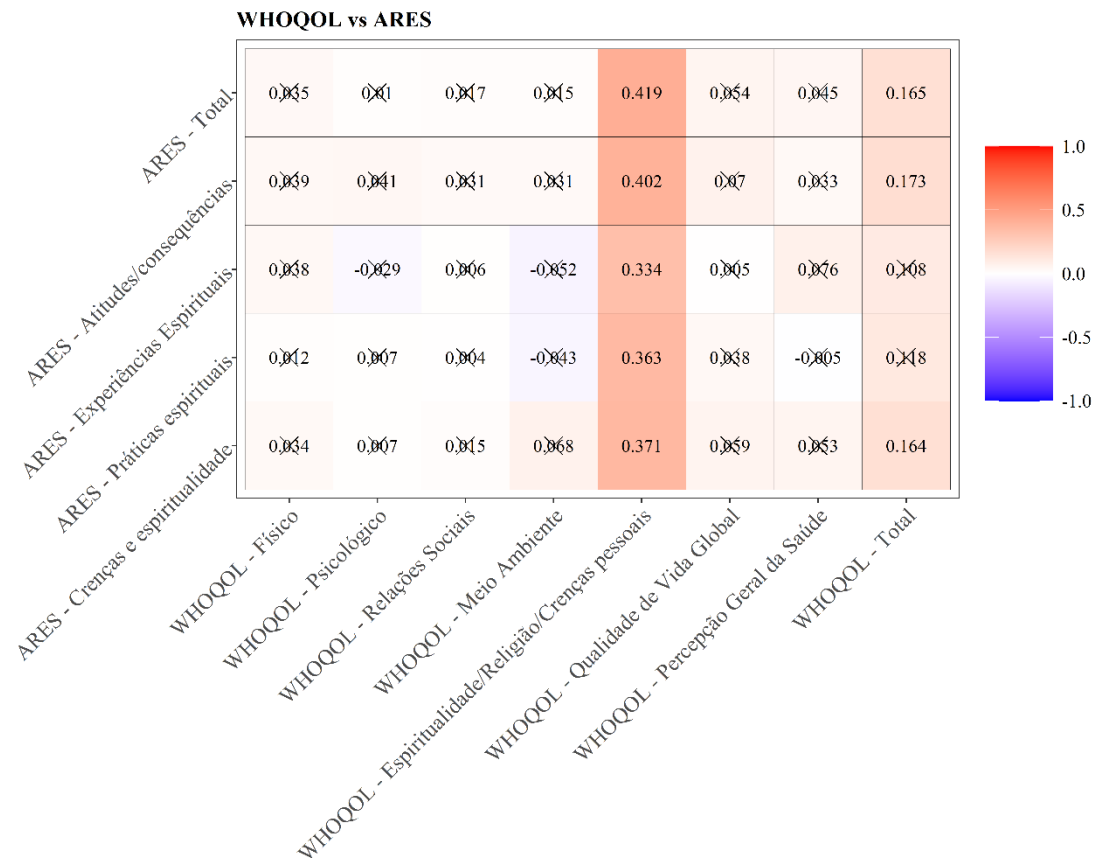
	DUREL		
	Religiosidade Operacional	Religiosidade Não Operacional	Religiosidade Intrínseca
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
<b>Considera-se religioso?</b>			
Sim	3,3 (1,3)	2,9 (1,5)	5 (2)
Não	4,9 (1,2)	4,4 (1,8)	8,3 (3,9)
p-valor	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>
<b>Qual religião?</b>			
Teísta	5 (1) <sup>c</sup>	4,2 (1,9) <sup>b,c</sup>	5,2 (1,5) <sup>a,b,c</sup>
Católico	3,6 (1,1) <sup>b</sup>	3,2 (1,6) <sup>b</sup>	5,3 (2) <sup>b</sup>
Espírita	3,2 (1,4) <sup>a,b</sup>	2,7 (1,3) <sup>a,b</sup>	4,2 (1,4) <sup>a,b</sup>
Protestante	2,6 (1,3) <sup>a</sup>	2,3 (1,1) <sup>a</sup>	4,5 (1,7) <sup>a</sup>
Ateu	4,9 (1,2) <sup>c</sup>	4,4 (1,8) <sup>c</sup>	8,3 (3,9) <sup>c</sup>
p-valor	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>
<b>Fuma?</b>			
Sim	4,5 (1,5)	4,5 (2)	10,5 (2,9)
Não	3,4 (1,3)	3 (1,5)	5,1 (2,2)
p-valor	0,061	0,062	<b>&lt;0,001*</b>
<b>Bebe?</b>			
Sim	3,8 (1,3)	3,5 (1,6)	5,9 (2,7)
Não	3,2 (1,4)	2,7 (1,5)	4,8 (2)
p-valor	<b>0,004*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	<b>0,001*</b>

**Legenda:** DP – Desvio Padrão. ANOVA. \* $p<0,05$ . <sup>a,b,c</sup> Subgrupos distintos ao nível de 5% para o teste de Tukey.

**Fonte:** dados da pesquisa.

Na Figura 2, abaixo, são apresentadas as correlações entre a escala WHOQOL e a escala ARES: correlações significativas e positivas entre WHOQOL-Espiritualidade/Religião/Crenças e ARES-Total ( $R=0,419$ , média), ARES-Atitudes/consequências ( $R=0,402$ , média), ARES-Experiências Espirituais ( $R=0,334$ , pequena), ARES-Práticas Espirituais ( $R=0,363$ , pequena) e ARES-Crenças e Espiritualidade ( $R=0,371$ , pequena); entre WHOQOL-Total e ARES-Total ( $R=0,165$ , pequena), ARES-Atitudes/consequências ( $R=0,173$ , pequena).

Figura 2. Correlação entre qualidade de vida e espiritualidade. Sergipe, 2023.



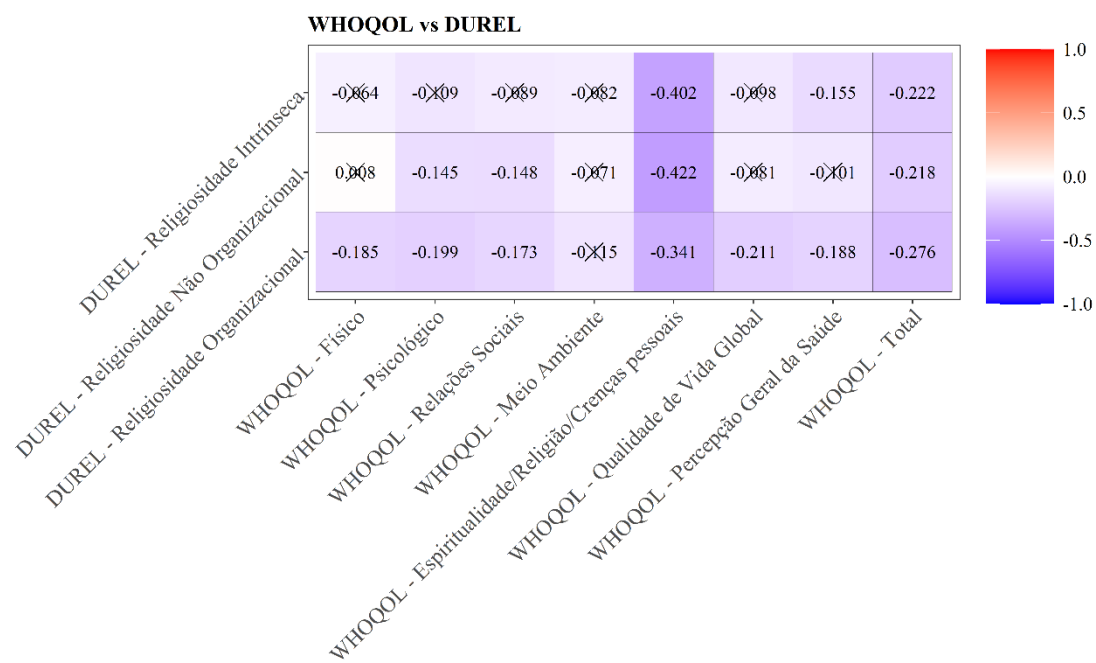
Fonte: dados da pesquisa.

Na Figura 3, são mostradas as correlações entre a escala WHOQOL e a escala DUREL: correlações significativas e negativas entre WHOQOL-Físico e DUREL-Religiosidade Organizacional ( $R=-0,185$ , pequeno); WHOQOL-Psicológico e DUREL-Religiosidade Organizacional ( $R=-0,199$ , pequeno) e DUREL-Religiosidade Não Organizacional ( $R=-0,145$ ); WHOQOL-Relações Sociais e DUREL-Religiosidade Organizacional ( $R=-0,173$ , pequeno) e DUREL-Religiosidade Não Organizacional ( $R=-0,148$ ); WHOQOL-Espiritualidade/Religião/Crenças e DUREL-Religiosidade Organizacional ( $R=-0,341$ , pequeno), DUREL-Religiosidade Não Organizacional ( $R=-0,422$ , média) e Religiosidade Intrínseca ( $R=-0,402$ , média); WHOQOL-Qualidade de Vida Global e DUREL-Religiosidade Organizacional ( $R=-0,188$ , pequeno); WHOQOL-Percepção Geral de Saúde e DUREL-Religiosidade Organizacional ( $R=-0,188$ , pequeno) e Religiosidade Intrínseca ( $R=-0,155$ , pequena); e WHOQOL-Total e DUREL-Religiosidade Organizacional ( $R=-0,271$ , pequeno),



DUREL-Religiosidade Não Organizacional ( $R=-0,218$ , pequena) e Religiosidade Intrínseca ( $R=-0,222$ , pequena).

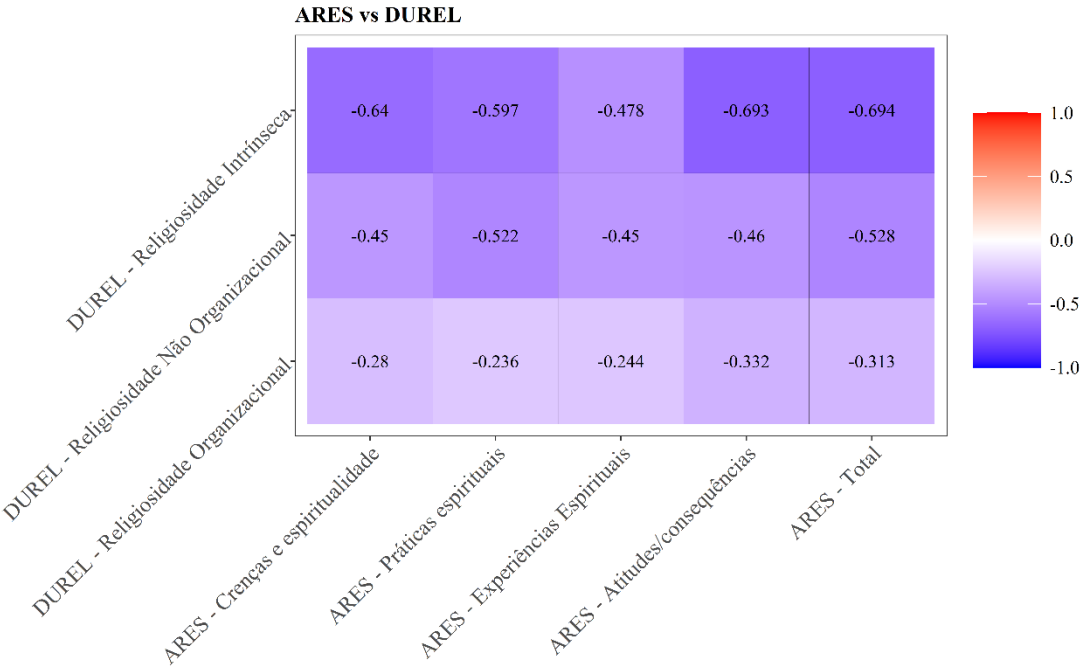
Figura 3. Correlação entre qualidade de vida e religiosidade. Sergipe, 2023.



Fonte: dados da pesquisa.

Na Figura 4, as correlações entre a escala ARES e a escala DUREL apontam para correlações significativas, negativas e médias entre DUREL-Religiosidade Intrínseca e Crença/Espiritualidade ( $R=-0,640$ ), Práticas Espirituais ( $R=-0,597$ ), Experiências Espirituais ( $R=-0,478$ ), Atitudes/Consequências ( $R=-0,693$ ) e Total ( $R=-0,694$ ); e DUREL-Religiosidade Não Organizacional e Crença/Espiritualidade ( $R=-0,45$ ), Práticas Espirituais ( $R=-0,522$ ), Experiências Espirituais ( $R=-0,45$ ), Atitudes/Consequências ( $R=-0,46$ ) e Total ( $R=-0,528$ ). Além disso, há correlações significativas, negativas e pequenas entre DUREL-Religiosidade Não Organizacional e Crença/Espiritualidade ( $R=-0,28$ ), Práticas Espirituais ( $R=-0,236$ ), Experiências Espirituais ( $R=-0,244$ ), Atitudes/Consequências ( $R=-0,332$ ) e total ( $R=-0,313$ ).

Figura 4. Correlação entre espiritualidade e religiosidade. Sergipe, 2023.



Fonte: dados da pesquisa.

---

---

## ***DISCUSSÃO***

---

---

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

No que se refere às características sociodemográficas e econômicas dos profissionais de saúde incluídos neste estudo, verificou-se, conforme esperado, que a maioria da população foi composta por adultos com média de idade de 36,5 anos, sendo a maior parte do sexo feminino, casados e com renda de até três salários-mínimos. Outros estudos realizados com profissionais de saúde trazem dados semelhantes, nos quais a média de idade dos participantes era de 41 anos, também com prevalência do sexo feminino (MACHADO *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2017).

A qualidade de vida (QV) tem sido interesse de muitos pesquisadores em vários campos, tais como pesquisas com pacientes renais, com cânceres, doenças crônicas, entre outros. Estudos sobre a compreensão e reflexos que o trabalho causa na QV têm sido uma preocupação na última década, especialmente nos últimos dois anos devido à pandemia da COVID-19, que despertou na sociedade o entendimento de que o trabalho é a forma de vida essencial para que o homem interaja em sociedade. Contudo, a depender de como ele é executado, pode desencadear fragilidades em diversas áreas da vida e potencializar processos saúde-doença (LENTZ *et al.*, 2000; PASCHOA *et al.*, 2007).

No Brasil, a categoria de profissionais da saúde com maior número de investigação nos últimos anos sobre QV foi a enfermagem (FOGAÇA *et al.*, 2010), assim como neste trabalho. Um estudo realizado por Moraes, Martino e Sonati (2018) com 224 profissionais da enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros) de seis UTIs, em seis hospitais gerais de Sorocaba, verificou que a quantidade de vínculos, a baixa remuneração, a privação do sono e o sedentarismo influenciaram negativamente na QV, assim como se esperava neste estudo. Neste sentido, medidas institucionais que visem à promoção de saúde e à redução de danos à QV destes profissionais se fazem necessárias.

Contrariamente à hipótese desta pesquisa, os resultados aqui obtidos apontam que os profissionais de saúde do Estado de Sergipe apresentam QV satisfatória (acima da média) em todos os domínios. Esses dados corroboram com estudo realizado com médicos de Goiana e Minas Gerais que também apresentaram QV satisfatória em todos os domínios (DIAS *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2022) e com o estudo de Pires *et al.* (2021), que avaliou a QV de 476 profissionais de saúde do Rio de Janeiro e constatou QV satisfatória entre as diversas categorias.

Os resultados encontrados suscitaram o questionamento acerca do que impactou positivamente a percepção de QV na população aqui estudada, pois esperava-se que a pandemia de COVID-19 – período no qual foram colhidos os dados deste estudo – implicasse negativamente nos achados de QV. Entretanto, observou-se QV satisfatória no presente estudo, sugerindo que a fé, a religião e a espiritualidade podem motivar um inconsciente capaz de produzir esperança, que gera impacto positivo na percepção de QV.

Concordando com a hipótese deste trabalho e diferentemente dos resultados obtidos no estudo de Costa *et al.* (2017), foi observado que os médicos intensivistas de Aracaju apresentam QV insatisfatória ou ruim. Em contrapartida, estudo desenvolvido com profissionais da enfermagem (técnicos em enfermagem e enfermeiros) apontou que essa categoria está mais satisfeita com o nível de QV no que diz respeito aos domínios Físico, Psicológico e Relações Sociais (SILVA *et al.*, 2020). Essa diferença de resultados sugere que estes têm apresentado maior satisfação do que aqueles, tanto no que diz respeito à necessidade de tratamentos em saúde, sono, capacidade de locomoção, e capacidade física para o trabalho, assim como em suas relações sociais, vida sexual e apoio recebido no contexto social, proporcionando melhores condições de aproveitar a vida, encontrando sentido e sentindo-se feliz com sua própria aparência.

Dentro do contexto hospitalar, em especial na UTI, onde o trabalho se caracteriza por atividades de alta dependência e tomada de decisões complexas frente ao paciente crítico, estudos mostram a repercussão dos fatores organizacionais sobre a saúde mental e física de médicos e enfermeiros, tais como: alterações psicológicas que geram estresse ocupacional, alterações de cortisol e amilase salivar em virtude de excesso de ruídos, dificuldade de relacionamento em equipe, com pacientes e familiares (FOGAÇA *et al.*, 2010; BARROS *et al.*, 2008; GUERRER *et al.*, 2008). Possivelmente, isso se dá pelo fato desses profissionais suportarem uma carga de trabalho cada vez mais extenuante, levando-lhes o comprometimento de sua QV.

O sexo masculino apresentou melhores médias em comparação ao sexo feminino nos domínios Relações Sociais, Meio Ambiente e na questão Percepção Geral de Saúde. Acredita-se que isso pode estar relacionado ao fato de as mulheres precisarem, culturalmente, acumular atividades domésticas, familiares e profissionais, gerando assim uma cobrança pessoal e profissional que pode interferir em sua saúde física e mental. A literatura aponta diferenças entre a jornada de trabalho para a mulher e para o homem: as mulheres trabalham um total de

horas semelhante aos homens na configuração da jornada de trabalho, mas quando somada ao trabalho doméstico, chegam a trabalhar duas vezes mais (FERNANDES *et al.*, 2017).

Resultados contrastantes são observados no estudo de Silva *et al.* (2020), em que profissionais de saúde apresentam o domínio Meio Ambiente como o mais mal avaliado. Infere-se que os fatores causais para tal resultado estão diretamente relacionados à insegurança que o trabalho tem gerado na vida dos pesquisados, assim como à renda e às possibilidades que ela dá para o lazer e para assumir condições satisfatórias de moradia e transporte.

Os profissionais com três ou mais salários-mínimos tiveram melhor percepção de QV no domínio Relações Sociais, impactando naturalmente no domínio Meio Ambiente, Percepção Geral de Saúde e Qualidade de Vida Global, sugerindo que a renda impacta na QV, pois é por meio dela que os momentos de repouso e lazer são proporcionados, contribuindo para um melhor contexto social (família e amigos), gerando menor estresse e maior satisfação com a vida.

A enfermagem é a categoria profissional que mais apresenta insatisfação e impacto negativo devido à renda na QV (PASCHOA *et al.*, 2007; RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2018; MORAES; MARTINO; SONATI, 2018). Esse dado possivelmente está relacionado com a ausência da regulamentação de piso salarial nacional, com as baixas remunerações e com as longas jornadas de trabalho.

O estudo realizado por Moraes, Martino e Sonati (2018) reforça os dados aqui encontrados, ao afirmarem que a renda causou impacto negativo na QV na análise do domínio Meio Ambiente, sendo este o pior domínio avaliado. O estudo de Canazaro *et al.* (2021), realizado com 290 nutricionistas de hospitais públicos do Rio de Janeiro, fortalece os achados ao relatar que a renda dessa categoria demonstrou associação significativa em todos os domínios, e que indivíduos com maior renda apresentaram maiores escores de QV.

Outro dado relevante demonstrado neste estudo foi que os profissionais de saúde com especialização/pós-graduação ou mestrado mostraram melhores índices expressados significativamente no domínio Meio Ambiente, indicando que as qualificações profissionais influenciam positivamente na QV. Dados semelhantes foram encontrados por Canazaro *et al.* (2021), que afirmaram que nutricionistas pós-graduados obtiveram maiores médias no domínio Meio Ambiente. Silva *et al.* (2020) fortalecem esses dados ao afirmarem que o nível de instrução foi preditor signficante para 542 profissionais de enfermagem de hospitais filantrópicos de São Paulo.

No que diz respeito ao tipo de instituição de trabalho, os profissionais no serviço público têm melhores médias no domínio Psicológico em comparação aos profissionais do serviço privado. Ademais, Torres *et al.* (2019) demonstraram que os profissionais atuantes na oncologia e pronto-socorro apresentam baixos níveis de QV em comparação aos da UTI neonatal.

Estudo norte-americano menciona os profissionais de unidades médico-cirúrgicas como os que mais têm escores significativamente baixos para QV (BERGER *et al.* 2015). Essas diferenças entre setores de trabalho podem estar associadas às características do perfil dos pacientes atendidos, às rotinas e exigências organizacionais do ambiente laboral e às situações a que os profissionais são expostos diariamente, a exemplo de óbitos.

No domínio Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais, em relação aos que se consideraram religiosos, os protestantes ou evangélicos apresentaram médias mais expressivas de QV em comparação aos teístas, católicos, ateus e espíritas. Um estudo semelhante realizado por Silva *et al.* (2020) com profissionais da enfermagem (enfermeiro e técnico em enfermagem) e instrumentadores cirúrgico evidenciou maior participação de católicos e evangélicos. Porém, não foi encontrada relação estatística significativa.

Ainda nesse domínio, os profissionais de saúde que atuam em urgências e emergências indicaram melhor QV em comparação a outros setores. Sugerindo que a espiritualidade e/ou religiosidade influencia positivamente na QV. A coorte de Silva *et al.* (2020) consolida esses dados ao afirmar que a crença, independente de qual seja, é um fator de proteção para QV.

## 6.2 ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Neste estudo foram verificados o grau de Religiosidade (pela DUREL) e de Espiritualidade (pela ARES) dos profissionais de saúde do Estado de Sergipe. Em relação à DUREL, a análise dos dados os classificou com baixo envolvimento religioso. Cabe ressaltar, que mesmo baixo, existe algum grau de expressão religiosa pelo público estudado. Sendo assim, as crenças religiosas podem estar relacionadas ao estilo de vida, visto que há um esforço diário para viver a religião em todos os aspectos da vida, e a presença de Deus ou do Espírito Santo foi referida como percebida diariamente entre os entrevistados.

Acredita-se que um maior grau de R/E beneficie a compreensão do processo saúde-doença, a relação com o paciente e com os colegas de trabalho, e o manejo do cuidado. Outros benefícios, que colaboram para a saúde do paciente e do profissional, são o bem-estar, as relações profissionais de trabalho, a satisfação com a vida, a felicidade e a melhor saúde física,

diminuindo substancialmente os níveis de estresse ocupacional (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2018).

A coorte desenvolvida por Jordán *et al.* (2020) avaliou a R/E de 55 residentes do programa de Residências em Saúde de Recife e apresentou a RI como a de maior destaque, exibindo-a como a mais bem pontuada entre os residentes. Nesse mesmo sentido, estudo desenvolvido com enfermeiros em um hospital-escola de Sorocaba, município de São Paulo, evidenciou a participação mais efetiva dessa categoria profissional em atividades religiosas individuais, destacando a Religiosidade Não Organizacional (CAMPUS *et al.*, 2022).

Dados contrastantes foram encontrados em um estudo realizado com 88 tutores do curso de medicina de Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) no Estado do Recife, que teve 11,76 de média para Religiosidade Intrínseca, considerada alta, demonstrando maior envolvimento religioso quando comparado aos achados deste estudo (BASTOS *et al.*, 2020).

Quando questionados sobre sua religiosidade, a maioria referiu não ser religioso. Na análise estatística foi observada uma relação importante em todas as subescalas da DUREL (RO, RNO e RI), emergindo o questionamento acerca do conceito de religião compreendido pelos profissionais. Sugerindo equivocadamente que os termos religiosidade e espiritualidade são sinônimos.

A religião é um sistema organizado de crenças, rituais e práticas que objetivam acessar o sagrado, o transcendente, a Deus. Enquanto a religiosidade acontece quando o indivíduo acredita e segue essas práticas por grupos de pessoas que se aproximam do Sagrado, do Divino, de Deus, ligadas a uma instituição com características doutrinárias e dogmáticas (LUCCHETTI *et al.*, 2010; KOENING; KING; CARSON, 2012). Já a espiritualidade trata-se de um sentimento amplo, de todas as emoções e convicções de natureza não material, impulsionado pelo consciente, movido por escolhas vitais (BOFF, 2006).

Diferentemente do estudo de Jordán *et al.* (2020), em que o sexo feminino apresentou maior significância estatística com religião, no presente estudo foi observada uma relação significativa entre a religião e o sexo masculino em comparação ao sexo feminino na RNO, o que sugere que os homens se dedicam mais a atividades religiosas como preces, rezas, meditações e leitura da bíblia ou outros textos religiosos, ou até mesmo ao fato de a mulher estar sobrecarregada com outros afazeres.

Quanto ao setor de trabalho, aqueles que prestam assistência no internamento e na Urgência/Emergência obtiveram maiores médias em toda DUREL (RO, RNO e RI). Não foram



encontrados estudos semelhantes na literatura, o que evidencia a necessidade de maiores estudos sobre a religião com profissionais de saúde.

Em relação aos filhos, observou-se importante influência da religião na subescala RNO. Esse dado sugere que profissionais com filhos tendem a desenvolver maiores atividades religiosas individuais, tais como preces, meditações e leitura de textos bíblicos com maior frequência.

A renda foi apontada neste estudo como influência importante na RNO, interferindo diretamente para aqueles que declararam ter renda mensal de três ou mais de seis salários-mínimos. Em um estudo semelhante realizado com profissionais de quatro instituições hospitalares públicas e privadas de Vitória da Conquista, sudoeste da Bahia, Teixeira *et al.* (2021) declararam que a grande maioria referiu ter renda menor que três salários-mínimos. Vale destacar que o estudo apresenta descrição apenas em números e porcentagens, mostrando fragilidade estatística. Já o estudo de Jordán *et al.* (2020), realizado com médicos residentes do Recife, apresenta uma realidade diferente, em que a renda é de quatro a sete salários-mínimos.

O Brasil é reconhecidamente um país religioso e espiritualizado, mesmo que tenha crescido o número de teístas ou pessoas sem religião nos últimos anos, de acordo com o censo do IBGE de 2010. Nesse contexto, infere-se que a demanda para trabalhar as intersecções da Religiosidade e Espiritualidade (R/E) nos atendimentos em saúde pode ser maior do que o esperado e maior do que os profissionais de saúde estão preparados para lidar.

Nesse sentido, torna-se necessário o diálogo para a inserção da R/E nos currículos dos cursos em saúde, visando à formação de profissionais não apenas segundo saberes médicos e técnicos, mas também em crenças. Fortalecendo essa ideia, o estudo de Gobatto e Araújo (2013) realizado com médicos, psicólogos e nutricionistas, que atuam na assistência hospitalar de pacientes oncológicos, demonstra que esses profissionais não se sentem preparados para abordar a religiosidade e espiritualidade com seus pacientes. Reforçando esse achado, o estudo de Pedrão e Berrsin (2010), realizado com enfermeiros, aponta que essa categoria referiu não ter recebido formação profissional para prestar assistência espiritual em nenhum dos seus cursos, seja ele de graduação ou de pós-graduação. Nesse contexto, recomenda-se uma discussão formal no ensino da graduação sobre espiritualidade, uma vez que o objeto de trabalho de profissionais da saúde é o ser humano e este deve ser compreendido de maneira biopsicosocioespiritual.

Com relação à espiritualidade, mensurada por meio da ARES – que é subdividida em 4 dimensões: Crenças/espiritualidade, Práticas Espirituais, Experiências Espirituais e

Atitudes/Consequências –, observa-se, no presente estudo, que os profissionais de saúde do Estado de Sergipe possuem excelente expressão nos níveis de espiritualidade em todas as dimensões, com escores acima da média. Destacando-se a dimensão Experiências Espirituais, na qual os pesquisados relatam realizar regularmente práticas espirituais, tais como meditação, oração e leituras bíblicas para se conectarem com uma força espiritual e fazem isso por reconhecerem que a fé e a crença dão sentido à vida.

Confirmando esses achados, estudo com profissionais de enfermagem retrata que quanto maior for o nível de envolvimento espiritual, maior é a percepção de QV e satisfação com a vida (CARNEIRO *et al.*, 2020). Longuiniere, Yarid e Silva (2018), ao investigarem a relação da espiritualidade com a saúde de profissionais que prestavam atendimento direto a pacientes graves (técnicos em enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos), observaram que a espiritualidade influencia positivamente na compreensão do processo saúde-doença e na relação profissional-paciente. Acredita-se que isto pode estar ligado à melhora dos relacionamentos profissionais e pessoais, à redução dos níveis de estresse ocupacional, e ao bem-estar físico, colaborando para a saúde dos profissionais de saúde.

Quanto à variável sexo, foram encontradas melhores médias no sexo feminino em todas as dimensões da ARES, resultado similar ao disposto no estudo de Jordán *et al.* (2020), desenvolvido com médicos residentes do Recife, e de Ienne *et al.* (2018), realizado com enfermeiros de diversos setores de um hospital filantrópico. Quanto ao fato de se considerarem religiosos, observou-se relação significativa em todas as dimensões. Dado que pode ser justificado pelo fato de a espiritualidade dar sentido à vida.

O estudo realizado por Boero *et al.* (2005) com enfermeiros e médicos, demonstra que espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais são importantes para a QV e que aqueles que referem fortes crenças pessoais e espiritualidade têm maiores escores de qualidade de vida.

Há uma associação considerável entre a espiritualidade e o setor de trabalho, com destaque para os profissionais de saúde que atuam no internamento e urgência/emergência. Possivelmente, isso pode estar associado a situações vividas nesses setores, tais como emergências e óbitos. Em momentos como estes, a fé e a crença têm se tornado suporte emocional para sair ou lidar com essas situações, exercendo papel fundamental na manutenção da saúde (TAVARES *et al.*, 2018). Em discordância com o que foi encontrado neste estudo, os achados de Ienne *et al.* (2018) apontam ausência de associação significativa da espiritualidade com o setor de atuação.

Foi observada correlação pequena entre qualidade de vida e religiosidade, expressados a QV pelo domínio Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais e a Religiosidade nas subescalas Religiosidade Não Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI). Sendo assim, acredita-se que a Religiosidade pode influenciar de alguma forma na percepção de qualidade de vida dos profissionais de saúde sergipanos. Outro ponto importante encontrado neste estudo é que os profissionais que se dedicam a práticas religiosas individuais, sentem a presença de Deus e acreditam que suas crenças religiosas justificam o seu modo de viver. Fortalecendo os resultados encontrados, estudos afirmam que quanto maior for o envolvimento religioso, maiores são as percepções positivas na saúde mental e bem-estar psicológico.

Na correlação entre QV e espiritualidade foi encontrada correlação pequena, expressada no domínio Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais para a QV e nas dimensões Atitudes/Consequências e no escore total de espiritualidade. Esse achado aponta que há alguma relação entre QV e espiritualidade, e que a fé e as crenças espirituais dão sentido à vida desses profissionais, bem como os incentivam a ajudar outras pessoas a terem melhores relacionamentos com o outro. Nessa perspectiva, acredita-se que a R/E é uma ferramenta de enfrentamento em situações de estresse que contribuem para uma melhor percepção de QV.

Tratando-se da relação entre espiritualidade e religiosidade, foi verificada correlação média em todas as dimensões da ARES com as subescalas da Religiosidade Intrínseca. Também foi observada correlação média entre a ARES e a Religiosidade Não Organizacional (RNO), exceto na dimensão Experiências Espirituais da ARES. Esses achados apontam para o fato de que as experiências espirituais e/ou religiosas vividas pelos pesquisados não são totalmente compreendidas e apresentam impacto importante na QV.

Independente das diferenças religiosas, a R/E tem se transformado em refúgio e amparo para profissionais da saúde que estiveram na linha de frente na pandemia de COVID-19, como mostra o estudo de Costa *et al.* (2021).

## **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Uma das limitações iniciais desta investigação foi o baixo número de pesquisas realizadas com profissionais de saúde a cerca da religiosidade e espiritualidade (R/E). Os existentes, em sua maioria, que vale destacar que são em pequeno número comparado à outras temáticas, abordam a R/E em pacientes de forma geral.

Outra limitação importante, foi a do fato dessa coorte ter sido desenvolvida em meio a pandemia do COVID-19.

## **CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA**

Que esse estudo possa alcançar os gestores de instituições em saúde e educação para que tenham ciência da percepção dos profissionais de Sergipe e assim, possam criar medidas institucionais a fim de melhorar a qualidade de vida destes e a inserção da religiosidade e espiritualidade nos currículos de graduações.

## **CONCLUSÃO**

Os dados desta investigação demonstraram Qualidade de Vida (QV) satisfatória para os profissionais de saúde. O sexo, a renda, nível de instrução e o tipo de serviço (público ou privado) influenciou positivamente na percepção de QV. A enfermagem foi a categoria profissional que mais apresentou insatisfação e impacto negativo devido à renda na QV. A Religiosidade e a Espiritualidade apresentadas pelos entrevistados foram satisfatórias (acima da média) e demonstraram sofrer influência pelo sexo, renda, setor de trabalho e ter filhos. Estes achados permitiram refletir acerca da relação entre a QV, Religiosidade e a Espiritualidade (R/E), e concluir que estas, dão sentido à vida dos profissionais de saúde, bem como, incentivam a terem melhores relacionamentos.

Sugere-se que diante dos resultados encontrados medidas institucionais sejam adotadas visando melhorar a qualidade de vida dos profissionais de saúde e que o ensino da religiosidade e espiritualidade seja inserida nos currículos acadêmicos, uma vez comprovado seu impacto positivo na percepção de qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ABAD, A. *et al.* Evaluation of Fear and Peritraumatic Distress during COVID-19 Pandemic in Brazil. **Advances in infectious Diseases**, v. 10, p. 184-194, 2020.
- ALEXANDRE, N. M. C. **Contribuição ao estudo das cervicodorsolombalgias em profissionais de enfermagem**. 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.
- ALVES, M. C. **Espiritualidade e os Profissionais da Saúde em Cuidados Paliativos**. 2011. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – **Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa**, 2011.
- ARIEIRA, I. C. O. *et al.* Espiritualidade na equipe na equipe multidisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. **Cienc Cuid Saúde**, v. 10, n. 2, p. 314-321, abril/jun. 2011.
- BARROS, D.S. *et al.* Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sociodemográfico, condições de trabalho, e fatores associados à síndrome de Burnout. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2008;20(3):325-40.
- BENATTI, M. C. C.; NISHIDE, V. M. Elaboração e implantação do mapa de riscos ambientais para prevenção de acidentes do trabalho em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 13-20, out. 2000.
- BERGER *et al.* Compassion Fatigue in Pediatric Nurses. **Journal of Pediatric Nursing** (2015) 30, e11–e17.
- BERGNER, M. *et al.* The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. **Medical Care** v. 19, p. 787-805, 1981.
- BOFF, L. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.
- BONELLI, R. M.; KOENIG, H. G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. **J Relig Health**, v. 52, n. 2, p. 657-73, 2013.
- BORGES, P. P.; FERREIRA, R. S.; DIAMANTE, I. A saúde permeada pela espiritualidade. **Multitemas**, Campo Grande, v. 22, n. 51, p. 7-21, jan./jun. 2017.
- BOSSUYT, P. M. *et al.* STARD 2015: an updated list of essential items for reporting diagnostic accuracy studies. **Clin. Chem.**, [S.L.], v. 61, n. 12, p. 1446-1452, 1 dez. 2015. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1373/clinchem.2015.246280>.
- BRAGHETTA, C. C. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar espiritualidade: escala de atitudes relacionadas à espiritualidade (ARES)**. 2017. Dissertação (mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

CABRAL, C. C. O. *et al.* Qualidade de vida de enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgências. **Texto e Contexto Enferm.** v. 29, p. 1-13, 2020.

CARNEIRO, E. M. *et al.* Religiosidade/Espiritualidade, Indicadores de Saúde Mental e Parâmetros Hematológicos de Profissionais de Enfermagem. **Rev. Enferm Health Care**, v. 9, n. 1, p. 64-77, jan./jul. 2020.

CARVALHEIRO, F. R. S.; STICCA, M. G. Adaptation and Validation of the Brazilian Version of the Fear of COVID-19 Scale. **International Journal of Mental Health and Addiction**, v. 20, n. 2, p. 921-929, 2020.

CARVALHO, L.; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 570-582, dez. 2007.

CHOI, E. H.; HUI, B. P. H.; WAN, E. Y. F. Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 10, p. 3740, 2020.

COHEN, A.; MIGLIORATI, G. Optimal weighted least-squares methods. **The SMAI journal of computational mathematics**, v. 3, p. 181-203, 2017.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. Routledge, 2013.

COSTA, K. J. T. *et al.* Qualidade de vida de médicos intensivistas: um estudo transversal. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 15, n. 54, p. 44-48, out./dez. 2017.

DAMIANO, R. F. *et al.* Brazilian scientific articles on “Spirituality, Religion and Health”. **Arch Clin Psychiatry**, v. 43, n. 1, p. 11-6, 2016.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Statistics without maths for psychology**. Londres: Pearson education, 2007.

DAS, P. Linear Regression Model: Relaxing the Classical Assumptions. *In: Econometrics in Theory and Practice*. Springer, Singapore, 2019. p. 109-135.

DIAS *et al.* Qualidade de vida de médicos residentes de um hospital escola. **Sci Med**. 2016;26(1).

FERNANDES *et al.* Jornada de Trabalho e saúde em enfermeiros de hospitais públicos segundo gênero. **Rev Saúde Pública**. 2017;51:63.

FERNANDES, M. A.; SOARES, L. M. D.; SILVA, J. S. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. **Rev Bras Med Trab**, v. 16, n. 2, p. 218-224, 2018.

FIELDS *et al.* Physician burnout in pediatric care medicine. **Crit Care Med**. 1995;23(8): 1425-29.

FLECK, M. P. A. *et al.* Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Revista de saúde pública**, v. 34, n. 2, p. 178–183, abr. 2000.

FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, n. 1, 1999.

FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 446-55, 2003.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLECK, M. P. A.; SKEVINGTON, S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Rev. Psiq. Clín.** v. 34, supl. 1, p. 146-149, 2007.

FOGAÇA, M. C. *et al.* Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Rev Esc Enferm USP** 2010;44(3): 708-12.

GOBATTO, C. A. **Religiosidade e espiritualidade em oncologia**: um estudo sobre as concepções de profissionais de saúde. 2012. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

GONZÁLEZ-ESTRADA, E.; COSMES, W. Shapiro–Wilk test for skew normal distributions based on data transformations. **Journal of Statistical Computation and Simulation**, v. 89, n. 17, p. 3258-3272, 2019.

GRUN, A. **A saúde como tarefa espiritual**. Petrópolis: Vozes, 2008.

GUERRER, F. J. L. *et al.* Caracterização do estresse nos enfermeiros de Unidade de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP**. 2008;42(2):355-62.

HALUNGA, A. G.; ORME, C. D.; YAMAGATA, T. A heteroskedasticity robust Breusch–Pagan test for Contemporaneous correlation in dynamic panel data models. **Journal of econometrics**, v. 198, n. 2, p. 209-230, 2017.

HENRIQUES, M.; SACADURA-LEITE, E. M.; SERRANHEIRA, F. Lombalgias em auxiliares de enfermagem hospitalares. **Rev. Bras. Med. Trabalho**, v. 17, n. 3, p. 370-7, 2019.

IOANNOU, P. *et al.* Impact of Job Satisfaction on Greek Nurses' Health-Related Quality of Life. **Saf. Health Work**, [S.L.], v. 6, n. 4, p. 324-8, dez. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.shaw.2015.07.010>.

JAMES, P. B.; O'CONNOR, M. A. Thomas Willis and the background to Cerebri Anatome. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 96, n. 3, p. 139-143, mar. 2003.

KIM, J. H. Multicollinearity and misleading statistical results. **Korean journal of anesthesiology**, v. 72, n. 6, p. 558-569, 2019.

KNIEF, U.; FORSTMEIER, W. Violating the normality assumption may be the lesser of two evils. **Behavior Research Methods**, v. 53, n. 6, p. 2576-2590, 2021.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L&PM Editores, 2012.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **International Scholarly Research Network**, v. 2012, p. 1-33, 2012.

KOENIG, H. G.; BÜSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five- Item Measure for Use in Epidemiological Studies. **Religions**, v. 1, n. 1, p. 78-85, 2010.

KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. **Handbook of religion and health**. 2. ed. Oxford: University Press, 2012.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. **Handbook of religion and health**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

LAKENS, D. Sample size justification. **Collabra: Psychology**, v. 8, n. 1, p. 33267, 2022.

LENTZ, R. A. *et al.* O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas discussões propostas por Flanagan. **Rev Lat Am Enferm**. 2000;8(4):7-14.

LIU, X. Classification accuracy and cut point selection. **Statistics Med.**, [S.L.], v. 31, n. 23, p. 2676-2686, 3 fev. 2012. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/sim.4509>.

LONGUINIÈRE, A. C. F.; YARID, S.D.; SILVA, E. S. C. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. **Rev Cuidarte**, v. 9, n. 1, p. 1961-1972, 2018.

LUCCHETTI, G. *et al.* Espiritualidade na Prática Clínica: O que o clínico precisa saber? **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 2, p. 154-158, 2010.

MACHADO, A. A. *et al.* Riscos de infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV) em profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 54-6, 1992.

MARCACIENE, P. R. *et al.*, Qualidade de vida, fatores sociodemográficos e ocupacionais de mulheres trabalhadoras. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 3, p. 749-760, 2019.

MARINO, R. Jr. **A religião do cérebro: as novas descobertas da neurociência a respeito da fé humana**. São Paulo: Gente, 2005.

MAZATO, A. J.; SANTOS, A. B. **A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa**. Departamento de Ciência de Computação, 2012. Disponível em:



[http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino\\_2012\\_1/ELABORACAO\\_QUESTIONARIOS\\_PESQUISA\\_QUANTITATIVA.pdf](http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTIONARIOS_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf). Acesso em: 10 jul. 2022.

MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **J Vasc Bras**, v. 10, n. 4, p. 275-278, 2011.

MORAES, B. F. M; MARTINO, M., M. F.; SONATI, J. G. Percepção da qualidade de vida de profissionais de enfermagem de terapia intensiva. **REME - Rev. Mineira Enferm**, v. 22, p. 1110, 2018.

MOREIRA *et al.* Qualidade de vida de médicos no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev Bra Med Trab**. 2022;20(3):375-386.

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.

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

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

NUNES, G. C.; NASCIMENTO, M. C. D.; LUZ, M. A. C. A. Pesquisa científica: conceitos básicos. **Revista de Psicologia**, v. 10, n. 29, p. 144-151, fev. 2016.

OBITE, C. P. *et al.* Multicollinearity effect in regression analysis: A feed forward artificial neural network approach. **Asian journal of probability and statistics**, v. 6, n. 1, p. 22-33, 2020.

OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de psicologia**, v. 17, n. 3, 469-476, set/dez. 2012.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. Genebra: WHO, 1946.

OMS – Organização Mundial da Saúde. The Whoqol Group. **WHOQOL user manual**. Genebra: WHO; 1998.

ORLEY, J.; SAXENA, S.; HERRMAN, H. Quality of life and mental illness 1998. **J Psychiatr**, v. 172, p. 291-293, 1998.

PANZINE, R. G. *et al.* Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011.

PASCHOA, S. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta Paul. Enfem.**, v. 20, n. 3, p. 305-310, 2007.

PEDROSO, B. *et al.* WHOQOL-SRPB-BREF, WHOQOL-OLD-BREF e WHOQOL-AGE: Análise das novas versões abreviadas dos instrumentos WHOQOL. **Revista Espacios**, v. 33, n. 19, p. 15, 2015.

PENHA, R. M.; SILVA, M. J. P. Meaning of Spirituality for Critical Care Nursing. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 260-268, 2012.

PERSINGER, M. *et al.* The Electromagnetic Induction of Mystical and Altered States within the Laboratory. **Journal of Consciousness Exploration & Research**, v. 1, p. 808-830, 2010.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.

RIBEIRO, C. R. MENEGUCI, J.; GARCIA-MENEGUCI, C. A. Prevalência de lombalgias e fatores associados em profissionais de enfermagem. **Rev. Família, Ciclos de Vida no contexto Social**, v. 7, n. 2, p.158-166, 2019.

RIBEIRO, L. A.; SANTANA, L. C. Qualidade de Vida no Trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. **Revista de Iniciação Científica**, v. 2, n. 2, p. 75-96, 2015.

RIOS, K. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 122-130, 2018.

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, 856-862, jul. 2009.

SANTANA, V. S. *et al.* Qualidade de vida dos profissionais de saúde em um ambiente hospitalar. **Rev. Pesquisa em Fisioterapia**, v. 4, n. 1, p. 35-46, 2014.

SILVA *et al.* Impacto do estresse na qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Texto Contexto Enferm.** 2020.

SILVA, N. M. M.; CAMARGO, S. M. P. L. O. Comparativo da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam no hospital público e privado no município de Bebedouro. **Rev. EPeQ/Fafibe online**, v. 4, p. 70-74, 2012.

SILVA, P. A. B. *et al.* Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. **Rev. Saúde Públ.**, [S.L.], v. 48, n. 3, p. 390-397, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004912>.

SILVA, S. M. *et al.* VES-13 and WHOQOL-bref cutoff points to detect quality of life in older adults in primary health care. **Rev. Saúde Públ.**, [S.L.], v. 53, p. 26, 28 mar. 2019. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000802>.

SILVA, V. E. F. **Estudo sobre acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino**. 1988. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

SKEVINGTON, S.M.; GUNSON, K. S.; O’CONNEL, K. A. Introducing the WHOQOL-SRPB BREF: developing a short-form instrument for assessing spiritual, religious and personal beliefs within quality of life. **Quality of Life Research**, v. 22, p.1073-1083, 2013.

SOARES, R. Z. *et al.* Análise dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico notificados por profissionais da saúde. **Rev Bras Med Trab**, v. 17, n. 2, p. 201-208, 2019.

SOUZA, W. A espiritualidade como fonte sistêmica na Bioética. **Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor.**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 91-121, jan./jun. 2013.

TAVARES, M. M. *et al.* Espiritualidade e religiosidade no cotidiano da enfermagem hospitalar. **Revista de Enfermagem - UFPE online**, 2018.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, n. 10, p. 1403-9, nov. 1995.

THE WHOQOL-SRPB GROUP. **WHOQOL-SRPB users manual**. Genebra: World Health Organization, 2006.

TORRES, J. *et al.* Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. **Psicologia, saúde e doenças**, v. 20, n. 3, p. 670-681, 2019.

TURNER, Paul. Critical values for the Durbin-Watson test in large samples. **Applied Economics Letters**, v. 27, n. 18, p. 1495-1499, 2020.

WANG, D. M. D. *et al.* Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. **JAMA**, v. 323, n. 11, p. 1061-1069, 2020.

**World Health Organization**. WHOQOL: measuring quality of life – introducing the WHOQOL instruments. WHO Online Content; 2019.

YANG, K.; TU, J.; CHEN, T. Homoscedasticity: An overlooked critical assumption for linear regression. **General psychiatry**, v. 32, n. 5, 2019.

ALVES, JS; JUNGES, JR; LÓPEZ, LC. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, v.34, n4, p. 430-436, 2010.

SILVA, TD; MARQUES, LF. Problematizações, Desafios e Possibilidades da Inserção da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) no Contexto Hospitalar. **Interações**. v.11, n.20, p.98-114, jul./dez., 2016.

BASTOS *et al.* Educação em saúde e espiritualidade na perspectiva de tutores de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). 2020; 5(2):87-98.

GOBATTO; CA, ARAÚJO; TCCF. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Psicologia USP**. 2013, 24(1), 11-34.

TEIXEIRA *et al.* Espiritualidade entre os profissionais da saúde que atuam na linha de frente do enfrentamento à COVID-19, em um município do Sudoeste da Bahia e sua correlação com a qualidade de vida, transtornos mentais e medo da COVID. **Reserach, Society and Development**, v. 10, n 10, 2021.

CAMPUS; RCA, OLIVEIRA; RA. A percepção da espiritualidade e religiosidade dos enfermeiros que trabalham num hospital-escola. **Rev Ciênc Med**. 2022;31; 225-251.

BOERO *et al.* Espiritualidade dos trabalhadores da saúde: um estudo descritivo. **International Journal of Nursing Studies**. 2005, v.42, pag. 915-921.

JORDÁN *et al.* Avaliação da espiritualidade/religiosidade e opinião de residentes sobre a participação em módulo de espiritualidade e integralidade. **Interdisciplinary Jounal of Health Education**. 2021, 6(1), pag. 1-17.

IENNE *et al.* A espiritualidade de enfermeiros assistências interfere no registro do diagnóstico de sofrimento espiritual? **Esc. Anna Nery**, 2018;22(1).

PEDRÃO; BP, BERRSIN; R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Einstein**. 2010; 8(1), pag. 86-91.

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

## 7 APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

#### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada “Qualidade de vida, Religiosidade e Espiritualidade em Profissionais de Saúde do Estado de Sergipe”. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador. O responsável principal da pesquisa é o enfermeiro Paulo Henrique Santana, sob orientação da professora Dra. Fernanda Gomes de Magalhães Soares, ambos vinculados ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. O objetivo geral da pesquisa é avaliar a percepção da qualidade de vida dos profissionais de saúde de Sergipe e para realização deste trabalho, o contato com participantes e/ou coleta de dados em qualquer etapa da pesquisa, será feito em ambiente virtual. Os instrumentos de coleta de dados serão disponibilizados por meio de formulário eletrônico único. Esclarecemos que manteremos em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa usando apenas, para divulgação, os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Informamos também que após o término da pesquisa, serão destruídos de todo e qualquer tipo de mídia que possa vir a identificá-lo tais ou comprometer o anonimato de sua participação agora ou futuramente.

Os riscos referentes ao participante neste estudo são mínimos, uma vez que não é um estudo de intervenção. Os possíveis riscos, são mínimos para sua saúde e estão relacionados ao incômodo pelo tempo para responder aos instrumentos, constrangimento porque algumas perguntas tratam de questões sensíveis. Caso você venha a sentir algo dentro desses padrões, comunique ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências, tais como a interrupção da coleta e se necessário dispensar o entrevistado se assim preferir.

Os benefícios potenciais e esperados com a pesquisa estimam divulgar os resultados aos profissionais de saúde, colaboradores e corpo administrativo do hospital e que por meio da integração do ensino e serviço, possam ser firmados projetos de ensino, pesquisa e extensão, articulados com a graduação e residência em saúde, com ações à medida que ações de acolhimento e humanização e divulgar os dados para fins científicos.

O(A) senhor(a) terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si ou para seu tratamento (se for o caso); a garantia de que em caso haja algum dano a sua pessoa (ou o dependente), os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável inclusive acompanhamento médico e hospitalar (se for o caso). Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo pesquisador.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos o(a) senhor(a) deve procurar o pesquisador principal Paulo Henrique Santana. Enfermeiro. Program

Rubricas \_\_\_\_\_ (Participante)

\_\_\_\_\_ (Pesquisador)

Universidade Federal de Sergipe (PPGEN) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Avenida Marechal Rondon, S/n - Jardim Rosa Elze, São Cristóvão-SE, CEP: 49100-000. Celular: (79) 99989-7230. E-mail: paulo.henrique@hotmail.com. Ou, se preferir, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Estácio de Sergipe, localizado em Rua Teixeira de Freitas, 10 - Salgado Filho, Aracaju – SE, CEP: 49020-490. Telefone: (79) 3246-8129. E-mail: cep.estaciofase@estacio.br.

#### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Aracaju, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

Rubricas \_\_\_\_\_ (Participante)

\_\_\_\_\_ (Pesquisador)

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	
Nome: _____	Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____
Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	
Você se considera de que cor? <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> indígena	
Moradia: <input type="checkbox"/> zona rural <input type="checkbox"/> zona urbana	Filhos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Se sim, quantos? _____
Renda: <input type="checkbox"/> 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 2 SM <input type="checkbox"/> 3 SM <input type="checkbox"/> 4 a 5 a 6 SM <input type="checkbox"/> 7 SM ou mais.	
Qual a sua situação conjugal? <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a)	
Estudo: <input type="checkbox"/> ensino médio completo <input type="checkbox"/> superior completo <input type="checkbox"/> Especialização/Pós-graduação <input type="checkbox"/> mestrado <input type="checkbox"/> doutorado	
Profissão: <input type="checkbox"/> técnico em enfermagem <input type="checkbox"/> enfermeiro(a) <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> fisioterapeuta <input type="checkbox"/> psicólogo <input type="checkbox"/> fonoaudiólogo	
Setor de trabalho: <input type="checkbox"/> internamento <input type="checkbox"/> centro cirúrgico <input type="checkbox"/> CME <input type="checkbox"/> UTI adulto <input type="checkbox"/> UTI infantil <input type="checkbox"/> Urgência e Emergência <input type="checkbox"/> Unidade de Cuidados Paliativos <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Local de trabalho: _____	
Tempo de atuação: <input type="checkbox"/> menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> 3 anos <input type="checkbox"/> 4 anos <input type="checkbox"/> mais de 5 anos <input type="checkbox"/> mais de 10 anos	
Tem quantos vínculos profissionais: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> mais que 5	
<b>ASPECTOS CULTURAIS E RELIGIOSOS</b>	
Religião: <input type="checkbox"/> católico <input type="checkbox"/> evangélico <input type="checkbox"/> espírita <input type="checkbox"/> testemunha de Jeová <input type="checkbox"/> budista <input type="checkbox"/> outras: _____	
Atividade física regular: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Fuma: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Bebe: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

APÊNDICE C – TABELA 5 COMPLETA.

Tabela 5. Distribuição de regressão bruta, ajustado e multivariado da ARES e DUREL segundo dimensões. Sergipe, 2023.

	B (IC95%)	p-valor	T	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> adj	VIF	B-P (valor-p)	D-W (valor-p)	S-W (valor-p)
<i>Bruto</i>									
Intercepto	74,579 (72,545;76,612)	<0,001	72,310	-	-	-	-	-	-
<b>ARES</b>									
Crenças e espiritualidade	2,058 (1,262;2,854)	<0,001	5,067	0,109	0,105	-	0,888	1,848 (0,246)	0,001
Práticas espirituais	3,492 (2,191;4,794)	<0,001	5,259	0,117	0,113	-	0,267	1,988 (0,882)	0,105
Experiências Espirituais	3,373 (1,983;4,764)	<0,001	4,756	0,098	0,093	-	0,235	1,895 (0,404)	<0,001
Atitudes/consequências	2,993 (1,929;4,056)	<0,001	5,513	0,127	0,123	-	0,473	1,852 (0,284)	0,002
<b>DUREL</b>									
Religiosidade Organizacional	-3,647 (-4,970;-2,325)	<0,001	-5,406	0,123	0,118	-	0,549	1,986 (0,900)	0,002
Religiosidade Não Organizacional	-4,291 (-5,561;-3,051)	<0,001	-6,780	0,180	0,176	-	0,989	1,935 (0,642)	0,044
Religiosidade Intrínseca	-2,583 (-3,408;-1,757)	<0,001	-6,130	0,152	0,148	-	0,417	1,855 (0,304)	0,004
<i>Ajustado</i>									
Intercepto	73,817 (47,111;100,523)	<0,001	5,417			-			
<b>ARES</b>									
Crenças e espiritualidade	-0,035 (-1,209;1,138)	0,953	-0,059			2,952			
Práticas espirituais	-0,357 (-2,158;1,443)	0,698	-0,389			2,204			
Experiências Espirituais	0,987 (-0,753;2,726)	0,268	1,112	0,258	0,232	1,903	0,469	1,929 (0,506)	0,024
Atitudes/consequências	0,984 (-1,000;2,967)	0,332	0,972			4,147			
<b>DUREL</b>									
Religiosidade Organizacional	-1,555 (-2,857;-0,253)	0,020	-2,341			1,193			
Religiosidade Não Organizacional	-2,370 (-3,798;-0,941)	0,001	-3,251			1,402			
Religiosidade Intrínseca	-0,935 (-2,051;0,181)	0,102	-1,642			1,936			
<i>Multivariado</i>									
Intercepto	96,973 (91,789;102,157)	<0,001	37,718			-			
<b>DUREL</b>									
Religiosidade Organizacional	-1,830 (-3,135;-0,525)	0,006	-2,843	0,254	0,243	1,166	0,347	1,956 (0,712)	0,042
Religiosidade Não Organizacional	-2,806 (-4,123;-1,490)	<0,001	-4,232			1,248			
Religiosidade Intrínseca	-1,411 (-2,313;-0,509)	0,002	-2,961			1,242			

**Legenda:** B – Coeficiente de Regressão. IC95% – Intervalo com 95% de confiança. T – Estatística do teste t. R<sup>2</sup> – Coeficiente de Determinação. R<sup>2</sup> adj – Coeficiente de Determinação Ajustado. VIF – Fator de Inflação de Variância. B-P – Teste de Breusch-Pagan. D-W – Teste de Durbin-Watson. S-W – Teste de Shapiro-Wilks.

**Fonte:** dados da pesquisa.



## 8 ANEXOS

### ANEXO A – WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL-SRPB - BREF)

#### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

(versão traduzida e validada – Brasil)

##### 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

DOMÍNIO	QUESTÕES	RESPOSTA
<b>Domínio I – Físico</b>	1. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	
	2. Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	
	3. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	
	4. Quão bem você é capaz de se locomover?	
	5. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	
	6. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	
	7. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	
	8. O quanto você aproveita a vida?	

<b>Domínio II – Psicológico</b>	9. O quanto você consegue se concentrar?	
	10. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	
	11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	
	12. Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	
<b>Domínio III – Relações Sociais</b>	13. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	
	14. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	
	15. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	
<b>Domínio IV – Meio Ambiente</b>	16. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	
	17. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	
	18. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	
	19. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	
	20. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	
	21. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	
	22. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	
	23. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	
<b>Domínio V – Espiritualidade/religião/crenças pessoais</b>	24. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	
	25. Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?	
	26. Até que ponto você sente que sua vida tem uma finalidade?	
	27. Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas ao seu redor? (p. ex., natureza, arte, música)	
	28. Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?	
	29. O quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?	
	30. Até que ponto você sente paz interior?	
	31. Até que ponto você está esperançoso com sua vida?	
	32. Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia a dia?	

<b>Qualidade de vida global e percepção geral da saúde</b>	33. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	
	34. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	

## ANEXO B – ESCALA DE ATITUDES RELACIONADAS A ESPIRITUALIDADE (ARES)

Antes de responder, leia as instruções:

- Espiritualidade pode ser entendida como uma busca pessoal sobre questões relacionadas com o sagrado, com Deus e com o sentido da vida.
- A espiritualidade pode se manifestar de forma independente da religião. Isto é, pessoas espiritualizadas podem ou não ter religião.

Por favor, responda com atenção o quanto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo sobre Espiritualidade:

	Discordo muito	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo muito
1. Eu acredito em algo sagrado, transcendente(Deus, uma força superior).	1	2	3	4	5
2. Meditação, oração, leituras e/ou contemplação são práticas que utilizo (ao menos uma delas) para me conectar com uma força espiritual além de mim.	1	2	3	4	5
3. Já presenciei fatos/situações que me levaram a acreditar que existe algo além do mundo material.	1	2	3	4	5
4. Minha fé ou crenças espirituais me dão apoio no dia a dia.	1	2	3	4	5
5. Minha espiritualidade me ajuda a ter um relacionamento melhor com os outros.	1	2	3	4	5
6. Minha espiritualidade influencia minha saúde física e mental.	1	2	3	4	5
7. Minha espiritualidade me incentiva a ajudar outras pessoas.	1	2	3	4	5
8. Já tive vivências que não consegui explicar, que podem ter sido experiências espirituais.					
9. Eu acredito em uma continuidade após a morte.	1	2	3	4	5
10. Minhas crenças e valores espirituais direcionam minhas ações no dia a dia.	1	2	3	4	5
11. Minha fé ou crenças espirituais dão sentido à minha vida.	1	2	3	4	5

12. Práticas espirituais (por exemplo: fazer orações, ou jejum, ou meditação ou outras) ajudam a manter ou melhorar a minha saúde física ou mental.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

## ANEXO C – ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DE DUKE (DUREL)

### **(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?**

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

### **(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?**

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

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

### **3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).**

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade

5. Não é verdade

**(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.**

1. Totalmente verdade para mim

2. Em geral é verdade

3. Não estou certo

4. Em geral não é verdade

5. Não é verdade

**5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.**

1. Totalmente verdade para mim

2. Em geral é verdade

3. Não estou certo

4. Em geral não é verdade

5. Não é verdade

## ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)

FACULDADE ESTÁCIO DE  
SERGIPE - ESTÁCIO FASE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** QUALIDADE DE VIDA, RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E MEDO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE

**Pesquisador:** PAULO HENRIQUE SANTANA FEITOSA SOUSA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51637421.5.0000.8079

**Instituição Proponente:** Faculdade Estácio de Sergipe

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.020.350

#### Apresentação do Projeto:

O presente projeto pretende avaliar a percepção de qualidade de vida dos profissionais de saúde do estado de Sergipe. Métodos: estudo Survey Transversal. Será realizado nos hospitais públicos e privados do estado de Sergipe. Serão incluídos os profissionais de nível médio (técnicos de enfermagem) à superior (enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e outros) que aceitem participar da pesquisa e que estejam em pleno exercício de suas funções em questão, durante o período do estudo. Serão excluídos todos que estiverem em processos administrativos, férias, licenças ou atestado médico). Serão utilizados para coleta de dados um questionário sociodemográfico, o World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-SRPB-bref), Escala de Medo da COVID na sua versão brasileira (EMC-19), Escala de Atitudes Relacionadas a Espiritualidade (ARES) e Índice de Religiosidade de Duke (DUREL). Os procedimentos de contato com participantes e/ou coleta de dados em qualquer etapa da pesquisa, será feito em ambiente virtual. Os instrumentos de coleta de dados serão disponibilizados por meio de formulário eletrônico único. Este será disponibilizado a partir da geração e compartilhamento de um link específico que dará acesso ao Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) e aos Instrumentos de pesquisa. Os dados serão exportados para um software R Core Team (Versão 4.1.0). Após serem codificados e tabulados, os dados serão analisados por meio de estatística descritiva. Para as variáveis quantitativas serão apresentadas medidas de tendência central e medidas de dispersão (média, mediana e quartil); para as variáveis categóricas, frequências

**Endereço:** Rua Teixeira, de Freitas, 10, Bl. A 3º andar

**Bairro:** SALGADO FILHO

**CEP:** 49.020-530

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**Telefone:** (79)3246-8129

**E-mail:** cep.estaciofase@estacio.br



Continuação do Parecer: 5.020.350

relativas e absolutas. A hipótese de independência entre variáveis categóricas será testada por meio dos testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral: Avaliar a percepção da qualidade de vida dos profissionais de saúde de Sergipe.

Objetivos específicos: Identificar os escores de QV; Verificar o índice de religiosidade; Relacionar a percepção de QV à religiosidade e espiritualidade; Relacionar a percepção de QV no domínio V, Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais, à religiosidade e espiritualidade; Mensurar o medo. Relacionar o medo à Qualidade de Vida.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O trabalho proposto contempla em seu TCLE os riscos e benefícios atribuídos a execução da pesquisa. No termo, os participantes foram informados sobre os riscos e possuem liberdade para abandonar o questionário virtual caso sintam-se em prejuízo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância para avaliação da QVT dos profissionais da saúde do estado de Sergipe e para obtenção de referencial teórico dentro desta linha de estudo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação entregues estão de acordo com os padrões estabelecidos para trabalhos de pesquisa que envolvam seres humanos.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Os documentos entregues estão de acordo com os padrões estabelecidos para trabalhos de pesquisa que envolvam seres humanos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1803095.pdf	13/08/2021 11:57:13		Acelto

Endereço: Rua Teixeira, de Freitas, 10, Bl. A 3º andar

Bairro: SALGADO FILHO

CEP: 49.020-530

UF: SE Município: ARACAJU

Telefone: (79)3246-8129

E-mail: cep.estaciofase@estacio.br

# FACULDADE ESTÁCIO DE SERGIPE - ESTÁCIO FASE



Continuação do Parecer: 5.020.350

Folha de Rosto	5.pdf	13/08/2021 11:56:36	PAULO HENRIQUE SANTANA FEITOSA SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	12/08/2021 21:07:14	PAULO HENRIQUE SANTANA FEITOSA SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4.pdf	12/08/2021 21:00:29	PAULO HENRIQUE SANTANA FEITOSA SOUSA	Aceito
Outros	3.pdf	12/08/2021 20:46:33	PAULO HENRIQUE SANTANA FEITOSA SOUSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	2.pdf	12/08/2021 20:44:41	PAULO HENRIQUE SANTANA FEITOSA SOUSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	1.pdf	12/08/2021 20:43:39	PAULO HENRIQUE SANTANA FEITOSA SOUSA	Aceito

## Situação do Parecer:

Aprovado

## Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 05 de Outubro de 2021

Assinado por:  
**ALESSA CAROLINE PEDROZA DE VASCONCELOS**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Teixeira, de Freitas, 10, Bl. A 3º andar

**Bairro:** SALGADO FILHO

**CEP:** 49.020-530

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**Telefone:** (79)3246-8129

**E-mail:** cep.estaciofase@estacio.br