



Universidade Federal do Maranhão
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde



Doutorado

**ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E MORBIDADES
EM ESTUDANTES DE MEDICINA: ESTUDO EM DUAS
UNIVERSIDADES BRASILEIRAS**

JOANA KATYA VERAS RODRIGUES SAMPAIO NUNES

São Luís

2018

JOANA KATYA VERAS RODRIGUES SAMPAIO NUNES

**ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E MORBIDADES EM
ESTUDANTES DE MEDICINA: ESTUDO EM DUAS UNIVER-
SIDADES BRASILEIRAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto

São Luís

2018

JOANA KATYA VERAS RODRIGUES SAMPAIO NUNES

**ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E MORBIDADES EM ESTU-
DANTES DE MEDICINA: ESTUDO EM DUAS UNIVERSIDADES BRA-
SILEIRAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde como
parte dos requisitos para a obtenção do
título de Doutor em Ciências da Saúde.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Sergio Pedro Baldassin
Faculdade de Medicina do ABC-São Paulo

Profa. Dra. Rosane Nassar Meireles Guerra
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Ana Helia de Lima Sardinha
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Jacira do Nascimento Serra
Universidade Ceuma

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Nunes, Joana Katya Veras Rodrigues Sampaio.
Espiritualidade, religiosidade e morbidades em
estudantes de medicina: estudo em duas universidades
brasileiras / Joana Katya Veras Rodrigues Sampaio Nunes. -
2018.
149 f.

Orientador(a): Jose Albuquerque de Figueiredo Neto.
Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em
Ciências da Saúde/ccbs, Universidade Federal do Maranhão,
São Luis, 2018.

1. Educação Medica. 2. Espiritualidade. 3.
Estudantes. 4. Religiosidade. I. Figueiredo Neto, Jose
Albuquerque de. II. Título.

“Ora, a fé é o firme fundamento das coisas que se esperam, e a prova das coisas que se não veem [...] Pela fé entendemos que os mundos pela palavra de Deus foram criados; de maneira que aquilo que se vê não foi feito do que é aparente”.

Hebreus 11:1

À minha Família sem a qual nada seria possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o criador do universo, que proporciona a capacidade de enfrentarmos todas as adversidades e desafios que se atrelam em nosso caminhar.

Ao meu marido, Eudes, pelo amor incondicional, companheirismo, atenção e força durante esta jornada. Amo você mais do que nunca!

Aos meus filhos, Romélia (autonomia), Priscila (assertividade), Camila (praticidade), Fabíola (afeição) e Renan (dedicação), que me incentivaram, compartilhando comigo pequenas horas de lazer e felicidade. Vocês são as cinco razões do meu viver!

Ao meu pequenino neto Murilo, uma graça divina que Deus colocou em minha vida, e que o amor que sinto por você transcende todas as coisas tangíveis da vida. Tukutuku da vovó!

Aos meus genros e nora por fazer em parte da minha grande família, e que fazem os meus filhos felizes, muito obrigada!

Aos meus dog's, Bimbo (está no céu), Abhul, Amora, Bolt e Miucha, companheiros de estudo, que sempre ficam ao lado da minha mesa de estudo, pacientes e com um olhar que me tranquiliza. Eles são outra forma de amar todos os seres da natureza.

Agradeço às pessoas e instituições que colaboraram de forma relevante para a realização desta tese.

Ao Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto, sua orientação segura fez com que meus obstáculos se tornassem verdadeiros desafios que me fizeram amadurecer como pessoa e como profissional. Ensinou-me os passos mais importantes para o caminho da intelectualidade e da firmeza de posicionamento e decisão. Muito obrigada!

À Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, professora Dr.^a Flávia Nascimento, pela amizade, generosidade e por me mostrar que a seriedade e a dedicação são os únicos caminhos para o sucesso profissional. Obrigada pelo seu acolhimento nos momentos difíceis!

Aos Professores do Doutorado em Ciências da Saúde pelo aprendizado e oportunidade de crescimento, em especial ao Professor Dr. Marcus Paes, muito obrigada!

Ao Professor Dr. Sergio Pedro Baldassin, pela humildade de compartilhar seus conhecimentos de longos anos sobre a educação médica e saúde mental dos estudantes de Medicina, o que enriqueceu minha tese. Minha eterna admiração!

Às Professoras Dra. Rosane Nassar Meireles Guerra e Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha, que com suas críticas construtivas me direcionaram para realizar essa tese com qualidade e sabedoria. Serei sempre grata!

Ao Professor Dr. Ivan Abreu Figueiredo, pela sua assertividade, contribuição e compreensão durante esse último ano de doutorado, meu muito obrigada!

Às minhas eternas amigas, Professora Ma. Karine Nunes pela alegria e soluções de todos os dias, Professora Ma. Márcia Veras pelo apoio incondicional, Professora Ma. Patricia Kecianne, pelos os abraços de acolhimento. A todas vocês, pela cumplicidade, apoio mútuo, e pelos momentos de felicidade que compartilhamos e ainda iremos compartilhar. A amizade é construída pela empatia e generosidade. Obrigada!

À Ana Lúcia dos Santos Cordeiro e a Benedita de Fátima Portela Sousa, pessoas importantes na minha trajetória durante o mestrado e doutorado e que estão sempre disponíveis a nos ajudar em nossas aflições. Para elas não há problemas, somente soluções, meu muito obrigada!

Aos alunos colaboradores das Universidades Ceuma e da Universidade Federal do Maranhão, que se interessaram pelo tema deste estudo, e com muita dedicação organizaram a coleta dos dados, muito obrigada!

Aos imprescindíveis amigos Alexandro dos Santos Ferreira e Lyrian Lorena Freire Lira, pela dedicação na compreensão dos instrumentos desta tese, o que permitiu a qualidade dos resultados. Em nossa jornada construímos uma amizade e parceria respeitosa. Meu muito obrigada!

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA).

SUMÁRIO

<i>Lista de Abreviações e Siglas</i>	<i>viii</i>
<i>Lista de Tabelas</i>	<i>ix</i>
RESUMO.....	<i>xi</i>
ABSTRACT.....	<i>xii</i>
1 INTRODUÇÃO	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Espiritualidade, Religiosidade e Religião.....	17
2.2 Saúde e Saúde Mental.....	27
2.3 Saúde mental dos estudantes de Medicina durante a formação médica.....	34
2.4 Espiritualidade e Religiosidade na saúde mental dos estudantes de Medicina...37	
3 OBJETIVOS	41
3.1 Objetivo Geral.....	41
3.2 Objetivos Específicos.....	41
4 RESULTADOS	42
CAPÍTULO I – Religiosidade e Espiritualidade associadas à depressão e ansiedade em estudantes de Medicina	42
Introdução.....	44
Materiais e Métodos.....	45
Resultados.....	47
CAPÍTULO II – Impacto do Tempo de Formação em Medicina na Religiosidade e Espiritualidade de Estudantes de uma cidade do nordeste brasileiro	65
Introdução.....	67
Materiais e Métodos.....	69
Resultados.....	72
CAPÍTULO III – Variações da Religiosidade e Espiritualidade, Depressão, Ansiedade, ao longo da formação em Medicina	87
Introdução.....	89
Materiais e Métodos.....	90
Resultados.....	93
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
6 CONCLUSÕES	113
REFERÊNCIAS.....	115
APÊNDICES.....	128
ANEXOS.....	135

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AAMC	Associação Americana de Faculdades de Medicina	
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck	
BDI II	Inventário de Depressão de Beck	
COPING	Lidar, Enfretamento	
DSM IV/5	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais	
DUREL	Índice de Religiosidade de Duke	
EBE	Escala de Bem-Estar Espiritual	
EBES	Escala de Bem-Estar Subjetivo	
EAECS	Escala de Avaliação de Espiritualidade em Contextos de Saúde	
OMS	Organização Mundial de Saúde	
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde	
R/E	Religiosidade e Espiritualidade	
SBRAME	Estudo de Espiritualidade e Educação Médica Brasileira	
SUBESCALAS	RI	Religiosidade Intrínseca
DUREL	RO	Religiosidade Organizacional
	RNO	Religiosidade Não Organizacional
SUBESCALAS	BER	Bem-Estar Religioso
EBE	BEE	Bem-Estar Existencial
	BEE	Bem-Estar Geral
SUBESCALAS	AN	Afetos Negativos
EBES	AP	Afetos Positivos
		Satisfação
UNICEUMA	Universidade Ceuma	
UFMA	Universidade Federal do Maranhão	
WHOQOL Group	Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde	

LISTA DE TABELAS

Capítulo 1

Tabela 1. Características demográficas e hábitos de vida de estudantes de Medicina. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	57
Tabela 2. Classificação quanto a depressão e ansiedade e escores relacionados à Religiosidade / Espiritualidade em estudantes de Medicina. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	58
Tabela 3. Correlação entre escores de Religiosidade / Espiritualidade e sintomas de depressão e ansiedade em estudantes de Medicina. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	59
Tabela 4. Fatores associados aos sintomas depressão em estudantes de Medicina: regressão logística não ajustada e ajustada. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	60
Tabela 5. Fatores associados aos sintomas de ansiedade em estudantes de Medicina: regressão logística não ajustada e ajustada. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	61

Capítulo 2

Tabela 1. Distribuição de estudantes por ano de graduação das universidades pública e privada. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	79
Tabela 2. Associação de características demográficas e hábitos de vida de estudantes de Medicina e nível de formação. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	80
Tabela 3. Índices e escalas de Religiosidade / Espiritualidade de estudantes de Medicina e nível de formação. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	81
Tabela 4. Características de Religiosidade / Espiritualidade de estudantes de Medicina. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	82
Tabela 5. Comparação da Religiosidade / Espiritualidade entre estudantes de Medicina com diferentes níveis de formação. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	83

Capítulo 3

Tabela 1. Caracterização dos estudantes das universidades pública e privada. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	104
Tabela 2. Análise de nova variância entre formação em Medicina e sintomas de depressão e ansiedade e religiosidade / espiritualidade. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	105
Tabela 3. Regressão Linear múltipla entre sintomas de depressão e ansiedade e religiosidade / espiritualidade e formação em Medicina, idade e gênero. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.....	106

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Formação em Medicina e efeito na Religiosidade/Espiritualidade. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018	107
Figura 2. Formação em Medicina e efeito na depressão, ansiedade e Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018	108

RESUMO

Introdução: Mudanças na Religiosidade/Espiritualidade (R/E) entre estudantes de Medicina durante a graduação, e sua influência na saúde mental, são poucas avaliadas. **Objetivo:** Avaliar a influência da R/E, suas variações/relação com os níveis de depressão, ansiedade, bem-estar subjetivo durante a graduação em Medicina e seus determinantes. **Materiais e Métodos:** estudo transversal, analítico, comparativo, com estudantes de Medicina do 1° ao 6° ano, a partir de 18 anos. Foram utilizadas as variáveis: Dados sociodemográficos, Escala de Avaliação de Espiritualidade em Contextos de Saúde (EAECS), Escala de Bem-Estar Espiritual, Índice de Religiosidade de Duke, Escala de Bem-Estar Subjetivo, Inventário de Depressão de Beck II e Inventário de Ansiedade de Beck. Utilizou-se Qui-Quadrado, Correlação de Spearman, ANOVA ou Kruskal-Wallis e regressão linear multivariada para avaliar fatores associados aos desfechos. **Resultados:** 812 estudantes foram avaliados, prevalecendo: mulheres (60,5%), brancos (45,9%), solteiros (93,8%) e com ingestão de álcool (80,2%), igualmente distribuídos nos níveis: Básico (33,4%), Intermediário (33,3%) e Internato (33,3%). A frequência geral de sintomas moderada a grave de depressão e de ansiedade foram de 18,4% e 20,6%, respectivamente. Na escala Afetos Negativos houve maior frequência de estudantes com baixos escores (81,2%) e nas escalas Afetos Positivos e Satisfação de escores elevados (72,7% e 58,1%, respectivamente). Altos escores na escala Afetos Positivos, escores moderado a alto de Bem-Estar Existencial, contribuíram para a redução de chances de 50% a 80% de sintomas depressão entre os avaliados. Os sintomas de depressão foram diretamente proporcionais ao aumento do escore de Afetos Negativos, e inversamente aos escores de Bem-Estar Existencial e Bem-Estar Geral, como também, o aumento de sintomas da ansiedade foi diretamente correlacionado ao aumento do escore de Afetos Negativos. Na regressão logística, sintomas de ansiedade, escores altos de Afetos Negativos, sexo feminino predispueram sintomas de depressão. Para a ansiedade, o ajuste demonstrou aumento do risco de sintomas para o escore alto de Afetos Negativos, sintomas de depressão, Religiosidade Intrínseca elevada e sexo feminino. Houve piora nas médias dos escores de R/E no 7º período, e uma piora nos escores de depressão, ansiedade e da EAECS, nos 7º e 12º períodos. Religiosidade Organizacional, Bem-Estar Religioso, crenças/otimismo /esperança, apresentaram um aumento β significativo ($p < 0,05$), para os períodos de formação e sexo feminino. Religiosidade Não Organizacional, Religiosidade Intrínseca, Bem-Estar Existencial e Bem-estar Geral, aumentaram de acordo com a idade e gênero. Sintomas de ansiedade foi a única variável com aumento do coeficiente de regressão β , para a variável gênero feminino ($p < 0,05$). **Conclusão:** Enfretamento negativo das dificuldades encontradas por estudantes de Medicina na graduação, R/E positiva reduzida, podem revelar risco para ansiedade, especialmente em estudantes do 7º e 12º períodos.

Palavras-chave: Religiosidade; Espiritualidade; Educação médica; Depressão; Ansiedade; Estudantes.

ABSTRACT

Introduction: Changes in Religiousness / Spirituality (R/S) among undergraduate medical students and their influence on mental health, are poorly evaluated. **Objective:** To evaluate the influence of R/S, its variations / relation with the levels of depression, anxiety and subjective well-being during medical school and its determinants. **Materials and Methods:** Cross-sectional, analytical, comparative study with medical students from 1st to 6th year, aged 18 and over. The following variables were used: socio-demographic data, Scale for Assessment of Spirituality in Health Contexts (EAECs), Spiritual Well-Being Scale, Duke Religious Index (DUREL), Subjective *Well-Being* Scale (SWB), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), and Beck Anxiety Inventory (BAI). Chi-Square, Spearman's Rank Correlation, ANOVA or Kruskal-Wallis and multivariate linear regression were used to evaluate factors associated with outcomes. **Results:** women prevailed (60.5%), white (45.9%), single students (93.8%), from capital and metropolitan region (65.3%) and alcohol ingestion (80.2%) prevailed, equally distributed among levels: Basic (33.4%), Intermediate (33.3%) and Internship (33.3%). The frequency of depression (18.4%) and anxiety (20.6%), moderate to severe, were significant ($p > 0.05$). Among Negative Affects, there was a higher frequency of students with low scores (81.2%) and high scores of Positive Affects (72.7%) and Satisfaction (58.1%). High scores of positive Affects, moderate to high score of Existential Welfare, contributed to the reduction of odds from 50% to 80% of depression among those evaluated. Depression was directly proportional to the increase in Negative Affect scores, and inversely to the Existential Welfare and Overall Welfare scores, as well as the increase in anxiety symptoms was directly correlated with the increase in the score of Negative Affects. In logistic regression, anxiety symptoms, high scores of Negative Affects, female gender, predisposed the symptoms of depression. For anxiety, the adjustment showed an increased risk of symptoms for the high score of Negative Affects, symptoms of depression, elevated Intrinsic Religiosity and female gender. There was a worsening in the mean R/S scores in the 7th semester, and a worsening in depression, anxiety and EAECs scores in the 7th and 12th semesters. Organizational Religiosity, Religious Well-Being, beliefs/ optimism/ hope, presented a significant β increase ($p < 0.05$), for the semesters of formation and female gender. Non-Organizational Religiosity, Intrinsic Religiosity, Existential Welfare, and General Well-Being showed significant β ($p < 0.05$) increase for age and gender. Symptoms of anxiety was the only variable with increased coefficient of regression β for the female gender variable ($p < 0.05$). **Conclusion:** Negative coping of difficulties encountered by undergraduate medical students, reduced positive R/S, and may reveal anxiety risk, especially in 7th and 12th semester students.

Keywords: Religiosity. Spirituality. Medical education. Depression. Anxiety. Students.

1 INTRODUÇÃO

A compreensão da fragilidade humana tanto em relação a saúde mental, quanto psicológica, religiosa e espiritual, trouxe nas últimas décadas um olhar mais crítico cientificamente e menos estigmatizado sobre as doenças psiquiátricas e psicológicas, procurando conhecer estratégias que possam prevenir a saúde holística, o bem-estar subjetivo e espiritual do ser humano (KOENIG et al., 2012).

O excesso de racionalismo, as novas tecnologias, estão levando o homem do século XXI, ao automatismo, à desumanização, à melancolia e ao desencanto em relação a vida profissional, como também com a própria vida pessoal (MOREIRA-ALMEIDA, KOENIG, LUCCHETTI, 2014).

O interesse em realizar esse estudo, vem da minha experiência na clínica psicológica desde o início da minha formação, onde atendo adolescentes e jovens que apresentaram distúrbios psicológicos e psiquiátricos ao enfrentarem a grande jornada para o exame do vestibular para o curso de Medicina.

Como docente do curso de Medicina em uma universidade particular, minha prática está relacionada com o binômio Saúde e Educação. Ministro as disciplinas de Habilidades em Comunicação e Psicologia Médica, e como integrante do Núcleo de Apoio Psicopedagógico e Experiência Docente – NAPED, atuo no atendimento psicológico e no acolhimento ao estudante de Medicina, do primeiro ao décimo segundo períodos, tendo acompanhado esses estudantes em suas trajetórias, muitas vezes marcadas pela angústia, ansiedade, depressão, medo, estresse, baixa autoestima, solidão, distúrbios do sono, ingestão de álcool e uso de drogas lícitas/ilícitas, ideação suicida e, várias vezes, a descrença em si e a falta de fé em Deus, influenciando de forma negativa, o desenvolvimento socioemocional, de suas competências e habilidades necessárias ao aprimoramento pessoal e profissional, como também a sua saúde mental e sua integridade.

A Espiritualidade, independentemente de qualquer crença religiosa, tem como princípios fundamentais a compaixão, a empatia e o altruísmo. No aumento do meu interesse sobre essa dimensão humana, como também de outros docentes do curso de Medicina, foi pensado para os estudantes, encontros mensais, onde a prática

da meditação e do diálogo sobre espiritualidade e saúde mental do estudante, ainda está em desenvolvimento.

Esses encontros têm como finalidade a não discussão de crenças religiosas, mas sim, promover recursos pessoais para o desenvolvimento da sensibilidade, do autoconhecimento, do altruísmo e da empatia nos estudantes, instrumentalizando-os para a valorização da sua dimensão espiritual.

As implicações da Religiosidade / Espiritualidade (R/E) na saúde física e na saúde mental dos indivíduos em geral, evidenciam que a R/E são campos subjetivos de cada indivíduo, onde grande parte da população as utiliza como recurso interno para buscar uma motivação na superação de crises existenciais e de doenças, como o estresse/distresse, depressão, ansiedade. Pessoas com maior R/E comumente reportam melhor bem-estar geral, bem-estar psicológico, menor uso/abuso de álcool e drogas lícitas/ilícitas e menores índices de depressão, ansiedade, ideação suicida, e outros transtornos mentais (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; MOREIRA-ALMEIDA, STROPPA, 2012; BONELLI, KOENIG, 2013; CURCIO; LUCCHETTI, MOREIRA-ALMEIDA, 2015; SERINOLLI, MONTEIRO, EL-MAFARJEH, 2015).

Na inter-relação entre religiosidade / espiritualidade e saúde mental, é importante perceber o quanto a primeira oferece recursos para enfrentar situações conflitantes e estressantes inevitáveis na vida, mantendo um bom nível de saúde mental (MOREIRA-ALMEIDA, LUCCHETTI, 2016; MARQUES et al., 2016).

A saúde mental dos estudantes de Medicina, há décadas, já preocupa e hoje se tornou foco de atenção, não só dos especialistas da área de saúde, mas também da sociedade em geral. Em termos de saúde mental e devido às preocupações inerentes à profissão, a categoria médica constitui uma população de alto risco para os distúrbios de comportamento, como crises de ansiedade, depressão e tentativa de suicídio (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006)

Esse fato é comprovado pelo número crescente de estudantes de Medicina e de médicos que optam pela interrupção de suas carreiras, e muitas vezes da própria vida, por causa de transtornos psiquiátricos e psíquicos (BARROS; HONÓRIO, 2015; BICALHO, 2016).

Durante a revisão de literatura relacionada aos objetivos deste estudo, foi observada uma discreta produção de pesquisas que avaliam possíveis mudanças na religiosidade e espiritualidade dos estudantes e como estas podem influenciar positivamente ou negativamente a saúde mental, a saúde psicológica, o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida no decorrer da graduação médica (VASEGH; MOHAMMADI, 2007; LUPO; STROUS, 2011; MOUTINHO; MADALLENA, 2017; ZANETTI et al. 2018).

Assim, há um consenso nos estudos nas últimas décadas que a Espiritualidade e Religiosidade podem fornecer a pessoa, bem-estar emocional, motivação para lidar com os acontecimentos negativos da vida, como também um melhor enfrentamento da depressão e ansiedade (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; SANTANA et al. 2010; BONELLI; KOENIG, 2013; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; CURCIO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA, 2015; SERINOLLI; MONTEIRO; EL-MAFARJEH, 2015; MARQUES, 2016).

O presente estudo justifica-se diante do que foi exposto, tendo como objetivo conhecer a dimensão da espiritualidade e religiosidade dos estudantes de Medicina, a influência da espiritualidade e religiosidade como estratégia de enfrentamento para a depressão e ansiedade por ano de estudo, e suas implicações na saúde mental e psicológica durante a formação acadêmica nas instituições pública e particular.

A apropriação do conhecimento que envolve esses problemas nos fornece subsídios para planejar, auxiliar e aprimorar estratégias de intervenções para a saúde e bem-estar e no aprimoramento de estratégias de ajuda aos estudantes de Medicina durante os anos de graduação acadêmica. Importa avaliar a influência que a Espiritualidade e Religiosidade possam ter sobre a depressão e ansiedade, como também, se o tempo de graduação pode interferir na Religiosidade e Espiritualidade.

Neste contexto, levantaram-se duas hipóteses para este estudo, a Hipótese de Nulidade (H0) e a Hipótese Alternativa (H1), que inclui: H0: A Religiosidade/Espiritualidade não se altera e não possui relação com o aumento de depressão e ansiedade durante a graduação em estudantes de Medicina. H1: A Religiosidade/Espiritualidade é alterada durante a graduação em Medicina e possui relação com o aumento de depressão e ansiedade em estudantes de Medicina.

A organização do presente trabalho consta de: introdução, o referencial teórico do estudo, os conceitos de Espiritualidade e Religiosidade, Depressão, Ansiedade e Saúde Mental.

No capítulo I, Religiosidade e Espiritualidade associada à depressão e ansiedade em estudantes de Medicina, aborda-se a frequência da Religiosidade e Espiritualidade, o Bem-Estar Espiritual, o Bem-Estar Subjetivo, e sua relação com os sintomas da depressão e ansiedade, observando se esta foi fator protetor ou de risco na saúde mental do estudante. Apresentado juntamente as normas do periódico *Psychology, Health & Medicine*, classificação qualis B2, Medicina I, fator de Impacto 1.589.

No capítulo II, Impacto do Tempo de Formação em Medicina na Religiosidade e Espiritualidade em Estudantes de uma cidade do Nordeste Brasileiro, apresenta-se a influência do tempo sobre a Religiosidade e Espiritualidade; observando ainda as características sociodemográficas, e o interesse dos estudantes nas relações entre R/E e Saúde, e o interesse do aprofundamento do referido assunto na graduação. Apresentando juntamente as normas do periódico *Academic Psychiatry*, classificação Qualis B2, Medicina I, fator de Impacto 1.593.

No Capítulo III, Variações da Religiosidade e Espiritualidade, Depressão, Ansiedade, ao Longo da Formação em Medicina, demonstra-se os resultados da presença de alterações dos níveis de depressão e de ansiedade, e das variações da religiosidade e espiritualidade ao longo da formação em Medicina e seus determinantes. Apresenta-se também as normas do periódico *JAMA Psychiatry*, classificação Qualis A1, Medicina I, fator de Impacto 16,6.

Em linhas gerais, é realizada a caracterização dos participantes do estudo, dos instrumentos utilizados e procedimentos de coleta da amostra e métodos de análise e hipóteses do presente estudo.

No final dos capítulos, é feita a apresentação dos resultados aferidos que são apresentados nas discussões e conclusões. As limitações e perspectivas futuras do presente estudo são mencionadas nas considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Espiritualidade, Religiosidade e Religião

2.1.1 Espiritualidade e Saúde

A Espiritualidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo “as crenças de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e o propósito da vida, não se limitando a nenhum tipo específico de crença ou prática religiosa” (WHO, 1998).

Com a nova visão biopsicossocial em saúde do indivíduo, no início no século XX (MOREIRA-ALMEIDA, 2009), em relação a atenção à saúde, alguns dos principais organismos internacionais relacionados à Medicina e Saúde passaram a recomendar a integração da espiritualidade/religiosidade na prática clínica (AAMAC, 1998; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO-NETO; KOENIG, 2006; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014).

No cuidado integral do indivíduo no processo saúde-doença, deve-se levar em conta suas cinco dimensões: a física, a emocional, a mental, a cultural e a espiritual, considerando-se, no tratamento, a importância da espiritualidade e da religiosidade do indivíduo como recurso terapêutico (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO-NETO; KOENIG, 2006; REGINATO; BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

Os conceitos encontrados sobre a espiritualidade são diversos e ainda não há um consenso. Porém, as organizações de saúde e os estudiosos sobre o assunto concordam que as definições de espiritualidade desenvolvidas são amplas e inclusivas, pois a espiritualidade é uma parte complexa e multidimensional da experiência humana (WHO, 1998; AAMC, 1998; LOTUFO-NETO, 1997; ANANDARAJAH e HIGHT, 2001; ANANDARAJAH e MITCHELL, 2007; MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO-NETO e KOENIG, 2006; PUCHALSKI, 2006; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; KOENIG, 2012; KOENIG et al., 2012; MOREIRA-ALMEIDA, KOENIG, LUCCHETTI, 2014; REGINATO, BENEDETTO, GALLIAN, 2016).

Uma das definições de espiritualidade mais usadas, atualmente, são compreendidas como parte complexa e multidimensional da experiência humana (LOTUFO-NETO, 1997; MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO-NETO e KOENIG, 2006; KOENIG, 2012; KOENIG, 2013), conduzindo a pessoa para a busca pessoal de respostas compreensíveis às perguntas finais, sobre a vida e sobre seu significado. É processo

peçoal, dirigido a relacionar com si próprio, com o poder superior essencial, Deus, como um espírito vivo, criador da vida, realidade única, levando a descoberta da essência de si mesmo e de seu relacionamento com o universo (LOTUFO-NETO, 1997), podendo ser encontrada a partir da religião ou de um relacionamento pessoal com o divino, pode também ser encontrada por meio de uma conexão com a natureza, com a música e as artes, por um conjunto de valores e princípios ou por uma busca de uma verdade científica (KOENIG, 2012). A Espiritualidade pode ou não conduzir ao desenvolvimento de rituais religiosos e da formação de uma comunidade religiosa (LOTUFO NETO, 1997; MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO NETO, KOENIG, 2006).

A Espiritualidade possui aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais (KOENIG, 2012). Os aspectos cognitivos incluem a busca do significado, do propósito e da verdade na vida, bem como as crenças e os valores de acordo com os quais uma pessoa vive. Os experienciais e emocionais envolvem sentimentos de esperança, amor, conexão, paz interior, conforto e suporte espiritual, influenciando na qualidade dos recursos internos de um indivíduo, na capacidade de dar e receber amor espiritual e nos tipos de relações e conexões que existem consigo mesmo, com a comunidade, com o meio ambiente e a natureza, e com o transcendente. Os aspectos comportamentais envolvem o modo como uma pessoa manifesta externamente as crenças espirituais individuais e o seu estado espiritual interno (ANANDARAJAH, HIGHT, 2001; ANANDARAJAH, MITCHELL, 2007; KOENIG, 2012).

Na avaliação da espiritualidade, religiosidade, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo, e níveis de depressão e de ansiedade os instrumentos mais utilizados nos estudos com estudantes de Medicina sobre os temas são: o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), derivada da Duke Religion Index (KOENIG; PARKERSON; MEADOR, 1997; KOENIG; BÜSSING, 2010), validada para o Brasil por Lucchetti et al. (2012a). Composto por três dimensões: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não Organizacional (RNO) e a Religiosidade Intrínseca (RI); a Escala de

Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde que avalia as crenças individuais, otimismo/esperança (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007); a Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE), é uma escala de espiritualidade e religiosidade padrão de referência (PALOUTIZIAN; LONELINESS, 1982). A escala, além do escore geral, se subdivide em duas subescalas: a subescala Bem-estar Religioso (BER) e a subescala

Bem-Estar Existencial (BEE); a Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES) (ALBUQUERQUE; TROCCOLI, 2014) avalia os afetos positivos e negativos e a satisfação com a vida.

Para a depressão e ansiedade são recomendados os Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). O primeiro foi organizado a partir da revisão do BDI original (BECK; STEER; BROWN, 1996) que mede a intensidade da depressão em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade. Reflete a estimativa da gravidade global da depressão (BECK et al. 2011). O BAI mensura a intensidade de sintomas da ansiedade, que são compartilhados de forma mínima, com os da depressão. Reflete os níveis de intensidade de gravidade crescente de cada sintoma ansioso (CUNHA, 2001).

2.1.2 Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde

A Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (2007), é um instrumento de avaliação da espiritualidade para aplicação em contexto de saúde. Para testar a validade de constructo convergente, da medida de espiritualidade, os autores optaram por correlacioná-la com a medida do Módulo de Espiritualidade do instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

A consistência interna apresentou o coeficiente α de Cronbach global de 0,64, e para os constructos Crença e Esperança/Otimismo, 0,78 e 0,69, respectivamente. São considerados valores aceitáveis, tendo em vista que a escala possui apenas cinco itens (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

A Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde é constituída por dois fatores e cinco itens: o primeiro fator integra os itens que traduzem a valorização das crenças espirituais/religiosas na atribuição de sentido à vida (questão 1 “As minhas crenças espirituais /religiosas dão sentido à minha vida” e a questão 2 “A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis”); O segundo fator integrou itens que correspondem a um sentido positivo da vida norteado pela perspectiva do futuro com esperança (questão 3 “Vejo o futuro com esperança”) e numa redefinição de valores de vida (questão 4 “Sinto que a minha vida mudou para melhor”) e

(questão 5 “Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida”). As respostas são do tipo Likert, dadas numa escala de quatro alternativas, entre “não concordo” e “concordo plenamente” com quatro alternativas (de um a quatro), entre “não concordo” a “concordo plenamente”; assim o ponto médio é de 2,5. Valores inferiores a esse ponto de corte correspondem a escores baixos e valores superiores a escores elevados (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

A importância da espiritualidade no enfrentamento de doenças crônicas e de acontecimentos graves tem sido relatada pela literatura como um meio de encontrar sentido para a vida, de ter esperança e estar em paz (GREENSTREET, 2006).

As crenças espirituais, associadas ou não a instituições religiosas, podem ser vistas como suporte na atribuição do significado da vida, e aponta para a compreensão da espiritualidade em duas dimensões: uma vertical, relacionada a crenças e uma dimensão horizontal associada à esperança/otimismo, que tem como base uma perspectiva positiva da vida, com características como: esperança, otimismo, satisfação e valorização da vida (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007).

A escala de espiritualidade proposta por Pinto e Pais-Ribeiro (2007), é capaz de identificar a presença do fenômeno espiritual, sendo útil para a prática clínica, devido a aplicação rápida. Pode ser utilizada em pesquisas com a população brasileira, buscando compreender as experiências espirituais vividas pelos indivíduos, e assim pode ajudar compreensão da espiritualidade em sua totalidade.

2.1.3 Escala de Bem-Estar Espiritual

O conceito de bem-estar espiritual pode ser compreendido como a percepção do indivíduo que encontra um propósito na vida, instituindo-lhe um sentido singular, um sentimento de completude e de satisfação, de paz consigo mesmo e com o mundo, de unidade com o cosmos, de proximidade com algo que se considere como absoluto ou com a natureza (PALOUTZIAN; ELLISON, 1982). Este conceito subdivide-se em dimensões: na vertical, o bem-estar religioso que envolve a “satisfação na conexão pessoal com Deus, ou com algo que se considere como absoluto”; e na horizontal, o bem-estar existencial, que se conecta a “percepção da pessoa em relação

ao propósito da vida, independentemente de uma referência religiosa” (MARQUES; SARRIERA; DELL’AGLIO, 2016; MARQUES, 2009).

O bem-estar religioso (BER), considerado como a dimensão vertical da espiritualidade, e contém uma conexão com Deus (PALOUTZIAN; ELLISON, 1982). O Bem-Estar Religioso tem sido associado positivamente com força interna (que inclui desafio, compromisso e controle) e esperança; e negativamente com depressão e solidão, tanto em adultos doentes, como sadios. O Bem-Estar Existencial (BEE) é a dimensão horizontal que se refere à percepção da pessoa em relação ao propósito de direção de vida e da satisfação de vida, independente de uma referência (MARQUES et al. 2009).

A Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE), segundo Paloutzian e Ellison (1982), foi adaptada e validada por Marques et al. (2009), e é um instrumento útil para pesquisas e também para aplicações clínicas, organizacionais e comunitárias. O instrumento subdivide-se em duas subescalas que possuem 10 itens cada uma: Bem-Estar Religioso (BER) e Bem-Estar Existencial (BEE). No estudo de validação brasileira, a consistência interna (calculada pelo alfa de Cronbach) dos fatores foi de 0,93 para o BER e 0,96 para BEE e de 0,86 para a escala geral. As questões são respondidas pela escala Likert que possui seis opções, que variam entre “Concordo Totalmente” a “Discordo Totalmente”, e os escores podem variar de 20 a 120. Quanto maior o escore, maior o bem-estar espiritual.

A escala é uma das pioneiras para avaliar a espiritualidade e da religiosidade, e tida como referência para os autores que delineiam instrumentos de mensuração da espiritualidade, independente de uma referência religiosa (MARQUES; SARRIERA; DELL’AGLIO, 2009).

2.1.4 Religiosidade e Religião

De acordo com Koenig, King, Carson, (2012), a religiosidade é um “sistema organizado de crenças, práticas e símbolos desenvolvidos para facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente”. Para Hufford, (2005), “é o aspecto institucional da espiritualidade”. Já outros autores, descrevem a religião como o sistema de crenças

e cultos organizados, que as pessoas herdaram ou adotaram por entenderem que são meios, que conduzem à felicidade e satisfação (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Lotufo Neto (1997), afirma que a religião varia enormemente de uma época para outra, entre gerações, sociedades, classe social e ocupação, e com o propósito de prover uma estrutura onde possamos desenvolver nossa consciência espiritual. É uma tradição acumulada, a partir da experiência religiosa que compõe as miríades de crenças, que expressam e formam a fé de pessoas do passado e do presente. Os componentes dessa experiência incluem a arte, arquitetura, símbolos, rituais, mitos, narrativas, escrituras, doutrinas, ensinamentos morais, música, práticas de justiça e misericórdia (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015; BORGES et al. 2013).

As implicações da religiosidade, religião e espiritualidade na saúde vêm sendo cientificamente avaliadas (MURAKAMI; GOMES-CAMPOS, 2012), demonstrando sua relação com vários aspectos da saúde física e mental, provavelmente positivos e possivelmente causais.

Diversos fatores podem contribuir para um papel protetor da religião em relação à saúde mental, como: (1) a adoção de estilos de vida mais saudáveis; (2) o provimento de suporte social (BENEVIDES-PEREIRA, GONÇALVES, 2009); (3) o desenvolvimento de um sistema de crenças e processos cognitivos que promovem maior aceitação de si e do próximo, com promoção de resiliência (CAVESTRO; ROCHA, 2006) e (4) condução de práticas religiosas que aliviam o sofrimento psicológico (CAVESTRO; ROCHA, 2006). Por outro lado, em algumas circunstâncias, a religiosidade pode promover uma rígida disciplina comportamental, em que indivíduos com sofrimento psicológico e conflitos espirituais, podem desenvolver estratégias de enfrentamento pouco adaptativas (DAHLIN; RUNESON, 2007).

2.1.5 Índice de Religiosidade de Duke (DUREL)

O Índice de Religiosidade de Duke é uma escala de Religiosidade, curta e simples. É muito usada como instrumento de avaliação para facilitar a abordagem da religiosidade do paciente e, também, para cunho científico, está disponível em dez idiomas (KING; KOENIG, 2009). Conhecida como escala de DUREL (*Duke Religious Index*), foi desenvolvida na *Duke University* nos Estados Unidos. É uma ferramenta

sucinta, de fácil aplicação, elaborada em escala do tipo Likert. Aborda alguns dos principais domínios da religiosidade e vem sendo utilizada em diversas culturas para esse fim. As dimensões da religiosidade mensuradas por esse instrumento têm se mostrado relacionadas a diversos indicadores de saúde física e mental, além de suporte social (KOENIG; PARKERSON; MEADOR, 1997)

A Escala de Durel, compreende três das diferentes dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: religiosidade organizacional, que corresponde à frequência a uma instituição religiosa (RO, item 1): frequência a encontros religiosos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.); religiosidade não organizacional, mensurada pelo tempo dedicado às atividades religiosas individuais (RNO, item 2): frequência de atividades religiosas privadas (por exemplo: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio etc.) e, religiosidade intrínseca, que trata da centralidade da religião na vida da pessoa (RI, itens 3-5): refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos.

A versão em português da escala de religiosidade de Duke – DUREL foi elaborada por Moreira-Almeida et al. (2008) e validada por Lucchetti et al. (2012a) em uma amostra populacional, de baixa renda, proveniente de comunidade em São Paulo. Os resultados demonstraram elevada consistência interna e adequada validade discriminante. No que se refere ao cálculo do escore do instrumento, recomenda-se que os três domínios individuais não sejam somados em um escore total, mas que sejam analisados separadamente (LUCCHETTI et al. 2012a).

A confiabilidade do instrumento e as possíveis relações com espiritualidade e sintomas de sofrimento psicológico, foram testadas por Taunay et al. (2012) em um estudo com estudantes de Medicina, de psicologia e pacientes psiquiátricos, e permitiram verificar as propriedades psicométricas do instrumento. Os resultados sugerem que a DUREL se mostra confiável e válida para uso em populações universitárias e psiquiátricas brasileiras e que pode ser usada para o estudo de importantes dimensões da religiosidade, em amostras com características sociodemográficas diversas e com diferentes níveis de sofrimento psíquico (LUCCHETTI et al. 2012a).

2.1.6 Bem-Estar Subjetivo

O bem-estar subjetivo (BES) (um conceito abrangente, que pode ser definido como um modelo tripartido, dividido em três componentes (Afeto Positivo, Afeto Negativo e Satisfação com a Vida), que decorre da avaliação que o indivíduo faz relativamente à sua vida e às vivências de emoções positivas em predomínio das emoções negativas, traduzindo-se no seu bem-estar subjetivo (DIENER, 2000; DIENER; LUCAS; OISHI, 2002; DIENER; OISHI; LUCAS, 2003; DIENER, 2009).

Compreende as dimensões cognitiva e afetiva de natureza emocional. A cognitiva é um juízo avaliativo da Satisfação com a Vida, onde a felicidade é representada através da avaliação pessoal acerca das suas próprias experiências emocionais positivas como: a alegria, o interesse, o orgulho positivo e o carinho ou negativas como: a culpa, a vergonha, a tristeza, e a irritabilidade) e não de uma avaliação por indicadores externos. A dimensão cognitiva é avaliada pela satisfação global com a vida (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008), que pressupõe a satisfação do sujeito com as atuais experiências de vida, a satisfação com experiências passadas, e a pretensão de concretização de determinados objetivos.

A dimensão emocional, positiva ou negativa – expressada também em termos globais de Felicidade, ou em termos específicos, através das emoções. É caracterizada por ser um julgamento cognitivo consciente do sujeito em relação à sua vida, em que os critérios de avaliação dependem de si próprio (GALINHA e PAIS-RIBEIRO, 2005b; DIENER, 2009; DIENER, 2012). Essa avaliação se centra nos estados de bem-estar subjetivo a longo prazo e não apenas orientada para o momento, ou para emoções passageiras (DIENER; OISHI; LUCAS, 2003; DIENER, 2009; GALINHA, 2011).

O bem-estar subjetivo é definido como construto multidimensional, (GALINHA, 2011; DIENER, 2009; 2012), e o elemento subjetivo do bem-estar é essencial na avaliação da qualidade de vida de um indivíduo ou de um grupo, pois os indicadores sociais, por si só, não seriam capazes de defini-lo, já que as pessoas reagem diferentemente a circunstâncias semelhantes.

Os modelos de bem-estar subjetivo pontuam dois conjuntos de fatores que influenciam o bem-estar: 1) os intrínsecos ao sujeito, como aspectos psicológicos, valores, crenças, religiosidade, estratégias de enfrentamento às adversidades, condições de saúde física; e 2) os fatores extrínsecos, tais como aspectos sociodemográficos, culturais e eventos de vida (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

O bem-estar subjetivo enquanto traço e estado é composto por três aspectos: satisfação, afeto positivo e afeto negativo (COSTA; PEREIRA, 2007).

A satisfação pode estar relacionada com a vida em geral, com todo um domínio da vida (trabalho por exemplo), ou ainda com um subdomínio desse (satisfação com as relações que possui no trabalho). Ela é menos dependente de situações momentâneas e menos sensível às mudanças súbitas do humor. O nível de satisfação pode ser um modulador das emoções e dependendo do que a pessoa pensa, pode aumentar ou diminuir as emoções positivas ou negativas (COSTA; PEREIRA, 2007).

Já os afetos podem ser classificados como emoções específicas como determinação, inspiração e dinamismo (afeto positivo), ou ainda com sentimento de culpa, vergonha e tensão (afeto negativo). Diferente da satisfação, os afetos parecem ser mais sensíveis às preocupações no espaço de vida imediato do indivíduo. Quanto à intensidade dos afetos, aqueles que experimentam altos níveis de intensidade emocional negativa também tendem a experimentar altos níveis de intensidade emocional positiva (COSTA; PEREIRA, 2007).

Satisfação, afeto positivo e afeto negativo não são os únicos componentes do bem-estar subjetivo citado na literatura, haveriam também, os seguintes componentes: autoaceitação; relações positivas com os outros; autonomia; domínio do ambiente; razão de viver; e crescimento pessoal e mudanças substanciais de longa duração no bem-estar subjetivo de um indivíduo (COSTA; PEREIRA, 2007).

A busca da compreensão da avaliação do bem-estar subjetivo e do que as pessoas fazem de suas vidas, e de como dão sentido as suas experiências individuais é construído socialmente através de crenças, pressuposições e expectativas sobre a vida e o mundo das experiências subjetivas, sendo também considerado uma avaliação subjetiva da qualidade de vida (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004)

Albuquerque e Tróccoli (2004), desenvolveram a Escala de Bem-Estar Subjetivo para mensurar os três maiores componentes do bem-estar subjetivo: satisfação

com a vida, afeto positivo e afeto negativo. A primeira subescala, composta por 54 itens, representa sentimentos e emoções (positivos e negativos) e avalia a dimensão afeto do bem-estar subjetivo. Já a segunda, composta por 15 sentenças, procura avaliar o que o indivíduo faz da sua própria vida e mede a dimensão satisfação com a vida.

Na primeira escala, os itens descrevem afetos positivos e negativos, devendo o sujeito responder como tem se sentido ultimamente numa escala em que 1 significa nem um pouco e 5 significa extremamente. Na segunda escala, os itens descrevem julgamentos relativos à avaliação de satisfação ou insatisfação com a vida, devendo ser respondidos numa escala onde 1 significa discordo plenamente e 5 significa concordo plenamente. A análise dos componentes e análise fatorial evidenciaram três fatores: afetos positivos (alfa = 0,95), afetos negativos (alfa = 0,95) e satisfação com a vida (alfa = 0,90). Os três fatores juntos explicaram 44,1% da variância total do construto (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

Portanto, baixos níveis de satisfação com a vida seriam fator de risco para depressão futura. Assim, a fonte mais importante de felicidade é a satisfação das necessidades humanas, seguida por comparações favoráveis de situações de vida e recursos disponíveis (COSTA; PEREIRA, 2007).

2.2 Saúde e Saúde Mental

A Organização Mundial da Saúde (OMS), ressalta que saúde é uma “situação de completo bem-estar físico, mental e social” atrelada à qualidade de vida, que pode ser definida como “...a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural. É o sistema de valores com os quais o indivíduo convive em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, segundo o WHOQOL Group (WHO, 1995) (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI et al. 2003).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais / DSM-5 (APA, 2014), o problema religioso ou espiritual inclui experiências de sofrimento que se conectam com perda ou questionamento da fé, problemas relacionados à conversão a nova fé religiosa ou valores espirituais, podendo não haver conexão com igreja ou instituição religiosa organizada. Essas experiências podem influir no

modo de enfrentar situações difíceis do cotidiano, e as crenças religiosas podem auxiliar para uma mudança no comportamento social e na experiência subjetiva do indivíduo (APA, 2014; FARO, 2013).

A saúde mental é uma parte integrante e essencial da saúde. A constituição da OMS afirma: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. Uma implicação importante dessa definição é que a saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiências (OMS, 2017).

2.2.1 Depressão e Ansiedade

A depressão afeta 322 milhões de pessoas no mundo, segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) referente a 2015. Em 10 anos, de 2005 a 2015, esse número cresceu 18,4%. A prevalência do transtorno na população mundial é de 4,4% (OMS, 2017).

Já no Brasil, 5,8% da população sofre com esse problema, que afeta um total de 11,5 milhões de brasileiros. Segundo os dados da OMS, o Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo com maior prevalência nas Américas, ficando atrás somente dos Estados Unidos, que têm 5,9% de depressivos (OMS, 2017).

A depressão é problema de saúde pública e acomete vários segmentos da sociedade, entretanto tem sido prevalente entre profissionais de nível superior (PAULA, 2014; AGUIAR et al. 2009).

Como condição médica comum, crônica e recorrente, está frequentemente associada à incapacidade funcional e ao comprometimento da saúde física e mental da pessoa. Caracterizada como transtorno de humor multifatorial, envolve aspectos afetivos, motivacionais, cognitivos e neurovegetativos que devem ser levados em conta em sua avaliação e tratamento. Transtornos depressivos e transtornos de ansiedade são os mais prevalentes nos estudantes. A prevalência de sintomas depressivos é superior à média da população geral variando de 8% a 64% (CHIAPETTI; SERBENA, 2007; AL-FARIS et al. 2012; FLECK et al. 2009; OLIVEIRA et al. 2017; TENÓRIO et al. 2016).

Os sintomas clínicos da depressão são humor depressivo, tristeza, perda de interesse, perda ou ganho de peso significativo, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, indecisão ou capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes (PAULA, 2014).

O Brasil é recordista mundial em prevalência de transtornos de ansiedade, 9,3% da população sofre com o problema. Ao todo, são 18,6 milhões de pessoas (OMS, 2017).

Os transtornos mentais comuns, como a depressão e o transtorno de ansiedade, estão crescendo especialmente em países de baixa renda, pois a população está crescendo e mais pessoas chegam às idades em que depressão e ansiedade são mais frequentes. O número de pessoas com transtornos de ansiedade era de 264 milhões em 2015, com um aumento de 14,9% em relação a 2005. A prevalência na população é de 3,6%. É importante observar que muitas pessoas têm tanto depressão quanto transtornos de ansiedade (OMS, 2017).

Para Dalgalarro (2008), "A ansiedade é definida como estado de humor desconfortável, apreensão, visão negativa em relação ao futuro e inquietação interna desagradável. Inclui manifestações somáticas e fisiológicas (dispneia, taquicardia, vasoconstrição ou dilatação, tensão muscular, parestesias, tremores, sudorese, tontura, etc.) e manifestações psíquicas (inquietação interna, apreensão, desconforto mental, etc.)".

A ansiedade é percebida como uma emoção caracterizada por um alerta tenso e fisicamente cansativo, associada geralmente a um perigo ou emergência iminente e inevitável. A literatura descreve que o estresse, ansiedade e depressão costumam andar juntos demonstrando que é necessário identificar os sintomas iniciais que a sobrecarga de trabalho e estudos acarretam, já que estas dificuldades tendem a se agravar e se tornar uma psicopatologia (ANDRADE; GORESTEIN, 2001; ANDRADE et al. 2001; MARAFANTI et al. 2013).

Quando a ansiedade está no campo normal, esta situação gera modificação do comportamento ambiental (luta), na qual o estudante foca e se disciplina, deixa de sair muitas vezes, e aumenta seu rendimento e sua produtividade. Com isso não se confirma o pressuposto inicial, de forma que "por medo de não passar, aumentou

seu rendimento e atingiu seu resultado”. Por outro lado, a ansiedade patológica pode levar a uma resposta de congelamento (fuga), na qual se adota comportamentos de procrastinação, baixa de rendimento e aumento das situações de saída com amigos para desopilar (ALVES, 2010; ALVES et al. 2014).

2.2.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), a depressão é definida a partir da presença simultânea de vários sintomas, tais como: humor deprimido e/ ou perda de interesse nas atividades do cotidiano (anedonia); diminuição ou aumento do apetite; insônia ou hipersonia; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, pensamentos recorrentes de morte, entre outros.

No modelo cognitivo de Aaron Beck, a depressão pode ser considerada como uma resposta dos próprios pensamentos e distorções negativas, mas não, desconsiderando as causas multifatoriais da depressão, como por exemplo, os fatores psicológicos, socioculturais e biológicos (ZUGMAN; NEUFELD, 2012).

Beck (2013), compreende que o desenvolvimento e a manutenção da depressão estão principalmente relacionados a dois elementos-chaves: as distorções cognitivas e a tríade cognitiva. As distorções cognitivas incluem quase que invariavelmente uma leitura generalizada e equivocada das suas experiências e vivências. Já a tríade cognitiva da depressão, com ou sem sintomas psicóticos, consiste na visão negativa de si mesmo (por exemplo: "sou culpada e mereço sofrer", "sou uma pessoa chata", "sou muito triste para gostarem de mim"); na visão negativa do mundo, abrangendo relações, trabalho e atividades (por exemplo: "meu chefe não reconhece meu trabalho"), e na visão negativa do futuro (por exemplo: "nunca conseguirei ser feliz", "nunca servirei para nada").

Internacionalmente entre os instrumentos de medida mais utilizados na avaliação clínica e na pesquisa de depressão e ansiedade está o Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*) e o Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (*Beck Anxiety Inventory*). Estes instrumentos foram traduzidos para a língua portuguesa e validados na população brasileira (CUNHA, 2001).

Após o seu desenvolvimento, este inventário, vem sendo utilizado em estudos científicos sobre depressão no mundo todo. No Brasil, o BDI foi traduzido e adaptado por Cunha (2001), passando por diversos estudos de validação na nossa cultura (GORENSTEIN, ANDRADE, 1996; 1998; GORENSTEIN et al. 1999; ANDRADE; GORENSTEIN, 2001; PORCU, et al. 2002; FURLANETTO et al. 2005; WANG, et al. 2005; ANDRADE; GORENSTEIN, 2001; WANG; GORENSTEIN, 2013).

O inventário de Depressão de Beck é uma escala de autoavaliação que teve a sua validade extensamente estudada na literatura especializada (RICHTER et al. 1998; SHAFER, (2006). O instrumento original, foi desenvolvido em 1961 por Beck e colaboradores para avaliar a sintomatologia depressiva, apoiado no paradigma teórico de que as cognições depressivas seriam as alterações psicopatológicas mais importantes para mensurar o quadro clínico de depressão (BECK et al. 1982).

No final dos anos noventa, Beck, Steer e Brown (1996) publica a forma II do BDI para a atualização da escala original, de modo que refletisse os critérios somáticos para diagnosticar um Episódio Depressivo Maior, descritos no DSM-IV (APA, 1994). O objetivo do Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição, BECK-II é medir a intensidade de depressão em adultos e adolescentes a partir de 13 anos de idade (GORENSTEIN et al. 2011).

No estudo original do BDI-II com estudantes universitários, Beck e colaboradores, (1996) identificaram dois fatores, denominados cognitivo afetivo e somático. Os itens de maior significância para o fator cognitivo afetivo foram: tristeza, fracasso passado, perda de prazer, sentimento de culpa, sentimentos de punição, autoestima, autocrítica, pensamentos ou desejos suicidas, choro, agitação, perda de interesse, indecisão, desvalorização e irritabilidade. No fator somático, os autores tiveram a seguinte distribuição dos itens: falta de energia, alterações no padrão de sono, alterações de apetite, dificuldade de concentração e cansaço ou fadiga (GOMES-OLIVEIRA et al. 2012; GORENSTEIN et al. 2011).

O BDI-II é composto de 21 itens, avaliam os níveis de gravidade crescente de depressão e o escore total é resultado da soma dos itens individuais, com pontuação máxima de 63 pontos. Para cada item há quatro (com escore variando de 0 a 3) afirmativas de resposta (com exceção dos itens 16 e 18, em que existem sete afirmativas, sem, contudo, variar o escore), entre as quais o sujeito escolhe a mais aplicável

a si mesmo para descrever como esteve se sentindo nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje (Beck et al. 1996). A pontuação final é classificada em níveis mínimo, leve, moderado e grave, indicando assim a intensidade da depressão (GOMES-OLIVEIRA et al. 2012).

Na versão revisada do BDI-II, quatro itens (Perda de Peso, Mudança na Autoimagem, Preocupações Somáticas e Dificuldade de Trabalhar) foram retiradas e substituídos por outros quatro novos (Agitação, Desvalorização, Dificuldade de Concentração e Falta de Energia), com o objetivo de identificar sintomas típicos de depressão grave ou de depressão que requer hospitalização. Foram ainda, modificados dois itens para incluir tanto o aumento quanto a diminuição de apetite e sono (Alterações no Padrão de Sono e Alterações de Apetite), como também algumas alternativas foram reescritas para avaliar outros sintomas (GORENSTEIN et al. 2011).

As propriedades psicométricas da versão em português do BDI-II foram analisadas através de diversos indicadores de fidedignidade e validade em amostras brasileiras recrutadas de diversas fontes da comunidade: estudantes do ensino fundamental/médio (pré-adolescentes e adolescentes) (N=2000), universitários (N=3410), população adulta (N=182) e idosa da comunidade da região metropolitana de São Paulo (N=301). Na cidade de Porto Alegre, as populações examinadas envolveram amostras psiquiátricas, clínicas e não clínicas (N=2372) (GORENSTEIN et al. 2011).

O BDI-II apresentou boa correlação com medidas de depressão e ansiedade, com Coeficiente Alfa de Cronbach do BDI-II de 0,86, demonstrando que o instrumento possui um bom nível de precisão para medir intensidade de depressão (GOMES-OLIVEIRA et al. 2012). O seu limiar para identificar a depressão varia de acordo com o tipo de paciente, sugerindo a necessidade de ajustar os pontos de corte. As dimensões somática e cognitiva-afetiva descrevem a estrutura latente do instrumento. O BDI-II pode ser adaptado na maioria das condições clínicas para detectar depressão maior e recomendar uma intervenção apropriada (GOMES-OLIVEIRA et al. 2012).

2.2.3 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

O Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (*Beck Anxiety Inventory*) foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer (1998), no Centro de Terapia Cognitiva da Universidade de Pennsylvania, na Philadelphia, Estados Unidos. A escala foi construída com base em vários instrumentos de autorelato para medir aspectos da ansiedade (BECK, STEER, 1993), medindo assim a intensidade de sintomas da ansiedade (CUNHA, 2001).

O BAI foi construído para medir sintomas da ansiedade, que são compartilhados de forma mínima com os sintomas da depressão (CUNHA, 2001). O inventário possui 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade (BECK; STEER, 1993a), e que devem ser avaliados pelo indivíduo com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos que refletem os níveis de gravidade crescente de cada sintoma: 1 (absolutamente não); 2 (Levemente; não me incomodou muito); 3 (moderado: foi muito desagradável, mas pude suportar); 4 (Gravemente: dificilmente pude suportar) (CUNHA, 2001).

A ansiedade é reconhecida como uma das emoções humanas básicas, Cunha (2001) de extrema importância, já que os sintomas da ansiedade, como também os transtornos de ansiedade, podem ser considerados como constituindo uma das dificuldades principais, enfrentadas pelos seres humanos. Ela pode ser definida como um sistema complexo de respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas e comportamentais (CLARK; BECK, 2012). Esse sistema é ativado quando eventos ou circunstâncias antecipadas, são considerados altamente aversivos. A percepção do indivíduo sobre esses eventos, é que eles são imprevisíveis, incontrolláveis, com a possibilidade de serem uma ameaça aos interesses vitais de uma pessoa (CLARK; BECK, 2012).

Quando o indivíduo faz uma avaliação incorreta de perigo de determinada situação, causando prejuízo no seu funcionamento social e ocupacional diário e com permanência por muito mais tempo do que o esperado a ansiedade torna-se patológica. O medo intenso na ausência de sinais de ameaça ou medo associado ao menor estímulo ou em situações de intensidade relativamente leve de ameaça é uma das condições patológicas da ansiedade (CLARK; BECK, 2012).

O modelo cognitivo de Beck (2013) da ansiedade, considera a mesma como uma consequência da avaliação inadequada (adaptação) em relação a ameaça ou perigo para diferentes situações ou estímulos que representam (supervalorizam) e dos recursos de que o mesmo dispõe para enfrentá-los (diminuem).

Nas situações percebidas como ameaçadoras os pensamentos automáticos de conteúdo catastrófico são tomados como verdadeiros. O indivíduo, além de fazer uma avaliação errônea dos riscos envolvidos, subestima os recursos pessoais disponíveis para enfrentar o desafio (modelo dos riscos/recursos), o sentimento geral é de catástrofe ou descontrole total iminente Beck, Steert (1998). O processamento cognitivo subjacente nos transtornos de ansiedade é a vulnerabilidade. O indivíduo focaliza de forma exagerada suas alterações fisiológicas e seus pensamentos automáticos, o que auxilia a perpetuar o ciclo da ansiedade (BECK; STEERT, 1998; CLARK; BECK, 2012; BECK, 2013).

Beck (2013), enfatiza que "pessoas com transtornos psicológicos [...], com frequência, interpretam erroneamente situações neutras ou até mesmo positivas e, desse modo, seus pensamentos automáticos são tendenciosos". A intensidade, duração ou frequência da ansiedade ou preocupação são claramente desproporcionais à real probabilidade ou impacto do evento temido. Ao identificar tais pensamentos, examiná-los e corrigir os seus erros, os pacientes podem se sentir melhor (CLARK; BECK, 2012).

Dahlin e Runeson (2007), Baldassin et al. (2008), Ahmed et al. (2009), Cavestro e Rocha (2006) e Macedo et al. (2009), relatam em seus estudos que as características da ansiedade são frequentemente encontradas nos atendimentos clínicos realizados com estudantes de Medicina que procuram pelo Serviço de Atendimento Psicológico de suas universidades, relatando altas frequências de queixas associadas à preocupação excessiva, prejudicando o estudante, influenciando de forma negativa em suas atividades acadêmicas e pessoais, levando-os a experimentar sofrimento intenso.

2.3 Saúde mental dos estudantes de Medicina durante a formação médica

Os estudos nacionais e internacionais, avaliando a saúde mental do estudante de Medicina têm gerado conclusões de que a escola médica é um fator estressor para os jovens. Relatam uma alta taxa de morbidade psicológica entre estudantes de Medicina, durante as diferentes fases da formação e a presença de sintomas de ansiedade e de depressão, é comum em situações conflitantes ou de grande exigência como a formação médica (DAHLIN; RUNESON, 2005; VASEG; MOHAMMADI, 2007; AMARAL et al. 2008; QUINCE et al. 2012; BALDASSIN, 2010; IBRAHIM et al. 2012; BASSOLS et al. 2008; BASSOLS et al. 2014; COELHO et al. 2013; REZENDE et al. 2008; LUPO et al. 2011; MOUTINHO; MADDALENA, 2017; CUNHA et al, 2018; ZANETTI et al. 2018).

A depressão entre estudantes de Medicina pode ser uma consequência advinda de uma crise – alterações emocionais decorrentes das constantes mudanças ao longo de todo o curso médico (OLIVEIRA et al. 2017) que podem levar a uma situação de crise que, se solucionada de forma dissociativa, ou seja, mal solucionada, pode desencadear sérias doenças, entre elas a depressão e a ansiedade.

Trabalhar com a dor e o sofrimento humano, como também, não saber lidar com as dificuldades de relacionamento com professores, com seus pares, com a falta de estrutura e apoio institucional (QUINTANA et al. 2008; TABALIPA, et al. 2014), torna o ambiente acadêmico hostil e com impacto negativo no desempenho acadêmico, na saúde física, no bem-estar subjetivo e espiritual, e na qualidade de vida (OLIVEIRA et al. 2017; LIMA et al. 2006; AHMED et al. 2009; BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009).

Em relação a estrutura dos programas de educação médica, Alexandrino e Silva (2009) e Lucchetti et al. (2018), afirmam que varia de um país para outro. Existem muitas variações no número total de anos, e muitos programas têm prática clínica inicial, o que dificulta uma clara divisão entre os estágios pré-clínicos e clínicos (LUCCHETTI et al. 2018; BALDASSIN et al. 2008). Alguns autores relatam a existência de diferentes estressores ao longo de um programa universitário, dependendo do nível ou semestre em que o aluno está (OLIVEIRA et al. 2017; DAHLIN; RUNESON, 2007;

BALDASSIN et al. 2008; QUINTANA et al. 2008; AHMED et al. 2009; CAVESTRO; ROCHA, 2009; MACEDO et al. 2009; MOUTINHO; MADDALENA, 2017).

Outros fatores como a dificuldade em se adaptar ao ambiente das escolas de Medicina, viver longe da família e dos amigos, carga horária dos estudantes e quantidade de conteúdo a ser estudado, índices patológicos de sonolência diurna, falta de tempo, solidão, intimidação do corpo docente, dificuldades de relacionamento com professores, exposição ao sofrimento humano, a utilização de outro ser humano (o paciente) para sua aprendizagem e até dificuldades financeiras (DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT, 2006; FIEDLER, 2008; QUINTANA et al. 2008; OLIVEIRA et al. 2017), podem contribuir para o número relativamente alto de casos de transtornos psiquiátricos, especialmente depressão e ansiedade, entre estudantes de Medicina (DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT, 2006; CAVESTRO; ROCHA, 2006; AHMED et al. 2009; BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009; TABALIPA, et al. 2014).

Além desses fatores, também estão associados a alta prevalência da depressão e da ansiedade. Para a depressão, estão o gênero feminino, a religiosidade intrínseca, a ansiedade e o estresse; e para a ansiedade, o semestre letivo, e a presença de depressão e estresse (ROTENSTEIN et al. 2016; MOUTINHO et al. 2017).

Sintomas depressivos frequentemente encontrados entre estudantes de Medicina, são: desânimo, apatia, distúrbio do sono (sonolência excessiva ou insônia), irritabilidade aumentada, indiferença afetiva, diminuição do prazer, diminuição da libido, preocupações aumentadas com a própria saúde, pessimismo, falta de energia, entre outros (DYRBYE et al. 2006; QUINTANA et al. 2008; MOUTINHO et al. 2017). Tais sintomas podem aparecer decorrentes de uma tristeza desencadeada por alguma situação de vida mais difícil (perdas, decepções e outras) ou desencadeados por período de sobrecarga e estresse. Dependendo da intensidade dos sintomas, da duração e da proporção motivo/consequência, pode-se diagnosticar um quadro depressivo grave, sendo necessário um acompanhamento psiquiátrico (PEREIRA, 2014; PEREIRA, 2010).

Ansiedade é outra morbidade psiquiátrica que, caracteristicamente, ocorre mais frequentemente entre estudantes de Medicina do que na população geral (DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT, 2006). Fatores como pressão para aprender, excesso de carga de estudo, quantidade de novas informações e longas jornadas de

trabalho durante a residência, juntamente com traços ansiosos de personalidade, explicam essa associação característica (YEH et al., 2007; BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009).

Baldassin, Martins e Andrade (2006), observaram entre estudantes de Medicina, que o nível de ansiedade em relação ao ano acadêmico, está elevado no primeiro e segundo ano, ocorre uma queda no terceiro e depois volta a aumentar no sexto ano, quando coincide com a fase das provas de residência. Há um consenso de que estudantes de Medicina são suscetíveis a maiores estresses e sintomas ansiosos. Os autores justificam o resultado pela adaptação do estudante como resposta psicológica frente às mudanças que têm de enfrentar durante a faculdade médica.

As consequências da depressão e ansiedade afetam os estudantes de Medicina profissionalmente e pessoalmente. A níveis pessoais pode-se incluir o término de relacionamentos, abuso de substâncias (BALDASSIN, 2010), deterioração da saúde, declínio no vigor físico, baixa autoestima, isolamento, estresse, ideação suicida, entre outras morbidades psicológicas e psiquiátricas. Como consequências profissionais incluem, decaimento do desempenho acadêmico, declínio na empatia e ética, desonestidade acadêmica, influência negativa na escolha de especialidades e alta incidência de erros médicos (QUINCE et al., 2012; MOUTINHO; MADDALENA, 2017).

2.4 Espiritualidade e Religiosidade na saúde mental dos estudantes de Medicina no contexto acadêmico

O aumento recente dos estudos que abordam as implicações da Religiosidade / Espiritualidade (R / E) na saúde física e mental dos indivíduos evidencia que a R / E é um campo subjetivo, e parte da população utiliza como *coping* (estratégia de enfrentamento) para dar sentido à vida e buscar motivação para a superação de crises (KOENIG, 2004; LUCCHETTI et al. 2013; LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014; MARQUE, 2016; MOUTINHO; MADDALENA, 2017; ZANETTI et al. 2018).

Pessoas com maior R / E, comumente reportam melhor bem-estar geral, menores índices de depressão e ansiedade e de conduta suicida. As crenças religiosas e espirituais podem influenciar o modo como indivíduos lidam com o estresse e outros problemas. A religiosidade / espiritualidade pode proporcionar ao indivíduo

maior aceitação, firmeza e adaptação às situações difíceis da vida, gerando paz e autoconfiança (KOENIG, 2004; DALGALARRONDO, 2006; MOREIRA-ALMEIDA, 2006; STROPPA, MOREIRA-ALMEIDA, 2008; KOENIG; KING; CARSON, 2012; KOENIG, 2013; CURCIO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA, 2015).

A Religiosidade / Espiritualidade tem sido associada ao bem-estar psicológico geral, incluindo um estado de felicidade, satisfação, esperança, otimismo, senso de significado na vida, satisfação no casamento, estabilidade geral e apoio social. Koenig (2004), enfatiza que as crenças e práticas religiosas estão relacionadas à diminuição do suicídio, diminuição da ansiedade, diminuição do abuso de substâncias tóxicas, aumento da esperança e otimismo, e mais satisfação na vida.

Na associação entre religiosidade / espiritualidade e saúde mental, há muitas implicações teóricas e práticas e requer investigação. Porém, fica evidente que a espiritualidade é um fator de proteção, tanto em questões médicas, quanto em problemas da área psicológica, bem como, em situações relativas ao campo da educação (SOUZA et al. 2010).

Alguns comportamentos e crenças religiosas resultam em tensão mental ou consequências negativas para a saúde mental. O sofrimento psicológico do estudante tem ramificações nas áreas cognitiva, emocional e comportamental, como: o funcionamento acadêmico inadequado, a atitude cínica (*burnout*), a diminuição da empatia pelos pacientes, o uso/abuso de álcool e drogas lícitas/ilícitas, baixa autoestima, desvalorização pessoal e isolamento que levam à diminuição da religiosidade e espiritualidade do estudante durante a sua formação, pois a mesma é percebida como fator de punição (FLANNELLY et al. 2004; KOENIG, 2004; SATTERLY, 2001; PILLAY; RAMLALL; BURNS, 2016).

Os estudos apontam uma associação entre as crenças religiosas / espirituais com a saúde mental, saúde física e qualidade de vida (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014). Poucos estudos, avaliaram a religiosidade e as opiniões dos estudantes de Medicina sobre essa questão na sua formação e na sua vida pessoal, e outros, investigaram especificamente a associação entre saúde mental e crenças na educação médica (BORGES et al. 2013; SANTANA et al. 2010; LUCCHETTI et al. 2013; MOUTINHO; MADDALENA, 2017).

Serinoll, Monteiro e El-Mafarjeh, (2015), quando avaliaram o efeito da prática religiosa e a qualidade de vida de 318 estudantes de Medicina, observaram que aqueles que responderam ter religião, tiveram maior escore de bem-estar psicológico, em relação àqueles que não praticavam nenhuma religião. Os autores concluíram que os estudantes com histórico de ansiedade, pânico ou depressão e ausência de religião, apresentaram piores índices de qualidade de vida.

Em estudo transversal na Faculdade de Medicina de Jundiaí, Borges et al. (2013), aferiram a opinião de estudantes de Medicina quanto aos aspectos religiosos, utilizando a escala DUREL, para verificar a frequência de atividades religiosas. Observaram que a minoria frequentava serviços religiosos uma vez por semana e menos da metade dos estudantes, relataram dedicar parte do seu tempo a práticas religiosas individuais (preces, leitura da bíblia diariamente) e a maioria tinham algum tipo de afiliação religiosa católica, sendo a minoria os evangélicos, espíritas e outras religiões.

Quanto ao conceito de espiritualidade, Borges et al. (2013), identificaram que quase a metade dos estudantes a definiram como: “crença em algo transcendente à matéria”, “crença e relação com Deus/religiosidade”, “a busca de sentido e significado para a vida humana; e a minoria como “postura ética e humanista”; “crença na existência da alma e na vida após a morte”. Da mesma forma, os estudantes correlacionaram o tema saúde e espiritualidade a: “humanização da Medicina”; “interferência positiva ou negativa da religiosidade na saúde”; “abordagem do viver e do morrer”; “saúde total e holística”; “qualidade de vida”, e “interferência do transcendente” (BORGES et al. 2013).

Sobre a espiritualidade e religiosidade dos estudantes de Medicina e implicações na formação médica, Santana et al. (2010), em estudo multicêntrico, observou que entre os 318 participantes, (a maioria do total de estudantes matriculados no curso de Medicina de São José do Rio Preto – SP), demonstraram ser moderadamente religiosos. Prevaleceram em maioria os estudantes que avaliaram a espiritualidade como muito influente na saúde de seus pacientes.

Comparando os discentes do primeiro ano e do sexto ano, ambos se consideraram pouco ou nada aparelhados para abordar questões religiosas/espirituais com pacientes, como também, a diminuição da empatia ao longo do curso de medi-

cina, pois, sem um suporte adequado, torna-se mais cômodo para eles não se envolverem e ignorarem a dor e o sofrimento dos pacientes (KOENIG et al. 2007; HOJAT et al. 2009, KOENIG et. al. 2012b).

Em relação à saúde e espiritualidade como humanização da Medicina na percepção dos alunos, Borges et al. (2013), observaram que aqueles alunos com maior Religiosidade Intrínseca e Organizacional, acreditavam que o assunto saúde e espiritualidade estão relacionados com a interferência positiva ou negativa, na saúde e ligado a abordagem do viver e do morrer (BORGES et al. 2013; SANTANA et al. (2010). Observaram ainda, que menos de cinquenta por cento, consideraram que o tema “Saúde e Espiritualidade” deveria ser abordado no curso de Medicina como disciplina optativa específica e a minoria sugerem cursos, eventos e estágios sobre o tema (KOENIG, 2012a; LUCCHETTI et al. 2012a; BORGES et al. 2013; SANTANA et al. 2010; KOENIG et. al. 2012b).

Pillay, Ramlall e Burns (2016), relatam uma alta prevalência significativa de sintomas depressivos graves nos estudantes de Medicina. Além disso, a menor espiritualidade esteve associada à não adesão a uma religião importante e a uma história de doença mental.

Em estudos internacionais, Vasegh e Mohammadi (2007), exploraram a associação de religiosidade com variáveis de sintomas da ansiedade e da depressão em uma amostra de estudantes de Medicina da Universidade de Teerã, no Irã. Observaram uma associação significativa da “crença religiosa” e da “religiosidade total” com níveis mais baixos de ansiedade e de depressão alcançando uma significância estatística.

Wachholtz et al. (2013), avaliaram 259 estudantes de Medicina americanos, observaram entre os estudantes que apresentaram maior estresse psicológico e *burnout*, níveis mais baixos de bem-estar espiritual e experiências espirituais diárias.

Em contraste, Lupo et al. (2011), conduziram um estudo com 119 estudantes de Medicina em Israel e não encontraram associação entre religiosidade, depressão e ansiedade, mostrando que esses resultados podem ser reduzidos ou aumentados de acordo com a cultura e afiliação religiosa.

Os estudiosos Vasegh e Mohammadi (2007), Lupo et al. (2011) e Wachholtz et al. (2013), sustentam a hipótese de que a religião pode ser um fator de proteção contra a depressão e a ansiedade, indicando a importância dos resultados, já que há uma alta incidência de morbidade psiquiátrica entre estudantes de Medicina.

As práticas religiosas e espirituais, embora não sejam sinônimos, são entendidas como o nosso centro vital que busca um sentido de vida e nos direciona à nossa integralidade, influenciando-nos psicodinamicamente, isto é, auxiliando na lida com a ansiedade, medos, frustrações, raiva, sentimentos de inferioridade, desânimo, isolamento, como também nas menores taxas de suicídio, delinquência, abuso de drogas e de mortalidade geral, bem como, prevenindo doenças mentais (KOENIG et al. 2001; VOLCAN et al. 2003; MOREIRA-ALMEIDA et al. 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Conhecer a influência da R/E e suas variações/relação com os níveis de depressão, ansiedade e bem-estar subjetivo durante a graduação em estudantes de Medicina de São Luís, Maranhão, Brasil e seus determinantes.

3.2 Específicos

- Caracterizar as variáveis socioeconômicas e demográficas dos avaliados;
- Investigar os níveis de depressão, ansiedade entre os avaliados;
- Investigar a Religiosidade / Espiritualidade entre os avaliados;
- Correlacionar a Religiosidade / Espiritualidade aos níveis de depressão e ansiedade entre os avaliados;
- Analisar as dimensões da religiosidade e espiritualidade como estratégias de enfrentamento da depressão e ansiedade em estudantes de Medicina;
- Analisar a presença de alterações na depressão, ansiedade, Religiosidade / Espiritualidade e bem-estar subjetivo, ao longo da formação em Medicina e seus determinantes.

4 RESULTADOS

CAPITULO I – RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE ASSOCIADAS À DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE MEDICINA

Periódico: Psychology, Health & Medicine

Classificação Qualis-Periódico: B2

Área: Medicina I

Fator de Impacto: 1.589

CAPITULO I – Comprovante de Submissão - Psychology, Health & Medicine.



Academic Psychiatry <em@editorialmanager.com>
Para: Joana Kátya Veras Rodrigues Sampaio Nunes

22 de set às 10:08 

Dear Ms Nunes,

Thank you for submitting your manuscript, "RELIGIOUSITY AND SPIRITUALITY ASSOCIATED WITH DEPRESSION AND ANXIETY IN MEDICAL STUDENTS", to Academic Psychiatry

The submission id is: ACPS-D-18-00292
Please refer to this number in any future correspondence.

During the review process, you can keep track of the status of your manuscript:

Your username is: joana
If you forgot your password, you can click the 'Send Login Details' link on the EM Login page at <https://acps.editorialmanager.com/>.

We have sent an e-mail to all co-authors of this submission asking them to confirm their co-authorship. You can see the status of co-authorship confirmations under "Author Status" in your author main menu. Please check with your co-authors in case somebody does not confirm within reasonable time. In case of acceptance, a paper might not be published with outstanding co-author confirmations.

With kind regards,

Journals Editorial Office ACPS
Springer

CAPÍTULO I

Religiosidade e Espiritualidade associadas à depressão e ansiedade em estudantes de Medicina

Joana Kátya Veras Rodrigues Sampaio Nunes, Doutora, Universidade Federal do Maranhão/Universidade CEUMA

Karine de Paiva Lima Nogueira Nunes, Mestre, Universidade CEUMA

Márcia Rodrigues Veras Batista, Mestre, Universidade CEUMA

Wildete Carvalho Mayrink, Mestre, Universidade Federal do Maranhão

Lucas Frota Beckman, Graduação em Medicina, Universidade CEUMA

José Albuquerque de Figueiredo Neto, Doutor, Universidade Federal do Maranhão

RESUMO

Introdução: Com grande impacto na vida e na saúde de estudantes de Medicina, a graduação médica é reconhecida e considerada como fator de estresse significativo predispondo à doença física, social ou mental. **Objetivo:** analisar as dimensões da religiosidade e espiritualidade frente a depressão e ansiedade em estudantes de Medicina. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal, comparativo, com estudantes matriculados nas instituições de ensino. Utilizou-se: Sociodemográficas, o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), a Escala de Avaliação de Espiritualidade em Contextos de Saúde (EA ECS), a Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES), a Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE), o Inventário de Depressão de Beck (BDI II) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). A análise estatística ocorreu no programa estatístico SPSS, correlação de Spearman e modelos de regressão logística. **Resultados:** 812 estudantes foram avaliados: 60,5% mulheres, 75,9% entre 18 a 24 anos e 93,8% solteiros. Entre os avaliados, 18,4% apresentaram sintomas de depressão moderado a grave, e 20,6% sinais sugestivos de ansiedade na mesma classificação. Observou-se uma correlação direta entre o aumento dos sintomas de depressão e dos escores de Afetos Negativos, e inversamente proporcional aos escores do Bem-Estar Existencial e do Bem-Estar Geral. O escore de Afetos Negativos correlacionou-se com o aumento dos sintomas de ansiedade. O modelo final da regressão demonstrou que sintomas de depressão, escores altos de Afetos Negativos e o sexo feminino foram fatores de risco para o aparecimento de sintomas de depressão. O escore Afetos Positivos, e o escore moderado a alto de Bem-Estar Existencial, demonstraram reduzir o risco de sintomas de depressão. Quanto ao modelo final da regressão associado ao aumento do risco de sintomas de ansiedade, o escore de Afetos Negativos, sintomas de depressão, a Religiosidade Intrínseca e o sexo feminino, estiveram associados aos sintomas de ansiedade. O escore EA ECS foi o único capaz de reduzir o risco de sinais sugestivos de ansiedade. **Conclusão:** Religiosidade/Espiritualidade baixas, demonstraram risco ao bem-estar subjetivo, sintomas de depressão e ansiedade. Já a inversão dessas escalas, demonstrou-se como um fator protetor para estes desfechos, sendo importante a incorporação de estratégias sobre a temática no âmbito acadêmico.

Palavras-chave: Religiosidade. Espiritualidade. Depressão. Ansiedade. Estudantes de Medicina.

Autor para Correspondência: Joana Kátya Veras Rodrigues Sampaio Nunes.

Av. dos Portugueses 1966, Campus Dom Delgado, Prédio do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. CEP 65080-805. Bacanga, São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: katyasampaio1@gmail.com

Suporte: Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão (Edital de Apoio a Publicação de Artigos).

Conflito de Interesse: Declara-se que não houve conflito de interesses.

Introdução

A vida acadêmica durante a formação Médica necessita de compromisso em tempo integral e de responsabilidades em relação às tarefas, cuidados prestados aos pacientes e seus acompanhantes. Horas de trabalho e estudo, ambientes não adequados para estudo, privação de sono, assim como fatores que interferem na vida pessoal são comuns durante esse período [1,2, 3,4,5].

A depressão atinge 5,8% da população brasileira e a ansiedade afeta 9,3% das pessoas que vivem no Brasil, sendo a maior prevalência em mulheres [6]. No Brasil, transtornos mentais e psicológicos em estudantes durante a formação médica variam de 26% a 82%, sendo a ansiedade e depressão os mais frequentes [7,8]. Outros estudos observaram a maior prevalência de depressão de 18,6% a 79%, o que predispõe a um sofrimento psicológico e a má percepção da saúde e bem-estar [3,5,9,10,11,12,13,14].

Há uma relação entre sofrimento psicológico, espiritualidade e comportamentos de bem-estar [15]. O efeito da espiritualidade e dos comportamentos de bem-estar evidenciaram ser favoráveis o alívio da angústia [16,17,18] e do sofrimento psíquico [19] em estudantes de Medicina e na população em geral [20]. A espiritualidade pode ser uma medida que propulsiona o bem-estar geral e a percepção positiva do indivíduo aos aspectos de saúde física e mental [21].

Koenig [22] e Hufford [23] definem a espiritualidade como a busca pessoal pelo entendimento de respostas a questões sobre a vida, seu significado e relações com o sagrado e transcendente. Já religiosidade deve ser entendida como uma organização de crenças, práticas e símbolos criados para aproximar-se com o sagrado ou transcendente.

A espiritualidade depende de três componentes: necessidade de encontrar significado, razão e preenchimento na vida/necessidade de esperança/vontade para viver; necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros e em Deus [24].

Koenig [25] identificou elementos cognitivos e comportamentais específicos e inversamente relacionados com a ocorrência de sintomas depressivos, como enfrentamento religioso e suporte proporcionado pela comunidade religiosa. Koenig, Pargament e Nielsen [26] também relacionaram o enfrentamento Religioso / Espiritual

à depressão/ansiedade, tais como: a crença em um Deus punitivo, insatisfação com sua religião ou comunidade religiosa.

Assim, a Religiosidade / Espiritualidade (R/E) pode ser considerada como uma fonte de fortalecimento do bem-estar espiritual, que proporciona tranquilidade e paz consigo, o que implica em alterações nas habilidades das pessoas e em maior envolvimento religioso e espiritual. Pode se relacionar positivamente com o bem-estar psicológico, alegria, satisfação com a vida, melhor saúde e menor ansiedade e depressão [10,27,28].

O presente trabalho, justifica-se por considerar essencial relacionar a presença de ansiedade e depressão à R/E, e por avaliar sua relação com a redução de transtornos psiquiátricos e melhoria na qualidade de vida, em estudantes de Medicina, e considerando principalmente o efeito associativo da R/E nestes desfechos.

Dessa forma, este estudo analisou as dimensões da R/E como estratégias de enfrentamento do bem-estar subjetivo, depressão e ansiedade em estudantes de Medicina.

Materiais e Métodos

Estudo transversal, analítico, desenvolvido nas Universidades CEUMA e Universidade Federal do Maranhão (UFMA), em São Luís, Maranhão, Brasil.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA (protocolo nº 1.900.196/2017), conforme preconiza a Resolução Nº 466 de 12/12/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde [29].

A coleta de dados ocorreu a partir de questionários respondidos no período de fevereiro a dezembro de 2017, por estudantes matriculados do primeiro ao sexto ano, nos cursos de Medicina do CEUMA e UFMA.

Para o cálculo amostral, considerou-se o número de estudantes matriculados nas universidades durante o período letivo de 2016 (Total de 1230), sendo considerado um poder estatístico de 95%, um erro amostral de 5%, uma prevalência de 44,71% de crença em Deus, conforme o estudo de Borges et al. [30], resultando em uma amostra de pelo menos 291 estudantes em cada instituição de ensino superior (representação de 66% da amostra).

Foram avaliados estudantes matriculados nos cursos de Medicina das instituições, de ambos os sexos, com idade mínima de 18 anos. Não foram incluídos estudantes que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para coleta de dados, foi realizada uma entrevista, com aplicação de questionários e de instrumentos autoaplicáveis. Os estudantes responderam: O questionário sóciodemográfico/econômico, o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), a Escala de Avaliação de Espiritualidade em Contextos de Saúde (EA ECS), a Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES), a Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE), o Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

DUREL: é derivada da Duke Religion Index [31] e possui validação para o Brasil [32]. Possui três dimensões: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não Organizacional (RNO) e a Religiosidade Intrínseca (RI).

Neste estudo, a DUREL foi dicotomizada em seus domínios em: RO Alta (≥ 4 pontos); RNO Alta (≥ 3 pontos); RI Alta (≥ 10 pontos) [33].

Escala de Avaliação de Espiritualidade em Contextos de Saúde (EA ECS): é um instrumento de avaliação da espiritualidade para aplicação em contexto de saúde da doença crônica. O ponto de corte médio é de 2,5, valores inferiores correspondem a escores baixos e superiores, escores elevados [34].

EBES [35]: possui duas subescalas: Afetos Positivos e Negativos com 26 itens e a segunda, a satisfação com a vida com 15 itens. Cada item é respondido em uma escala de Likert de 5 pontos (1: nem um pouco e 5 extremamente). O escore de cada subescala é obtido com a média das respostas. O ponto de corte é o valor 3, acima disso, é considerada alta [36].

EBE: é uma escala de espiritualidade e religiosidade padrão de referência [37]. A escala, além do escore Geral, se subdivide em dois fatores medidos pela escala: o Bem-Estar Religioso (BER); e o Bem-Estar Existencial (BEE). Foram agrupados os itens em baixo (10 a 20 pontos), moderado (21 a 49 pontos) e altos (50 a 60 pontos) para as subescalas BER e BEE, já para análise Geral: baixo (10 a 40 pontos), moderado (41 a 99 pontos) e alto (100 a 120 pontos).

BDI-II: é uma revisão do BDI original [38]. Instrumento autoaplicável de 21 itens, que mede a intensidade da depressão em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade. O instrumento avalia os sintomas de critérios diagnósticos dos transtornos depressivos.

Os pontos de corte considerados foram: 0-13 (mínimo); 14-19 (leve); 20-28 (moderado); 29-63 (grave). O BDI-II reflete uma estimativa da gravidade global da depressão [39]. Para fins desse estudo, também houve agrupamento das categorias mínimo e leve, e moderado e grave.

BAI: mensura a intensidade de sintomas da ansiedade, que são compartilhados de forma mínima, com os da depressão. O escore total pode variar de 0 a 63. A classificação é de 0 a 7 (mínima); 8 a 15 (leve); 16 a 25 (moderada) e de 26 a 63 (grave) [40]. Neste estudo, houve agrupamento das categorias mínimo e leve, e moderado e grave, justificando a presença maior e menor de sintomas de ansiedade.

A análise a partir do programa estatístico SPSS, Versão 22. As normalidades foram testadas através de teste de Shapiro-Wilk e a correlação por Spearman. Modelos de regressão logística não ajustada e ajustada foram traçados entre as variáveis associadas e os desfechos: presença ou não de sintomas de depressão e de ansiedade, através de modelo de *Back Ward*. O nível de significância foi alfa inferior à 5%.

Resultados

Dos 812 estudantes avaliados: 60,5% eram mulheres, 75,9% na faixa etária de 18 a 24 anos, 45,9% brancos, 65,3% eram procedentes da capital e região metropolitana e 93,8% solteiros. Sedentários, tabagistas e que consumiram álcool, perfizeram: 31,9%, 2,7% e 80,2%, respectivamente (Tabela 1).

Dos avaliados, 18,4% foram classificados com sintomas de depressão moderada a grave, e 20,6% com sintomas de ansiedade na mesma classificação (Tabela 2).

Dos pesquisados, 63,1% apresentaram RO, baixa, 64,7% RNO elevada e 70,4% RI elevada. Para a EAECs, 69,7% apresentaram escore elevado. Já para a EBES, 72,7% apresentaram “Afetos Positivos” elevados, 81,2% baixo escore nos “Afetos Negativos” e 58,1% apresentaram escore elevada em relação a “Satisfação”.

Observou-se em relação ao Bem-Estar Religioso maior frequência da classificação elevada (61%), na subescala BEE, maior frequência da classificação Moderada (52%) e na subescala Geral, maior número de avaliados classificados como elevados (54,4%) (Tabela 2).

Observou-se uma correlação significativamente moderada ($0,4 < |r| < 0,7$, $p < 0,05$) e diretamente proporcional entre o aumento do escore de depressão e o aumento dos escores “Afetos Negativos”. Já os escores das subescala BEE e Geral foram inversamente proporcionais ao aumento do escore do BDI (Tabela 3).

“Afetos Positivos” e a “Bem-Estar Religioso”, estiveram inversa e estatisticamente ($p < 0,05$) correlacionadas de maneira fracas ($0,2 < |r| < 0,4$) ao aumento do escore do BDI (Tabela 3).

O aumento do escore “Afetos Negativos” correlacionou-se, de forma moderada, positiva e estatisticamente ($p < 0,05$) com o aumento do escore do Inventário BAI. Da mesma forma, o escore do “BEE” correlacionou-se de forma fraca e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a redução do escore do Inventário BAI (TABELA 3).

As variáveis incorporadas ao modelo de regressão logística não ajustada com sintomas de depressão foram: sintomas de ansiedade, sexo, RO, RNO, RI, EA-ECS, EBES e EBE. Sendo apenas EAECs Alta e “Bem-Estar Geral” Moderado/Alta não foram inicialmente mantidas associadas ($p < 0,2$) ao desfecho sintomas de depressão no modelo não ajustado (Tabela 4).

Os sintomas de depressão estiveram relacionados à ansiedade (OR: 4,3; IC95%: 2,6-6,8; $p < 0,001$), “Afetos Negativos” (OR: 4,9; IC95%: 3,0-7,9; $p < 0,001$) e foram mais frequentes no sexo feminino (OR: 1,7; IC95%: 1,04-2,6; $p = 0,0320$), conforme Tabela 4.

Já o escore alto dos “Afetos Positivos” (OR: 0,5; IC95%: 0,2-0,7; $p = 0,001$), e o escore moderado a alto “BEE” (OR: 0,2; IC95%: 0,1-0,3; $p < 0,001$), foram fatores que reduziram de 50% a 80% o risco de aparecimento de sintomas de depressão (Tabela 4).

O modelo de regressão logística não ajustada com sintomas de ansiedade, utilizou as mesmas variáveis incorporadas no modelo anterior, permutando apenas os

sintomas de ansiedade, por sintomas de depressão. Neste modelo, inicialmente mantiveram-se associados ao desfecho ($p < 0,2$): sintomas de depressão, sexo feminino, a RNO, a RI, EAECs, EBES (Afetos Positivos, Negativos e Satisfação) e a EBE (BER, BEE e Geral) (Tabela 5).

Após ajuste na regressão logística, mantiveram-se estatisticamente ($p < 0,05$) associados ao aumento do desfecho sintomas de ansiedade: o escore alto dos “Afetos Negativos” (OR: 6,2; IC95%: 3,9-9,8; $p < 0,001$), sintomas RI elevada (OR: 2,1; IC95%: 1,2-3,4; $p = 0,005$) e o sexo feminino (OR: 1,6; IC95%: 1,0-2,4; $p = 0,039$). Já o escore elevado na EAECs foi a única variável capaz de reduzir o risco de sintomas de ansiedade em até 40% (OR: 0,6; IC95%: 0,4-0,9; $p = 0,01$) (Tabela 5).

Nos achados desta pesquisa, indivíduos ansiosos apresentaram sintomas de depressão (56,4%), sendo que 22,6% foram mulheres, 19,3% tinham RO alta, 18,7% RNO alta, 21% RI. Já na EAECs, 17% Elevada e 17,3%, 57,5% e 25,6% pontuações altas nas subescalas Afetos Positivos, Negativos e Satisfação, respectivamente. Foram também observados os percentuais de 19,6%, 12,3% e 15,8%, pontuação moderada a alta, nas subescalas BER, BEE e Geral, respectivamente (Não tabelado).

Já indivíduos com sintomas depressivos, 50,3% possuíam sintomas de ansiedade, 19,6% mulheres, 12,7% com RO alta, 14,5% RNO alta, 16,8% RI, 14,8% EAECs alta e 12,4%, 54,9% e 23,3% pontuações altas “Afetos Positivos”, “Negativos” e “Satisfação”, respectivamente. Já BER, BEE e Geral, apresentaram 12,3%, 5,5% e 9,3%, pontuação moderada a alta respectivamente (Não tabelado).

Discussão

Neste estudo, prevaleceram estudantes mulheres, jovens, brancos, solteiros, procedentes da capital e região metropolitana, sedentários e que consumiram álcool.

Dados semelhantes foram encontrados por Pinto e Yarid [41], em estudantes de Medicina da Bahia, quando verificaram a percepção dos mesmos sobre a R/E em sua formação, onde 63,6% eram mulheres, jovens (26,5 anos) e 63,6 % brancos.

O estudo multicêntrico brasileiro realizado por Luccetti et al. [42], avaliando a relação entre R/E, crença e experiências com mais de três mil estudantes de Medicina, também mostrou a predominância de mulheres (53,8%), jovens (22,8 anos) e brancos (82,2%), como em nossos dados.

Luccetti et al. [42] relataram 66% dos estudantes têm filiação religiosa, e 84% de estudantes que acreditam em Deus, e uma pontuação quanto à RI do DUREL de 9 pontos (baixa), diferente dos dados desta pesquisa. Já Chaves et al. [43] ressaltam que 93,8% dos avaliados apresentaram alto escore de espiritualidade, dados estes também divergentes deste estudo.

Oliveira e Pinto [41] relataram que estudantes de Medicina se consideram espiritualizados, contudo, não se sentem preparados para abordar temas relativos a espiritualidade com seus pacientes, embora avaliem de forma positiva a abordagem desta temática na academia, e a sua inclusão na formação profissional.

Na análise deste estudo, a frequência de estudantes com sinais moderado a grave, de sintomas depressão e de ansiedade aproximou-se à 20%, e diferente dos achados de Chaves et al. [43] com 609 universitários da área da saúde, investigando a ansiedade e a espiritualidade, onde se observou que 91,5% dos avaliados apresentaram níveis moderados e altos de sintomas de ansiedade.

Vankar, Prabhakaran e Sharma [44] em estudo com 331 estudantes indianos, avaliaram a prevalência de sintomas de depressão e as percepções sobre o estigma associado à mesma. Relataram uma prevalência geral de depressão de 64%. Os sintomas de depressão moderada a grave foram de 26,6%, semelhante ao encontrado desta pesquisa.

Nesta análise houve maior frequência de estudantes com escores baixos de RO, elevados de RNO, bem como de RI e nos “Afetos Negativos” houve elevada frequência de indivíduos com baixos escores. Além disso, alta frequência de escores elevados da EAECs e dos “Afetos Positivos” e “Satisfação” da BES.

Ressalta-se, que o aumento do escore “Afetos Negativos” pode demonstrar, como os indivíduos vêm a R/E como punição em suas vidas, pois conforme Albuquerque e Tróccoli [35], o conceito da subescala Afetos Negativos faz menção a um estado de distração, que pode incluir emoções desagradáveis, tais como: ansiedade, depressão, agitação, aborrecimento e pessimismo.

Os escores altos de RO, RNO, RI e “Satisfação”, bem como os escores moderados a altos do BER, embora inicialmente mantidas associadas ao desfecho níveis de ansiedade, após ajuste na regressão logística, demonstraram ser vieses no modelo final.

Na pesquisa de Chaves et al. [43], a avaliação por regressão linear múltipla, apontou relação significativa entre a ansiedade e a presença de desconfortos físicos. A presença de ansiedade foi associada ao sexo feminino, à ausência de atividades de lazer e baixos níveis de otimismo quanto à espiritualidade.

Para os níveis de depressão, a RI alta pareceu ser uma variável de confundimento nesta pesquisa, já em relação aos níveis de ansiedade a RI demonstrou-se como preditor de níveis de ansiedade. O motivo pelo qual isso pode ter ocorrido é devido, especificamente, à ocorrência de elevada frequência de mulheres com essa característica religiosa (78,2%), podendo ter interferido no modelo de regressão logística final com ansiedade (dado não apresentado), sendo necessária a realização de mais estudos que avaliem a relação entre a RI alta em mulheres ansiosas estudantes de Medicina.

Diferentemente desta pesquisa, Zarzycka e Zietek [45], que ao aferirem a relação entre esforço religioso, satisfação com a vida e ansiedade em 180 adultos, observaram uma correlação positiva entre religião e ansiedade, e uma negativa com a satisfação com a vida. Contudo, a população estudada foi diferente da abordada nesta pesquisa.

Ressalta-se, que a RI alta pode ser um risco para depressão e de ansiedade, dependendo das crenças religiosas vivenciadas temporalmente, pelo indivíduo, pois apesar da frequência dos escores altos da RO e RNO, há momentos em que essas crenças podem ser abaladas, e, portanto, é possível que estejam sendo percebidas como uma punição.

Ameri et al. [46] avaliando a relação entre religião e comportamento de risco em 448 universitários constatou que a RO e RI altas tornaram os estudantes menos propensos a se envolver em comportamentos de risco (sexual, violência e vícios), parecendo que a religião pode ter um papel importante na prevenção desse comportamento.

Lace e Handal [47], comprovam em seu estudo que o DUREL é uma medida multidimensional da religião que pode ser utilizada com propriedade em estudantes universitários, e garante o reconhecimento de medidas de religião ou espiritualidade.

As elevadas exigências de escolas médicas, sexo feminino, tempo de formação, aliados ao estigma que há em volta da depressão acabam dificultando o tratamento e a procura de apoio especializado [48].

Vankar, Prabhakaran e Sharma [44], relataram em seu estudo, que 73,3% dos estudantes sentiram que a depressão afeta negativamente seu rendimento acadêmico e 52,3% consideravam a depressão um sinal de fraqueza. Com o decorrer do ano letivo, houve aumento do estigma sobre a depressão e o receio de compartilhar com colegas, professores e familiares, como também, dividir tarefas e trabalho, com um estudante deprimido. Estes dados dão força à discussão traçada nesta pesquisa quanto a uma possível relação entre estigma-sexo-feminino-depressão-ansiedade e R/E, contudo, necessita de maior exploração em estudos com enfoque maior nessas questões.

No estudo de Moura e Paiva [49] com 11 pacientes, que estudou relações entre a depressão e a religiosidade em adultos, notou-se que o maior nível de envolvimento religioso (religiosidade intrínseca) não esteve implicado nem em melhora ou piora da depressão. Contudo, pareceu que o maior envolvimento religioso foi associado a menores níveis de depressão ($p < 0,05$). É possível que isso ocorra devido à religiosidade ter perdido sua força na contemporaneidade, além de fatores biológicos e psicológicos que tornam a depressão, depois que atinge sua gravidade, refratária aos efeitos da religião.

Taunay et al. [50] em estudo de desenvolvimento e validação de um instrumento breve para mensurar RI, encontraram associações significativas entre medidas de RI e depressão e qualidade de vida em estudantes do quinto semestre letivo de Psicologia e Medicina.

Assim, torna-se importante o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da ansiedade frente a universitários, principalmente daquelas voltadas a fatores protetores, como a espiritualidade [46].

Reginato, Benedetto e Gallian [51] reforçam que a inserção de disciplinas sobre R/E e sua prática clínica em Medicina, podem contribuir para um atendimento humanizado e para promoção do autocuidado e bem-estar do estudante de Medicina.

Conclusão

Religiosidade e espiritualidade baixas parecem constituir risco para o bem-estar subjetivo, bem como para o desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade. O inverso disto, por outro lado, pode funcionar como fator protetor para estes desfechos. Assim, torna-se imperativo instalar estratégias de discussão sobre o estigma e preconceito no âmbito acadêmico, entre estudantes de Medicina.

Referências

1. Moutinho, Ivana Lúcia Damásio et al. Depression, stress and anxiety in medical students: a cross-sectional comparison between students from different semesters. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 63, n. 1, p. 21-28, 2017.
2. Baldassin, S. Ansiedade e depressão no estudante de medicina: revisão de estudos brasileiros. *Cadernos ABEM*, v. 6, n. 6, p. 19-26, 2010.
3. Bassols AM et al. Medical School: First- and last-year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms? *Rev Bras Psiquiatr.* 2014;36(3).
4. Rotenstein et al. Prevalence of depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. A systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2016;21:2214-2236.
5. Cunha, Deyse Helena Fernandes et al. Percepção da qualidade de vida e fatores associados aos escores de qualidade de vida de alunos de uma escola de medicina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 66, n. 4, p. 189-196, 2018.
6. OMS. Organização Mundial da Saúde. Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo. Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/>. Acesso 26.05.18
7. Yusoff, Muhamad Saiful Bahri et al. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. *Asian journal of psychiatry*, v. 6, n. 2, p. 128-133, 2013.
8. Mayer FB. A prevalência de sintomas de depressão e ansiedade entre os estudantes de medicina: um estudo multicêntrico no Brasil [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2017
9. Alvi, Tabassum et al. Depression, anxiety and their associated factors among medical students. *J Coll Physicians Surg Pak*, v. 20, n. 2, p. 122-6, 2010.
10. Silva, João Bernardino da et al. A espiritualidade no cuidado em saúde: concepções de estudantes de medicina e de enfermagem. 2015.

11. Saravanan, Coumaravelou; WILKS, Ray. Medical students' experience of and reaction to stress: the role of depression and anxiety. *The Scientific World Journal*, v. 2014, 2014.
12. Alfaris, Eiad Abdelmohsen et al. Student centered curricular elements are associated with a healthier educational environment and lower depressive symptoms in medical students. *BMC medical education*, v. 14, n. 1, p. 192, 2014.
13. Paula, Juliane dos Anjos de et al. Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de medicina. *Journal of Human Growth and Development*, v. 24, n. 3, p. 274-281, 2014.
14. Oliveira, Gabriella Santos et al. Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de medicina da Universidade Federal do Amapá. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, v. 5, n. 3, 2017.
15. Damiano, R. F., dilalla, I. F., lucchetti, G., dorsey, J. K. Empathy in medical students is moderated by openness to spirituality. *Teaching and learning in medicine*, 2017;29(2), 188-195.
16. Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks Aj, Birch M, Cook, P. Resident wellness behaviors: Relationship to stress, depression, and burnout. *Family Medicine* 2013;45:541–9.
17. Erogul M, Singer G, Mcintyre T, Stefanov D. Abridged mindfulness intervention to support wellness in first-year medical students. *Teaching and Learning in Medicine* 2014;26:350–6.
18. Lucchetti G, Lucchetti AL. Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999-2013). *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2014;48:199–215.
19. Krägeloh, CU, Henning MA, Billington R, Hawken SJ. The relationship between quality of life and spirituality, religiousness, and personal beliefs of medical students. *Academic Psychiatry*, 2015;39(1), 85-89.
20. Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G., Lucchetti, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2014;36(2), 176-182.
21. Pillay, Narushni; Ramlall, Suvira; BURNS, Jonathan K. Spirituality, depression and quality of life in medical students in KwaZulu-Natal. *South African Journal of Psychiatry*, v. 22, n. 1, p. 1-6, 2016.
22. Koenig, Hg, Mccullough, Me, Larson, DB. *Handbook of religion and health*. Oxford: University Press USA; 2001.
23. HUFFORD, David J. *An analysis of the field of spirituality, religion and health*. Metanexus Institute, Bryn Mawr, PA, 2005.
24. Ross L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud* 1995;32:457-68.
25. Koenig H G. *Spirituality in patient care: Why, how, when, and what*. Templeton Foundation Press, 2013.
26. Koenig, Harold G.; Pargament, Kenneth I.; NIELSEN, Julie. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of nervous and mental disease*, v. 186, n. 9, p. 513-521, 1998.
27. Koenig HG. Role of religion and spirituality in coping with acute and chronic illness. *APA handbook of psychology, religion, and spirituality, Part III*. Washington: American Psychological Association; 2013. P. 278-9.

28. Inoue, Thais Martins; Vecina, Marion Vecina Arcuri. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. *J Health Sci Inst.* vol. 35, n. 02, pg. 127-30, 2017.
29. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humano. 2012:9(1).
30. Borges MDS, Santos MBC, Pinheiro TG. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2015:68(4), 609-616.
31. Koenig, H., Parkerson, G. R., Jr., & Meador, K. G. (1997). Religion index for psychiatric research. *The American Journal of Psychiatry*, 154(6), 885-886.
32. Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Peres, M. F., Leão, F. C., Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2012). Validation of the duke religion index: DUREL (Portuguese version). *Journal of religion and health*, 51(2), 579-586.
33. Alminhana LO, Menezes Jr A, Moreira-Almeida A. Personalidade, religiosidade e qualidade de vida em indivíduos que apresentam experiências anômalas em grupos religiosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2013:62(4), 268-274.
34. Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 2007:21(2), 47-53.
35. Albuquerque, A. S, Tróccoli, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 2014:20(2), 153-164.
36. Marques, L.F. et al. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). *Avaliação psicológica*, v. 8, n. 2, p. 179-186, 2009.
37. Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley and Sons; 1982. p. 224-35.
38. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-8.
39. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. BDI-II–Inventário de Depressão de Beck. Adaptação de Clarice Gorenstein, et al. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.
40. BECK, A. Inventário de ansiedade de Beck. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
41. Pinto RJAO, Yarid SD. Percepção de acadêmicos de medicina sobre a espiritualidade/religiosidade em sua formação profissional. Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, UESB, 63 páginas, 2016.
42. Lucchetti G, Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti ALG and for the SBROME Collaborators. Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBROME. *BMC Medical Education*, 13:162, 2013. doi: 10.1186/1472-6920-13-162
43. Chaves ECL, Iunes DH, Moura CC, Carvalho LC, Silva AM, Carvalho EC. Ansiedade e espiritualidade em estudantes universitários: um estudo transversal. *Rev Bras Enferm.* mai-jun;68(3):504-9, 2015. doi: 10.1590/0034-7167.2015680318i
44. Vankar JR, Prabhakaran A, Sharma H. Depression and Stigma in Medical Students at a Private Medical College. *Indian Journal of Psychological Medicine*. Jul - Sep, 36(3): 246-54, 2014. doi: 10.4103/0253-7176.135372

45. Zarzycka B, Zietek P. Spiritual Growth or Decline and Meaning-Making as Mediators of Anxiety and Satisfaction with Life During Religious Struggle. *J Relig Health*, mar, 2018. doi: 10.1007/s10943-018-0598-y
46. Ameri Z, Mirzakhani F, Nabipour AR, Khanjani N, Sullman MJM. The Relationship Between Religion and Risky Behaviors Among Iranian University Students. *J Relig Health*, dec, 2016. doi: 10.1007/s10943-016-0337-1
47. Lacey JW, Handal PJ. Confirming the Tripartite Structure of the Duke University Religion Index: A Methodological Approach. *J Relig Health*, jan, 2018. doi: 10.1007/s10943-017-0556-0
48. Noronha-Júnior MAG, Braga YA, Marques TG, Silva RT, Vieira SD, Coelho VAF, Gobira TAA, Regazzoni LAA. Depressão em estudantes de medicina. *Rev Med Minas Gerais*; 25(4): 562-567, 2015. doi: 10.5935/2238-3182.20150123
49. Moura LEG, Paiva MA. Religiosidade e saúde mental: evolução da depressão em pacientes segundo o nível de envolvimento religioso. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Ciências da Religião, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Belo Horizonte. v. 15, n. 47, p. 1081-1083, jul./set. 2017. ISSN 2175-5841
50. Taunay TC, Cristino ED, Machado MO, Rola FH, Lima JWO, Macêdo DS, Gondim FAA, Moreira-Almeida A, Carvalho AF. Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). *Rev Bras Psiquiatr*. 34:76-81, 2012.
51. Reginato V, Benedetto MAC, Gallian DMC. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n.1, p.237-255, jan./abr, 2016. doi: 10.1590/1981-7746-sip0010

TABELAS

Tabela 1. Características demográficas e hábitos de vida de estudantes de Medicina. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	491	60,5
Masculino	321	39,5
Idade (anos)		
18 a 24	616	75,9
25 a 31	155	19,1
32 ou mais	41	5,0
Cor		
Branca	373	45,9
Parda	352	43,4
Negra	73	9,0
Indígena	8	1,0
Amarela	6	0,7
Procedência		
Capital e Região Metropolitana	531	65,3
Interior do estado	137	16,9
Outro estado	141	17,4
Outro país	3	0,4
Estado civil		
Solteiro	761	93,8
Casado	49	6,0
Viúvo	2	0,2
Atividade física		
Sim	553	68,1
Não	259	31,9
Tabagismo		
Sim	22	2,7
Não	790	97,3
Ingestão/Álcool		
Sim	651	80,2
Não	161	19,8
TOTAL	812	100

Tabela 2. Classificação quanto a depressão, e ansiedade e escores relacionados à Religiosidade / Espiritualidade em estudantes de Medicina. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Inventário de Depressão de Beck		
Mínimo (0 a 13)	535	65,8
Leve (14 a 19)	128	15,8
Moderado (20 a 28)	112	13,8
Grave (29 a 63)	37	4,6
Inventário de Ansiedade de Beck		
Mínimo (0 a 7)	436	53,7
Leve (8 a 15)	209	25,7
Moderado (16 a 25)	111	13,7
Grave (26 a 63)	56	6,9
Índice de Religiosidade de Duke		
Religiosidade Organizacional		
Alta (≥ 4)	300	36,9
Baixa (< 4)	512	63,1
Religiosidade Não Organizacional		
Alta (≥ 3)	525	64,7
Baixa (< 3)	287	35,3
Religiosidade Intrínseca		
Alta (≥ 10)	572	70,4
Baixa (< 10)	240	29,6
Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde		
Elevada ($\geq 2,5$)	566	69,7
Baixa ($< 2,5$)	246	30,3
Escala de Bem-Estar Subjetivo		
Afetos Positivos		
Alta (≥ 3)	590	72,7
Baixa (< 3)	222	27,3
Afetos Negativos		
Alta (≥ 3)	153	18,8
Baixa (< 3)	659	81,2
Satisfação		
Alta (≥ 3)	472	58,1
Baixa (< 3)	340	41,9
Escala de Bem-Estar Espiritual		
Bem-Estar Religioso		
Baixo (10 a 20)	50	6,2
Moderado (21 a 49)	267	32,8
Alta (50 a 60)	495	61,0
Bem-Estar Existencial		
Baixo (10 a 20)	8	1,0
Moderado (21 a 49)	422	52,0
Alta (50 a 60)	382	47,0
Bem-Estar Geral		
Baixo (20 a 40)	10	1,2
Moderado (41 a 99)	360	44,4
Alta (100 a 120)	442	54,4
TOTAL	812	100,0

Tabela 3. Correlação entre escores de Religiosidade / Espiritualidade e depressão e de ansiedade em estudantes de Medicina. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	Correlação de Spearman	Escore	
		Inventário Beck de Depressão	Inventário Beck de Ansiedade
Índice de Religiosidade de Duke (DUREL)			
Religiosidade Organizacional	r	-0,115	-0,033
	p-valor	0,001	0,347
Religiosidade Não Organizacional	r	-0,148	-0,018
	p-valor	<0,001	0,604
Religiosidade Intrínseca	r	-0,157	0,013
	p-valor	<0,001	0,702
Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde			
Crenças/otimismo/esperança Elevada	r	-0,198	-0,159
	p-valor	<0,001	<0,001
Escala de Bem-Estar Subjetivo			
Satisfação	r	0,173	0,133
	p-valor	<0,001	<0,001
Afetos positivos	r	-0,347*	-0,175
	p-valor	<0,001	<0,001
Afetos negativos	r	0,581**	0,554**
	p-valor	<0,001	<0,001
Escala de Bem-Estar Espiritual			
Bem-Estar Religioso	r	-0,227*	-0,043
	p-valor	<0,001	0,219
Bem-Estar Existencial	r	-0,589**	-0,252*
	p-valor	<0,001	<0,001
Bem-Estar Geral	r	-0,423**	-0,145
	p-valor	<0,001	<0,001

*Correlação Fraca $0,2 < |r| < 0,4$; ** Correlação Moderada: $0,4 < |r| < 0,7$.

Tabela 4. Fatores associados a depressão em estudantes de Medicina: regressão logística não ajustada e ajustada. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	Depressivos n (%)	Modelos de Regressão Logística					
		Não ajustada			Ajustada		
		Odds Ratio	95% CI	p-value	Odds Ratio	95% CI	p-value
Sintomas de Ansiedade ²	84 (50,3)	4,2	2,6; 7,0	<0,001	4,3	2,6; 6,8	<0,001
Sexo (feminino)	96 (19,6)	1,9	1,1; 3,0	0,0140	1,7	1,04; 2,6	0,0320
Escores:							
Índice de Religiosidade de Duke							
Religiosidade Organizacional/ Alta	38 (12,7)	0,7	0,4; 1,2	0,1970	-	-	-
Religiosidade Não Organizacional / Alta	76 (14,5)	0,7	0,4; 1,2	0,1660	-	-	-
Religiosidade Intrínseca Alta	96 (16,8)	2,4	1,3; 4,5	0,0080	-	-	-
Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde /Alta							
Crenças/Otimismo/Esperança	84 (14,8)	1,3	0,8; 2,2	0,2620	-	-	-
Escala de Bem-Estar Subjetivo							
Afetos Positivos / Alta	73 (12,4)	0,5	0,3; 0,8	0,0030	0,5	0,2; 0,7	0,0010
Afetos Negativos / Alta	84 (54,9)	5,3	3,2; 8,8	<0,001	4,9	3,0; 7,9	<0,001
Satisfação/ Alta	110 (23,3)	1,5	0,9; 2,5	0,0910	-	-	-
Escala de Bem-Estar Espiritual							
Bem-Estar Religioso Moderado/Alta	61 (12,3)	0,5	0,2; 0,9	0,0330	-	-	-
Bem-Estar Existencial Moderado/Alta	21 (5,5)	0,2	0,1; 0,4	<0,001	0,2	0,1; 0,3	<0,001
Bem-Estar Geral Moderado/Alta	41 (9,3)	1,3	0,6; 2,7	0,5690	-	-	-

¹ Sintomas de depressão (Inventário de Depressão de Beck – BDI): Maior – BDI ≥ 20 pontos e Menor – BDI < 20 pontos; ² Sintomas de ansiedade (Inventário de Ansiedade de Beck – BAI): Maior – BAI ≥ 16 pontos e Menor – BAI < 16 pontos.

Tabela 5. Fatores associados a ansiedade em estudantes de Medicina: regressão logística não ajustada e ajustada. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	Ansiosos n (%)	Modelos de Regressão Logística					
		Não ajustada			Ajustada		
		Odds Ratio	95% CI	p-value	Odds Ratio	95% CI	p-value
Sintomas de Depressão ²	84 (56,4)	4,1	2,5; 6,7	<0,001	4,3	2,7; 6,8	<0,001
Sexo (feminino)	111 (22,6)	1,7	1,0; 2,6	0,031	1,6	1,0; 2,4	0,039
Escores:							
Índice de Religiosidade de Duke							
Religiosidade Organizacional / Alta	58 (19,3)	1,3	0,8; 2,1	0,29	-	-	-
Religiosidade Não Organizacional / Alta	98 (18,7)	0,6	0,3; 1,0	0,067	-	-	-
Religiosidade Intrínseca / Alta	120 (21,0)	1,9	1,0; 3,6	0,039	2,1	1,2; 3,4	0,005
Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde/ Alta Crenças/Otimismo/Esperança	96 (17,0)	0,6	0,4; 0,9	0,023	0,6	0,4; 0,9	0,01
Escala de Bem-Estar Subjetivo							
Afetos Positivos Alta	102 (17,3)	1,0	0,6; 1,6	0,98	-	-	-
Afetos Negativos Alto	88 (57,5)	6,0	3,7; 9,7	< 0,001	6,2	3,9; 9,8	<0,001
Satisfação Alta	121 (25,6)	1,7	1,1; 2,7	0,014	-	-	-
Escala de Bem-Estar Espiritual							
Bem-Estar Religioso Moderado/Alta	97 (19,6)	1,9	1,0; 3,7	0,063	-	-	-
Bem-Estar Existencial Moderado/Alta	47 (12,3)	0,6	0,4; 1,1	0,122	-	-	-
Bem-Estar Geral Moderado/Alta	70 (15,8)	1,0	0,5; 2,1	0,991	-	-	-

¹ Sintomas de ansiedade (Inventário de Ansiedade de Beck – BAI): Maior – BAI ≥ 16 pontos e Menor – BAI < 16 pontos; ² Sintomas de depressão (Inventário de Depressão de Beck – BDII): Maior – BDII ≥ 20 pontos e Menor – BDII < 20 pontos.

NORMAS PARA SUBMISSÃO NO PERIÓDICO: Psychology, Health & Medicine

About the Journal

Psychology, Health & Medicine is an international, peer-reviewed journal publishing high-quality, original research. Please see the journal's Aims & Scope for information about its focus and peer-review policy. Please note that this journal only publishes manuscripts in English.

Preparing Your Paper

Structure

Your paper should be compiled in the following order: title page; abstract; keywords; main text introduction, materials and methods, results, discussion; acknowledgments; declaration of interest statement; references; appendices (as appropriate); table(s) with caption(s) (on individual pages); figures; figure captions (as a list).

Word Limits

Please include a word count for your paper.

A typical paper for this journal should be no more than 3,000 words.

Papers for our online-only Methodological issue should be no more than 4,000 words. This limit does not include tables, references, figure captions and endnotes.

Style Guidelines

Please refer to these quick style guidelines when preparing your paper, rather than any published articles or a sample copy.

Any spelling style is acceptable so long as it is consistent within the manuscript.

Formatting and Templates

Papers may be submitted in Word or LaTeX formats. Figures should be saved separately from the text. To assist you in preparing your paper, we provide formatting template(s).

Word templates are available for this journal. Please save the template to your hard drive, ready for use.

References

Please use this reference guide when preparing your paper.

Checklist: What to Include

Author details. All authors of a manuscript should include their full name and affiliation on the cover page of the manuscript. Where available, please also include ORCiDs and social media handles (Facebook, Twitter or LinkedIn). One author will need to be identified as the corresponding author, with their email address normally displayed in the article PDF (depending on the journal) and the online article. Authors' affiliations are the affiliations where the research was conducted. If any of the named co-authors moves affiliation during the peer-review process, the new affiliation can be given as a footnote. Please note that no changes to affiliation can be made after your paper is accepted. Read more on authorship.

Should contain an unstructured abstract of 300 words.

Graphical abstract (optional). This is an image to give readers a clear idea of the content of your article. It should be a maximum width of 525 pixels. If your image is narrower than 525 pixels, please place it on a white background 525 pixels wide to ensure the dimensions are maintained. Save the graphical

abstract as a .jpg, .png, or .gif. Please do not embed it in the manuscript file but save it as a separate file, labelled GraphicalAbstract1.

You can opt to include a video abstract with your article. Find out how these can help your work reach a wider audience, and what to think about when filming.

Between 3 and 8 keywords. Read making your article more discoverable, including information on choosing a title and search engine optimization.

Funding details. Please supply all details required by your funding and grant-awarding bodies as follows:

For single agency grants

This work was supported by the [Funding Agency] under Grant [number xxxx].

For multiple agency grants

This work was supported by the [Funding Agency #1] under Grant [number xxxx]; [Funding Agency #2] under Grant [number xxxx]; and [Funding Agency #3] under Grant [number xxxx].

Disclosure statement. This is to acknowledge any financial interest or benefit that has arisen from the direct applications of your research. Further guidance on what is a conflict of interest and how to disclose it.

Data availability statement. If there is a data set associated with the paper, please provide information about where the data supporting the results or analyses presented in the paper can be found. Where applicable, this should include the hyperlink, DOI or other persistent identifier associated with the data set(s). Templates are also available to support authors.

Data deposition. If you choose to share or make the data underlying the study open, please deposit your data in a recognized data repository prior to or at the time of submission. You will be asked to provide the DOI, pre-reserved DOI, or other persistent identifier for the data set.

Figures. Figures should be high quality (1200 dpi for line art, 600 dpi for grayscale and 300 dpi for colour, at the correct size). Figures should be supplied in one of our preferred file formats: EPS, PS, JPEG, GIF, or Microsoft Word (DOC or DOCX). For information relating to other file types, please consult our Submission of electronic artwork document.

Tables. Tables should present new information rather than duplicating what is in the text. Readers should be able to interpret the table without reference to the text. Please supply editable files.

Equations. If you are submitting your manuscript as a Word document, please ensure that equations are editable. More information about mathematical symbols and equations.

Units. Please use SI units (non-italicized).

Using Third-Party Material in your Paper

You must obtain the necessary permission to reuse third-party material in your article. The use of short extracts of text and some other types of material is usually permitted, on a limited basis, for the purposes of criticism and review without securing formal permission. If you wish to include any material in your paper for which you do not hold copyright, and which is not covered by this informal agreement, you will need to obtain written permission from the copyright owner prior to submission. More information on requesting permission to reproduce work(s) under copyright.

Submitting Your Paper

This journal uses ScholarOne Manuscripts to manage the peer-review process. If you haven't submitted a paper to this journal before, you will need to create an account in ScholarOne. Please read the guidelines above and then submit your paper in the relevant Author Centre, where you will find user guides and a helpdesk.

Please note that Psychology, Health & Medicine uses Crossref™ to screen papers for unoriginal material. By submitting your paper to Psychology, Health & Medicine you are agreeing to originality checks during the peer-review and production processes.

On acceptance, we recommend that you keep a copy of your Accepted Manuscript. Find out more about sharing your work.

Data Sharing Policy

At the point of submission, you will be asked if there is a data set associated with the paper. If you reply yes, you will be asked to provide the DOI, pre-registered DOI, hyperlink, or other persistent identifier associated with the data set(s). If you have selected to provide a pre-registered DOI, please be prepared to share the reviewer URL associated with your data deposit, upon request by reviewers.

Publication Charges

There are no submission fees, publication fees or page charges for this journal.

Methodological Papers Publication charges

An Article Publishing Charge of \$2,467 / £1,495 / €1,801 is payable on all Methodological papers, which will enable your paper to be immediately and permanently free to access online for anyone to read. You will retain copyright of the your paper through an unrestrictive publishing agreement. Please select the issue type 'Methodological Issue' upon submission and select the Open Access licence choice upon acceptance. Your article will be peer-reviewed in accordance with journal policy

CAPITULO II – IMPACTO DO TEMPO DE FORMAÇÃO EM MEDICINA NA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE DE ESTUDANTES DE UMA CIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO

Periódico: Academic Psychiatry

Classificação Qualis-Periódico: B2

Área: Medicina I

Fator de Impacto: 1.593

CAPITULO II – Comprovante de Submissão - Academic Psychiatry.

 **AIDS Care - Psychology, Health & Medicine - Vulnerable C** 22 de set às 09:15 ★
Para: pubmail@yahoo.com.br

22-Sep-2018

Dear Ms. Nunes,

Your manuscript entitled "IMPACT OF GRADUATION TIME IN RELIGIOUSITY AND SPIRITUALITY IN BRAZILIAN MEDICINE STUDENTS" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Psychology, Health & Medicine.

Your manuscript ID is PHM-2018-09-0863.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <https://mc.manuscriptcentral.com/ac-phm-vcy> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Centre after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/ac-phm-vcy>.

Thank you for submitting your manuscript to Psychology, Health & Medicine.

Yours Sincerely,
Psychology, Health & Medicine Editorial Office

CAPÍTULO II

Impacto do tempo de formação em Medicina na religiosidade e espiritualidade em estudantes de uma cidade do nordeste brasileiro

Joana Kátya Veras Rodrigues Sampaio Nunes, Master degree, Federal University of Maranhão/
CEUMA University

Karine de Paiva Lima Nogueira Nunes, Master degree, CEUMA University

Márcia Rodrigues Veras Batista, Master degree, CEUMA University

Wildete Carvalho Mayrink, Master degree, Federal University of Maranhão

Lucas Frota Beckman, Medicine graduation, CEUMA University

Sergio Pedro Baldassin, Phd degree, ABC Medical School

Ana Helia de Lima Sardinha, Phd degree, Federal University of Maranhão

Rosane Nassar Meireles Guerra Liberio, Phd degree, Federal University of Maranhão

Ivan Abreu Figueiredo, Phd degree, CEUMA University

José Albuquerque de Figueiredo Neto, Phd degree, Federal University of Maranhão

RESUMO

Introdução: A formação médica necessita de compromisso integral que traz responsabilidades, acompanhadas de horas de trabalho e estudo e privação do sono. A Religiosidade/Espiritualidade (R/E) é recurso em discussão na formação médica. **Objetivo:** analisar a associação entre o tempo de formação em Medicina e religiosidade e espiritualidade em estudantes de uma cidade do nordeste brasileiro.

Materiais e Métodos: Pesquisa transversal, analítica, comparativa, com estudantes de Medicina devidamente matriculados, independente do sexo e com idade mínima de 18 anos. A coleta ocorreu de fevereiro a dezembro de 2017, com as variáveis: Sociodemográficas e escalas de Religiosidade / Espiritualidade (Índice de Religiosidade de Duke, a Escala de Avaliação de Espiritualidade em Contextos de Saúde (EAECS), a Escala de Bem-Estar Subjetivo, a Escala de Bem-Estar Espiritual, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). A análise estatística ocorreu no SPSS, através de teste de Shapiro-Wilk e Kruskal-Wallis, a um nível de significância menor que 5%.

Resultados: 812 estudantes foram pesquisados, com distribuição igualitária entre instituição (pública e privada) e nível de formação, observou-se em maior proporção: indivíduos de 18 a 24 anos, solteiros e etilistas, com altos escores na subescala Satisfação nos três níveis de formação estudados. Houve frequência expressiva de sintomas de depressão moderada a grave e de sintomas sugestivos de ansiedade moderada a grave nos três níveis de formação investigados, com frequências discretamente maiores no nível básico (19,2% e 23,6% respectivamente). Quase um terço da amostra acredita que as relações entre Saúde, R/E não deveriam ser incluídos nos currículos dos cursos da área de saúde. A EAECS e escores dos Inventários BDI e BAI sofreram alterações estatisticamente significativas ao longo da formação acadêmica, sendo que estudantes do internato demonstraram maior pontuação na Escala de EAECS e ligeiro decréscimo no escore do BDI em comparação aos níveis básico e intermediário. Já estudantes do nível intermediário, demonstraram decréscimo no escore do BAI. **Conclusão:** há variações na espiritualidade e como esses estudantes lidam com este aspecto frente à saúde, bem como na ansiedade e depressão, necessitando haver estratégias que possam dar suporte aos estudantes de Medicina para o enfrentamento de agravos mentais.

Palavras-chave: Religião. Espiritualidade. Estudantes de Medicina. Educação.

Autor para Correspondência: Joana Kátya Veras Rodrigues Sampaio Nunes.

Av. dos Portugueses 1966, Campus Dom Delgado, Prédio do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. CEP 65080-805. Bacanga, São Luís, Maranhão, Brasil. Email: katyasampaio1@gmail.com

Suporte: Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão (Edital de Apoio a Publicação de Artigos).

Conflito de Interesse: Declara-se que não houve conflito de interesses.

Introdução

Durante a graduação de Medicina, a intensidade do estresse aumenta, colocando em risco a saúde física e mental desses estudantes. A obrigação de uma rotina com alta carga de estudos e a cobrança frequente por resultados exige desses alunos uma inteligência emocional bem desenvolvida^{1,2,3,4}.

A alta prevalência de ansiedade, depressão e estresse entre estudantes de Medicina, com diferenças estatisticamente significantes para os semestres do curso, e a influência de diversos fatores como gênero e religiosidade podem ser associados com ambientes estressores e fatores que afetam negativamente o desempenho acadêmico, bem como a saúde física e emocional dos alunos^{5,6,7}.

Frequentemente percebe-se ainda a presença de desânimo, apatia, distúrbio do sono, nervosismo, indiferença, preocupações aumentadas com a própria saúde, falta de estímulo, fadiga, dentre outros. Dependendo da intensidade dos sintomas, da duração e da proporção motivo/consequência, o tratamento especializado torna-se imprescindível⁸.

Fatores como perda da liberdade pessoal, excesso de pressões acadêmicas, falta de tempo para lazer e convívio com a família e amigos, competição com os colegas, obsessão pelo trabalho técnico, dificuldade de adaptação à nova realidade, dificuldade de lidar com a morte, dificuldades inerentes à relação professor-aluno e médico-paciente, dificuldade financeira, estresse e fadiga excessiva, além de eventuais problemas clínicos, psíquicos e/ou psicológicos podem resultar na diminuição da qualidade de vida, surgimento de estresse, ansiedade, depressão, e entre outros transtornos⁹.

A falta de estratégias para a promoção da qualidade de vida e do bem-estar dos estudantes, podem levar a níveis de estresse que impactam negativamente o desenvolvimento físico, mental, emocional, religioso e espiritual dos alunos, comprometendo seu desempenho acadêmico e as relações interpessoais¹⁰. Dessa forma, é indispensável encontrar meios de proporcionar suporte aos estudantes¹¹.

Há uma relação entre sofrimento psicológico, espiritualidade e comportamentos de bem-estar¹². O efeito da espiritualidade e dos comportamentos de bem-

estar evidenciaram ser favoráveis no alívio da angústia^{6,13,14} e do sofrimento psíquico¹⁵ em estudantes de Medicina e na população geral⁷.

A espiritualidade tem se apresentado como uma medida que propulsiona o bem-estar geral e a percepção do indivíduo aos aspectos de saúde física e mental, influenciando na sua qualidade de vida através do apoio social ou da comunidade religiosa¹⁶.

Koenig¹⁷ identificou elementos cognitivos e comportamentais específicos, e inversamente relacionados, com a ocorrência de sintomas depressivos, como enfrentamento religioso negativo e falta de suporte proporcionado pela comunidade religiosa.

A Espiritualidade pode influenciar a qualidade de vida, bem-estar geral e da percepção do indivíduo quanto a aspectos da saúde física e mental, relacionamentos e ambiente e acredita-se que a vinculação entre espiritualidade e qualidade de vida exista nas áreas de saúde mental e melhoria da saúde¹⁶.

O bem-estar espiritual proporciona alterações nas habilidades dos estudantes e, dessa forma, evidenciam que um maior envolvimento religioso e espiritual se relaciona positivamente com o bem-estar psicológico, alegria, satisfação com a vida, maior expectativa de vida, melhor saúde e menor ansiedade e depressão. Existe uma relação de melhora nos índices de saúde e bem-estar em pessoas que se consideram religiosas. A oração e o conforto emocional promovem melhora da saúde e as crenças religiosas podem alterar a percepção da doença¹⁸.

Os estudantes de Medicina podem apresentar religiosidade e espiritualidade diferenciada no decorrer do curso, dessa forma esse estudo se justifica por que buscar relacionar o aumento ou diminuição dos níveis de ansiedade e depressão, assim como de religiosidade e espiritualidade nos anos iniciais, intermediários e no internado de estudantes de Medicina.

Assim, analisou-se a associação entre o tempo de formação em Medicina e a religiosidade e espiritualidade em estudantes do nordeste brasileiro.

Materiais e Métodos

Pesquisa de recorte transversal, analítica, comparativa, com estudantes das Universidade CEUMA e Universidade Federal do Maranhão (UFMA), em São Luís, Maranhão, Brasil.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA (parecer: número 1.900.196/2017).

A coleta de dados ocorreu nas salas de aulas, sem conflitos do andamento das atividades acadêmicas, através de questionários respondidos no período de fevereiro a dezembro de 2017, por estudantes matriculados do primeiro ao sexto ano, nos cursos de graduação em Medicina da Universidade CEUMA e da UFMA.

Para o cálculo amostral, considerou-se o total de estudantes das universidades durante 2016 ($n= 1230$). Adicionou-se a isto um poder estatístico de 95%, um erro amostral de 5%, uma prevalência de 44,71% de crença em Deus, conforme o estudo de Borges et al.¹⁹, resultando em amostra mínima de 214 estudantes de Medicina na Universidade Ceuma e 208 na UFMA.

A coleta final resultou em amostra de 406 estudantes da Universidade CEUMA e 406 acadêmicos da UFMA.

Foram convidados a participar do estudo, acadêmicos matriculados nos cursos de graduação em Medicina, independente do sexo e com idade mínima de 18 anos. Não foram incluídos estudantes que não se encontravam presentes e aqueles que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Coletou-se a partir de entrevista, de aproximadamente 60 minutos: Dados Sóciodemográficos, índices e escalas de Religiosidade / Espiritualidade, o Índice de Religiosidade de Duke – DUREL, a Escala de Avaliação de Espiritualidade em Contextos de Saúde, a Escala de Bem-Estar Subjetivo – EBES, a Escala de Bem-Estar Espiritual – EBE, o Inventário de Depressão de Beck – BDI e o Inventário de Ansiedade de Beck – BAI).

O Questionário Sóciodemográfico abordou questões referentes ao: gênero, idade, estado civil, solteiro e casado/união estável, cor da pele autodeclarada (branca, parda, negra, indígena e amarela), segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); estilo de vida: presença ou não de tabagismo, ingestão de álcool e

atividade física. Além destas, identificou-se o nível de formação dos acadêmicos, sendo este classificado em básico, correspondendo a estudantes do 1º ao 2º ano de estudo, intermediário (alunos do 3º e 4º ano) e internato (5º e 6º ano de estudo).

Quanto aos índices e escalas de Religiosidade / Espiritualidade, utilizou-se o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL). A ferramenta apresenta cinco questões que avaliam três dimensões de religiosidade relacionadas à saúde (Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e a Religiosidade Intrínseca).

A Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde também foi utilizada para avaliar a espiritualidade aplicada em contexto de saúde da doença crônica. Da mesma forma, aplicou-se a Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES), composta por duas subescalas: uma para afetos positivos com 21 itens e negativos com 26 itens e a segunda subescala, que avalia a dimensão satisfação com a vida em 15 itens, também com respostas em escala de Likert de 5 pontos.

A religiosidade e espiritualidade foram avaliadas a partir da Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE), uma escala de padrão de referência, que além de fornecer um escore geral, ainda se subdivide em dois fatores medidos pela escala: o bem-estar religioso (BER); e o bem-estar existencial (BEE).

Todos os pontos de corte dos instrumentos e referências utilizadas neste estudo, encontram-se descritas no Quadro 1, abaixo:

Quadro 1. Índices e Escalas de Religiosidade / Espiritualidade e pontos de corte utilizados.

Instrumento	Ponto de Corte	Referência
Índice de Religiosidade de Duke (DUREL)		
Religiosidade Organizacional	Alta (≥ 4) e Baixa (< 4)	Koenig, Meador e Parkerson ²⁰
Religiosidade Não Organizacional	Alta (≥ 3) e Baixa (< 3)	Lucchetti et al. ²¹
Religiosidade Intrínseca	Alta (≥ 10) e Baixa (< 10)	
Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde	Elevada ($\geq 2,5$) e Baixa ($< 2,5$)	Pinto e Pais-Ribeiro ²²

Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES)		Albuquerque e Troccoli ²³
Afetos Positivos e Satisfação	Alta (≥ 3) e Baixa (< 3)	
Afetos Negativos	Alta (≥ 3) e Baixa (< 3)	Marques et al. ²⁴
Bem-Estar Religioso (EBE)		
Bem-estar Religioso (BER) e Bem-estar Existencial (BEE)	Baixo (10 a 20 pontos); Moderado (21 a 49 pontos) e Alto (50 a 60 pontos)	Paloutizian e Ellison ²⁵
Bem-estar Geral	Baixo (10 a 40 pontos), Moderado (41 a 99 pontos) e Alto (100 a 120 pontos)	

Na avaliação dos sintomas sugestivos de depressão utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II)¹⁶. Um instrumento autoaplicável, que mensura a intensidade da depressão em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade, avaliando os sintomas correspondentes aos critérios diagnósticos dos transtornos depressivos.

Cada item foi pontuado, e o ponto de corte definido foi de 13 pontos, variando de 0-13 (mínimo); 14-19 (leve); 20-28 (moderado); 29-63 (grave). O Escore total do BDI-II reflete uma estimativa da gravidade global da depressão¹⁶. Para fins desse estudo, também houve agrupamento das categorias mínimo e leve, e moderado e grave, justificando a presença maior e menor de sintomas de depressão.

Para avaliar a ansiedade, utilizou-se o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), uma escala de auto relato, capaz de mensurar a intensidade de sintomas da ansiedade, que são compartilhados de forma mínima, com os da depressão. O instrumento reflete níveis de intensidade de gravidade crescente de cada sintoma²⁷. A classificação é de 0 a 7 pontos (mínima); 8 a 15 pontos (leve); 16 a 25 pontos (moderada) e de 26 a 63 pontos (grave) e o ponto de corte é de 16 pontos. Neste estudo, houve agrupamento das categorias mínimo e leve, e moderado e grave, justificando a presença maior e menor de sintomas de ansiedade.

A tabulação dos dados ocorreu no Microsoft Excel 2013® e a análise estatística no programa estatístico SPSS, Versão 22.

Para análise da parametria utilizou-se teste de Shapiro-Wilk. Variáveis categóricas foram representadas a partir de frequências (absoluta e relativa) e variáveis contínuas na forma de Intervalo Interquartil (IQ) e 1º e 3º Quartis (Q1 e Q3, respectivamente). Para análise dos Intervalos Interquartis (IQ) entre os três níveis de formação utilizou-se teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância alfa adotado foi inferior a 5%.

Resultados

Os 812 estudantes estiveram uniformemente distribuídos nos níveis Básico, Intermediário e Internato em ambas as instituições, aproximadamente 33,3% cada nível e em cada instituição (Tabela 1).

Notou-se frequência elevada de estudantes de 18 a 24 anos, solteiros e a maioria ingeria álcool, independente do estadiamento do curso (Tabela 2).

Estudantes com escore alto na subescala Satisfação, foram frequentes em todos os níveis de formação (básico, 63,2%; intermediário, 52,6% e internato: 58,5%). Ao menos 15% em cada nível de formação apresentaram sintomas de depressão moderada a grave. Os sintomas de ansiedade moderada a grave representaram, 23,6%, 17,8% e 20,4% dos níveis básico, intermediário e internato, respectivamente (Tabela 3).

Dentre os avaliados: 55,7% eram católicos, apenas 11% fizeram cursos ou formações das relações entre Saúde e R/E e 26,2% apresentaram interesse em aprofundar seu conhecimento sobre o assunto. Para 71,2% dos pesquisados, as relações entre Saúde e R/E não deveriam ser incluídos nos currículos dos cursos da área de saúde (Tabela 4).

Segundo a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde, o escore dos Inventários de Beck de Depressão e de Ansiedade foram alterados ao longo da formação acadêmica. Estudantes do internato apresentaram maior pontuação na Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (IQ = 3) comparativamente aos demais níveis, assim como, para o escore do Inventário Beck de Depressão observou-se escore ligeiramente menor indicativo de sintomas de depressão leve (IQ = 15). Enquanto, para o escore do Inventário Beck de ansiedade, notou-

se escore discretamente menor para estudantes do nível intermediário (IQ = 13), conforme observa-se na Tabela 5.

Discussão

Nesta pesquisa observou-se que os estudantes de Medicina nos níveis Básico, Intermediário e Internato de instituições pública e privada, eram em maior proporção indivíduos com idade entre 18 a 24 anos, solteiros, com a maioria ingerindo álcool, com altos escores na subescala Satisfação.

Os dados aqui descritos, assemelharam-se aos encontrados por Habib, Donald e Hutchinson²⁸, avaliando a religiosidade e satisfação com a vida de 228 estudantes de Medicina indianos, onde 78,1% foram mulheres e jovens (69,7%).

Ansari, Sebena, Stock²⁹, avaliando as associações entre religiosidade, sintomas depressivos e consumo de álcool em mais de três mil estudantes de sete universidades do Reino Unido detectaram uma ligação entre o consumo de álcool e a saúde mental e sugeriram que a religiosidade poderia ser um fator de proteção para o consumo elevado de álcool, reforçando que a promoção da saúde mental e espiritual nestes estudantes poderia ter um papel preventivo no consumo de bebidas no meio acadêmico.

Neste estudo encontrou frequência expressiva de sintomas de depressão moderada a grave e de sintomas sugestivos de ansiedade moderada a grave nos três níveis de formação investigados, embora essas frequências tenham sido discretamente maiores no nível básico do curso de Medicina.

O estudo de Oliveira et al.⁴, relacionando sintomas depressivos ao período do curso, identificaram que estudantes do sexto ano, apresentam em maior frequência depressão (56%), seguida por estudantes do quarto ano (54,2%).

O nível intermediário está mais susceptível a transtornos mentais (ansiedade e depressão), e isto pode acabar influenciando na Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contexto da Saúde, ou seja, o quanto à espiritualidade é utilizada como manobra de influência na saúde dos estudantes.

É possível que as frequências discretamente maiores no nível básico sejam produto da sobrecarga de cobrança atribuídas aos estudantes nos primeiros anos de

curso, tais como: expectativas quanto ao ingresso no nível superior, o medo da decepção para com os familiares e tarefas acadêmicas exaustivas³⁰.

Corroborando com os nossos dados, os resultados descritos por Vankar, Prabhakaran e Sharma³² avaliando a prevalência de depressão e as percepções sobre o estigma associado à mesma. Neste estudo foram avaliados 331 universitários de Medicina indianos, e foi encontrada uma prevalência geral de depressão de 64%, com maior frequência entre estudantes do primeiro ano. A depressão moderada a grave foi de 26,6%. As respostas ambivalentes sobre as crenças variaram de 14,9% a 37,7%. Sobre as crenças pessoais de estigma, 73,3% estudantes sentiram que ter depressão afetaria negativamente sua educação; 52,3% viam depressão como um sinal de fraqueza pessoal; 45,4% endossavam a capacidade de sair da depressão sozinhos; 41,6% sentiam que eles seriam incapazes de completar responsabilidades; 36% dos alunos com depressão achavam que eram culpados por seus problemas, e 34,2% achavam que se sentiriam constrangidos ou envergonhados se estivessem deprimidos. Isso é refletido em crenças de estigma em busca de ajuda; os estudantes com depressão moderada a grave sentiram mais fortemente que a confidencialidade não seria mantida por amigos, professores e conselheiros, e que pedir ajuda faria com que se sentissem inadequados e menos inteligentes³².

Taunay et al.³² em estudo de desenvolvimento e validação de um instrumento breve para mensurar religiosidade intrínseca e comparar com medidas de saúde mental e qualidade de vida, encontraram associações significativas e diretamente proporcionais entre medidas de religiosidade intrínseca e depressão e qualidade de vida na amostra de estudantes do quinto semestre letivo de psicologia e Medicina, bem como associações significativas entre religiosidade intrínseca e depressão e ansiedade, na amostra de pacientes psiquiátricos. Dados estes, que vão de encontro com os achados deste estudo.

O baixo interesse das relações entre R/E e saúde e do aprofundamento do referido assunto, expressam a necessidade de debate no âmbito acadêmico, pois estudos já vêm demonstrando a necessidade da R/E ou mesmo do *coping* religioso-espiritual como mecanismo de enfrentamento para com pacientes e mesmo, para seguir com maior tranquilidade e paz de espírito nas atividades acadêmicas ao longo da formação em Medicina.

Lace, Haeberlein e Handal³³ também relatam que outras medidas podem contribuir para alteração da Religiosidade / Espiritualidade em estudantes universitários, tais como o tipo de universidade (privada e pública), o sexo, a localização geográfica, o divórcio dos pais, além da genética, educação e nível socioeconômico). Tais mediadores e moderadores, diante do modelo biopsicossocial de psicopatologia, também podem contribuir para o desenvolvimento de sofrimento psicológico.

A Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde e os escores dos Inventários de Beck de Depressão e de Ansiedade foram estatisticamente ($p < 0,001$) modificando ao longo da formação acadêmica nesta pesquisa, sendo que estudantes do internato demonstraram maior pontuação na Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde e ligeiro decréscimo no escore do Inventário de Beck de Depressão em comparação aos níveis básico e intermediário. Já estudantes do nível intermediário, demonstraram decréscimo no escore do Inventário de Beck de ansiedade.

É possível que a inserção de cursos e de disciplinas eletivas na área de R/E podem ter influenciado na pontuação da Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde encontrada neste estudo, o que contribui positivamente para a saúde e bem-estar quanto a R/E em estudantes de Medicina. Reginato, Benedetto e Gallian³⁰, ao realizarem estudo longitudinal com estudantes de Medicina e enfermagem da Universidade de São Paulo (São Paulo, Brasil), alertam que a inserção de disciplinas eletivas sobre Religiosidade / Espiritualidade e prática clínicas em Medicina, podem garantir para um atendimento mais humanizado, um maior autocuidado e autoconhecimento do estudante.

O decréscimo na ansiedade, especificamente no nível intermediário de formação, pode relacionar-se à capacidade de adaptação que vêm desde os primeiros períodos de estudo, e que ao término da formação (internato), pode voltar como uma autocobrança e sensação de despreparo para o mercado de trabalho.

A pesquisa de Thurow et al.³⁴ com 120 doutorandos de uma universidade comunitária de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, revelou elevados escores de bem-estar espiritual e religioso naqueles com alguma religião, ou que realizam alguma prática religiosa com certa frequência na atividade religiosa, revelando ainda correlação

significativa entre bem-estar religioso e renda familiar. Os autores reforçam a importância do bem-estar espiritual como fator de proteção em questões sociais, psicológicas e profissionais, em especial em momentos tensos e de sobrecarga como em programas de doutoramento.

Vale ressaltar que, a religião pode contribuir para prevenção de comportamentos de risco (sexual, violência, tabagismo, ingestão de álcool e drogas), em universitários³⁵.

Conclusão

Há variações na espiritualidade e como esses estudantes lidam com este aspecto frente à saúde, bem como nos sintomas de ansiedade e de depressão, durante a formação acadêmica em Medicina, em especial no nível intermediário.

É necessário, portanto, haver estratégias que possam dar suporte para a identificação e enfrentamento dos agravos mentais, além de disciplinas eletivas e/ou obrigatórias na promoção da religiosidade e espiritualidade em saúde no ambiente acadêmico.

Referências

1. Souza L. Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em acadêmicos de Medicina. Doutorado (tese). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 2010.
2. Silva CK. Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre os acadêmicos da Faculdade de Medicina da Bahia. Graduação (monografia). Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2013.
3. Yusoff MSB, Rahim AFA, Baba AA, Ismail SB, Pa MNM. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. *Asian journal of psychiatry*, 2013; 6(2), 128-133.
4. Oliveira GS, Rocha CA, Santos EF, Sena IS, Favaro L, Guerreiro MC. Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de Medicina da Universidade Federal do Amapá. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 2017; 5(3).
5. Saravanan C, Wilks R. Medical students' experience of and reaction to stress: the role of depression and anxiety. *Scientific World Journal*. 2014; 2014:737382; 32.
6. Lucchetti G, Lucchetti AL. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). *Int J Psychiatry Med*. 2014; 48(3):199-215.

7. Moreira-Almeida A, Koenig H, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: Review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2014;36:176–82.
8. Pereira, M. A. D. O sofrimento psíquico na formação médica e as mudanças percebidas pelos estudantes após a disciplina de núcleo livre “Estratégias de Enfrentamento do Estresse Profissional”. Doutorado (tese). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.
9. Cunha DHF, Moraes MA, Benjamin MR, Santos AMN. Percepção da qualidade de vida e fatores associados aos escores de qualidade de vida de alunos de uma escola de Medicina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2018;66(4),189-196.
10. Moutinho ILD, Maddalena NDCP, Roland RK, Lucchetti ALG, Tibiriçá SHC, Ezequiel ODS, et al. Depression, stress and anxiety in medical students: a cross-sectional comparison between students from different semesters. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2017: 63(1), 21-28.
11. Bampi LNS, Baraldi S, Guilhem D, Araújo MP, Campos ACO. Qualidade de vida de estudantes de Medicina da Universidade de Brasília. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013: 7(2), 217-225.
12. Damiano RF, Dilalla IF, Lucchetti G, Dorsey JK. Empathy in medical students is moderated by openness to spirituality. *Teaching and learning in medicine*, 2017;29(2), 188-195.
13. Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks Aj, Birch M, Cook, P. Resident wellness behaviors: Relationship to stress, depression, and burnout. *Family Medicine* 2013;45:541–9.
14. Erogul M, Singer G, Mcintyre T, Stefanov D. Abridged mindfulness intervention to support wellness in first-year medical students. *Teaching and Learning in Medicine* 2014;26:350–6.
15. Krägeloh CU, Henning MA, Billington R, Hawken SJ. The relationship between quality of life and spirituality, religiousness, and personal beliefs of medical students. *Academic Psychiatry*, 2015;39(1), 85-89.
16. Pillay N, Ramlall S, Burns JK. Spirituality, depression and quality of life in medical students in KwaZulu-Natal. *South African Journal of Psychiatry*, 2016: 22(1), 1-6.
17. Koenig HG. Role of religion and spirituality in coping with acute and chronic illness. *APA handbook of psychology, religion, and spirituality, Part III*. Washington: American Psychological Association; 2013:278-9.
18. Inoue TM, Vecina MVA. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. *J Health Sci Inst.*, 2017;35(2):127-30.
19. Borges MDS, Santos MBC, Pinheiro TG. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2015: 68(4), 609-616.
20. Koenig H, Parkerson Jr GR, Meador KG. Religion index for psychiatric research. *The American Journal of Psychiatry*, 1997:154(6), 885-886.
21. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the duke religion index: DUREL (Portuguese version). *Journal of religion and health*, 2012;51(2), 579-586.
22. Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 2007: 21(2), 47-53.
23. Albuquerque AS, Tróccoli BT. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 2014:20(2), 153-164.

24. Marques LF, Sarriera JC, Dell'Aglio DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). *Avaliação psicológica*, 2009;8(2),179-186.
25. Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley and Sons, 1982,224-35.
26. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II–Inventário de Depressão de Beck. Adaptação de Clarice Gorenstein, et al. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.
27. Beck A. Inventário de ansiedade de Beck. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
28. Habib DG, Donald C, Hutchinson G. Religion and Life Satisfaction: A Correlational Study of Undergraduate Students in Trinidad. *Journal of religion and health*, 2018;1-14.
29. El Ansari W, Sebena R, Stock C. Do importance of religious faith and healthy lifestyle modify the relationships between depressive symptoms and four indicators of alcohol consumption? A survey of students across seven universities in England, Wales, and Northern Ireland. *Substance use & misuse*, 2014;49(3), 211-220.
30. Reginato V, Benedetto MAC, Gallian DMC. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em Medicina e enfermagem. *Trab. Educ. Saúde*, 2016;14(1), 237-255.
31. Vankar JR, Prabhakaran A, Sharma H. Depression and Stigma in Medical Students at a Private Medical College. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 2014;36(3): 246-54.
32. Taunay TC, Cristino ED, Machado MO, Rola FH, Lima JWO, Macêdo DS, et al. Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34:76-81.
33. Lace JW, Haeberlein KA, Handal PJ. Religious Integration and Psychological Distress: Different Patterns in Emerging Adult Males and Females. *J Relig Health*, mar, 2018;1-11.
34. Throw AC, Charão CS, Mortagua EO, Souza LDM. Bem-Estar Espiritual e Religião em Doutorandos de Universidade Comunitária. *Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo*, vol. 9, n. 2, p. 77-92, Jul.-Dez., 2017: 9(2), 77-92.
35. Ameri Z, Mirzakhani F, Nabipour AR, Khanjani N, Sullman MJM. The Relationship Between Religion and Risky Behaviors Among Iranian University Students. *J Relig Health*, dec, 2016: 56(6), 2010-2022.

TABELAS

Tabela 1. Distribuição de estudantes por ano de graduação das universidades pública e privada. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	TOTAL		Instituição de Ensino Superior			
			Privada		Pública	
	n	%	n	%	n	%
Nível de formação						
Básico (1º e 2º ano)	272	33,4	136	33,4	136	33,4
Intermediário (3º e 4º ano)	270	33,3	135	33,3	135	33,3
Internato (5º e 6º ano)	270	33,3	135	33,3	135	33,3
Total	812	100,0	406	100,0	406	100,0

Tabela 2. Características sociodemográficas e hábitos de vida de estudantes de Medicina e nível de formação. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	Nível de formação					
	Básico (1º e 2º ano)		Intermediário (3º e 4º ano)		Internato (5º ao 6º ano)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	100	36,8	105	38,9	116	43,0
Feminino	172	63,2	165	61,1	154	57,0
Idade (anos)						
18 a 24	244	89,7	205	75,9	167	61,9
25 a 31	23	8,5	49	18,2	83	30,7
32 ou mais	5	1,8	16	5,9	20	7,4
Cor						
Branca	134	49,3	119	44,1	120	44,4
Amarela	3	1,1	1	0,4	2	0,7
Parda	114	41,9	121	44,8	117	43,4
Negra	19	7,0	26	9,6	28	10,4
Indígena	2	0,7	3	1,1	3	1,1
Procedência						
Capital e Região metropolitana	184	67,6	188	69,6	159	58,9
Interior do estado	37	13,6	45	16,7	55	20,4
Outro estado	51	18,8	36	13,3	54	20,0
Outro país	0	0,0	1	0,4	2	0,7
Estado civil						
Solteiro	265	97,4	255	94,4	241	89,2
Casado	7	2,6	14	5,2	28	10,4
Viúvo	0	0,0	1	0,4	1	0,4
Atividade física						
Sim	174	64,0	193	71,5	186	68,9
Não	98	36,0	77	28,5	84	31,1
Tabagismo						
Sim	6	2,2	9	3,3	7	2,6
Não	266	97,8	261	96,7	263	97,4
Ingestão de álcool						
Sim	231	84,9	206	76,3	214	79,3
Não	41	15,1	64	23,7	56	20,7
Total	272	100,0	270	100,0	270	100,0

Tabela 3. Classificação quanto a depressão, ansiedade e escores relacionados à Religiosidade / Espiritualidade de estudantes de Medicina e nível de formação. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	Nível de formação					
	Básico (1º e 2º ano)		Intermediário (3º e 4º ano)		Internato (5º ao 6º ano)	
	n	%	n	%	n	%
Inventário de Depressão de Beck						
Mínimo (0 a 13)	175	64,3	166	61,5	194	71,9
Leve (14 a 19)	45	16,5	54	20,0	29	10,6
Moderado (20 a 28)	43	15,8	37	13,7	32	11,9
Grave (29 a 63)	9	3,4	13	4,8	15	5,6
Inventário de Ansiedade de Beck						
Mínimo (0 a 7)	123	45,2	148	54,8	165	61,1
Leve (8 a 15)	85	31,2	74	27,4	50	18,5
Moderado (16 a 25)	44	16,2	31	11,5	36	13,4
Grave (26 a 63)	20	7,4	17	6,3	19	7,0
Índice de Religiosidade de Duke						
Religiosidade organizacional						
Alta (≥ 4)	93	34,2	93	34,4	114	42,2
Baixa (< 4)	179	65,8	177	65,6	156	57,8
Religiosidade Não Organizacional						
Alta (≥ 3)	180	66,2	162	60,0	183	67,8
Baixa (< 3)	92	33,8	108	40,0	87	32,2
Religiosidade Intrínseca						
Alta (≥ 10)	183	67,3	192	71,1	197	73,0
Baixa (< 10)	89	32,7	78	28,9	73	27,0
Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde						
Elevada ($\geq 2,5$)	183	67,3	186	68,9	197	73,0
Baixa ($< 2,5$)	89	32,7	84	31,1	73	27,0
Escala de Bem-Estar Subjetivo						
Afetos positivos						
Alta (≥ 3)	211	77,6	189	70,0	190	70,4
Baixa (< 3)	61	22,4	81	30,0	80	29,6
Afetos negativos						
Alta (≥ 3)	52	19,1	46	17,0	55	20,4
Baixa (< 3)	220	80,9	224	83,0	215	79,6
Satisfação						
Alta (≥ 3)	172	63,2	142	52,6	158	58,5
Baixa (< 3)	100	36,8	128	47,4	112	41,5
Escala de Bem-Estar Espiritual						
Bem-Estar Religioso						
Baixo (10 a 20)	20	7,4	17	6,3	13	4,8
Moderado (21 a 49)	77	28,3	96	35,6	94	34,8
Alta (50 a 60)	175	64,3	157	58,1	163	60,4
Bem-Estar Existencial						
Baixo (10 a 20)	0	0,0	3	1,1	5	1,9
Moderado (21 a 49)	146	53,7	140	51,9	136	50,4
Alta (50 a 60)	126	46,3	127	47,0	129	47,7
Bem-Estar Geral						
Baixo (20 a 40)	2	0,7	2	0,7	6	2,2
Moderado (41 a 99)	117	43,0	123	45,6	120	44,4
Alta (100 a 120)	153	56,3	145	53,7	144	53,4
Total	272	100,0	270	100,0	270	100,0

Tabela 4. Características de Religiosidade/Espiritualidade de estudantes de Medicina. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Tipo Religião/culto		
Católica	452	55,7
Protestante	174	21,4
Espírita	31	3,8
Outros	27	3,3
Sem religião	128	15,8
Fez Curso ou Formação das relações entre R/E e Saúde?		
Sim	89	11,0
Não	723	89,0
Possui interesse em aprofundar seu conhecimento sobre o assunto?		
Sim	213	26,2
Não	599	73,8
Relações entre Saúde, R/E deveria ser incluído nos currículos dos cursos da área de saúde?		
Sim	234	28,8
Não	578	71,2

¹R/E – Religiosidade/Espiritualidade.

Tabela 5. Comparação da Religiosidade/Espiritualidade entre estudantes de Medicina com diferentes níveis de formação. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

Escores (pontos)	Nível de Formação			Valor de p**
	Básico*	Intermediário*	Internato*	
	IQ (Q1 – Q3)	IQ (Q1 – Q3)	IQ (Q1 – Q3)	
Índice de Religiosidade de Duke (DUREL)				
Religiosidade organizacional	4 (1 - 5)	4 (1 - 5)	3 (2 - 5)	0,089
Religiosidade Não Organizacional	4 (1 - 5)	4 (1 - 5)	4 (1 - 5)	0,875
Religiosidade Intrínseca	10 (3 - 13)	11 (3 - 14)	11 (3 - 14)	0,153
Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde				
	2 (1 - 3)	2 (2 - 4)	3 (1 - 4)	< 0,001
Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES)				
Satisfação	0,6 (2,6 - 3,2)	0,6 (2,6 - 3,2)	0,5 (2,6 - 3,1)	0,213
Afetos Positivos	1,5 (2,3 - 3,8)	1,4 (2,3 - 3,7)	1,9 (1,9 - 3,8)	0,53
Afetos Negativos	1,5 (1,3 - 2,8)	1,4 (1,3 - 2,7)	1,6 (1,2 - 2,8)	0,136
Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE)				
Bem-Estar Religioso	42 (17 - 59)	42 (17 - 59)	38 (21 - 59)	0,733
Bem-Estar Existencial	22 (32 - 54)	19 (34 - 53)	28 (27 - 55)	0,944
Bem-Estar Geral	54 (57 - 111)	49 (60 - 109)	56 (56 - 112)	0,248
Inventário Beck de Depressão	16 (1 - 17)	16 (1 - 17)	15 (0 - 15)	0,037
Inventário Beck de Ansiedade	14 (1 - 15)	13 (0 - 13)	14 (0 - 14)	0,004

* Intervalo Interquartil (1º Quartil – 3º Quartil); ** Kruskal-Wallis.

NORMAS PARA SUBMISSÃO NO PERIÓDICO: Academic Psychiatry

Submission of a manuscript implies that 1) the work described has not been published before; 2) the work is not under consideration for publication anywhere else; and 3) its publication has been approved by all coauthors, if any, as well as by the responsible authorities – tacitly or explicitly – at the institute where the work has been carried out. The publisher and journal sponsoring organizations will not be held legally responsible should there be any claims for compensation.

1. Cover Letter. The cover letter should describe the purpose of the work and its fit with the journal's mission and briefly summarize the improvements made if the submission is a revision.

2. Title Page. The title page includes several components and is not viewable by Reviewers, in accordance with the journal's double-blind review process (see template at end of section).

2.1. Title. The title of the article should be succinct and specific to the content. It should appear in title case (not uppercase or sentence case).

2.2. Authorship. Academic Psychiatry follows the International Committee of Medical Journal Editors' Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (www.icmje.org/). Authors may wish to review literature on the assignment of authors, such as the 2009 Academic Psychiatry publication by Tsao and Roberts, "Authorship in Scholarly Manuscripts: Practical

Considerations for Resident and Early Career Physicians" (<https://rdcu.be/3wa6>).

2.3. Names of all authors. First and last names should be specified in the order of the authors' participation in the writing, with middle names or initials included according to author preferences. The journal does not publish degrees following author names. Authors are responsible to ensure that their names are spelled correctly and their affiliations are accurate in the submission; the journal is not responsible for errors submitted by the authors. Upon submission of manuscripts in Editorial Manager, coauthors receive a link via email to verify that they are indeed a coauthor and that they have substantially contributed to the article. Author names are followed by superscript numbers that correspond to the author affiliations, as described in 2.5.

2.4. Authorship changes. If authorship changes are made after the initial manuscript submission, the authors must complete a change of authorship request form.

Incomplete forms will be rejected. We will consider the information you have provided to decide whether to approve the proposed change in authorship. We may choose to contact your institution for more information or undertake a further investigation, if appropriate, before making a final decision. Please note that we cannot investigate or mediate any authorship disputes. If you are unable to obtain agreement from all authors (including those authors whom you wish to be removed), you must refer the matter to your institution(s) for investigation. Please inform us if you need to do this. If you are not able to return a fully completed form within 14 days of the date that it was sent to the author requesting the change, we may have to reject your manuscript. We cannot publish manuscripts where authorship has not been agreed by all authors (including those who have been removed).

2.5. One primary affiliation per author. Affiliations published in the journal are identified by superscript numbers after author names; authors from the same institution share the same superscript number and the matching affiliation. Affiliations do not extend to the department level at an institution. Specify the city, state, and country of the affiliation. See previous publications in the journal for examples.

2.6. Email address of the corresponding author. The journal publishes one email address for the corresponding author of the article. No other contact information should be present on the title page.

2.7. Acknowledgments. Authors should obtain permission from all individuals named in an acknowledgment, because readers may infer their endorsement of data and conclusions. It is important that acknowledgments are included only in the title page because if they are present in the manuscript file, they may unblind the paper and impede the review process.

2.8. Adherence with ethical standards.

2.8.1. Research studies and other manuscripts involving human participants should briefly but explicitly describe what ethical safeguards were in place (e.g., informed consent process) and institutional review board (IRB) or ethics committee approval or exemption.

2.8.2. Although a paper may appear to meet criteria for exemption, the designation as "exempt" is not in the hands of the investigator/educator but formally determined by the local IRB or ethics committee chair, if necessary in retrospect.

2.8.3. Include IRB documentation as an attachment in the submission using the file category "For Human Subject Research: Ethical (IRB) Approval or Exemption Form"; this documentation is viewable only by the editorial staff and not by the Reviewers. Do not upload this documentation using the file category "Supplementary material" because that material is viewable by Reviewers and would unblind the paper and thus impede the review process.

2.8.4. Authors must complete their work in compliance with confidentiality standards (e.g., Health Insurance Portability and Accountability Act), and manuscripts should not contain Protected Health Information. 2.8.5. In keeping with the journal's double-blind review process the manuscript file must not specify the name of the IRB or ethics committee; this information will be added to the manuscript text later.

2.8.6. Authors are encouraged to review the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals of the International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org/journals-following-the-icmje-recommendations/>) and Springer's Ethics Policies (www.springer.com/medicine/psychiatry/journal/40596).

2.9. Disclosure. Academic Psychiatry follows the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals from the International Committee of Medical Journal Editors and Springer's Ethics Policies.

2.9.1. Authors must disclose any competing role or interest, including financial or personal relationships with individuals or entities that may influence their work. 2.9.2. If there is nothing to disclose, authors must include an explicit statement to this effect, such as in the following example from a

multi-authored work: “On behalf of all authors, the corresponding author states that there is no conflict of interest” or, for a single-authored work, “The author states that there is no conflict of interest.”

2.9.3. In keeping with the journal’s double-blind review process, the Disclosure statement should be placed on the title page as shown on the template on the following page, rather than within the manuscript file, which should not contain any identifying information.

2.9.4. Each author must complete the official ICMJE Conflict of Interest (COI) form. Click on http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf to download a PDF of the form. The corresponding author is responsible for collecting and uploading the forms from all coauthors.

Manuscript Title

Author One¹ – Author Two² – Author Three¹ – Author Four²

¹Affiliation One (i.e., Institution Name, City, State, Country)

²Affiliation Two (i.e., Institution Name, City, State, Country)

Corresponding Author Name

Corresponding Author Email Address

Acknowledgments

Compliance with Ethical Standards

Ethical Considerations (e.g., IRB information, consent process, if applicable)

Disclosure

Funding Sources

CAPITULO III – VARIAÇÕES DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, AO LONGO DA FORMAÇÃO EM MEDICINA

Periódico: JAMA Psychiatry

Classificação Qualis-Periódico: A1

Área: Medicina I

Fator de Impacto: 16,6

CAPÍTULO III

Variações da religiosidade e espiritualidade, depressão, ansiedade, ao longo da formação em Medicina

Joana Kátya Veras Rodrigues Sampaio Nunes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão

Ana Hélia de Lima Sardinha, Coordenação do Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão

Rosane Nassar Meireles Guerra Libério, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão

Sergio Pedro Baldassin, Departamento de Neurociências, Faculdade de Medicina do ABC

Patricia Zen Tempski, Livre-docente em Educação na Saúde pela Universidade de São Paulo (São Paulo)

José Albuquerque de Figueiredo Neto, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão

Resumo

Introdução: As dificuldades encontradas por estudantes de Medicina podem afetar sua saúde mental, psicológica, seu bem-estar, sua espiritualidade e sua qualidade de vida. Estes por sua vez, tendem a se desenvolverem ao longo da formação sofrimento psicológico e neste contexto a compreensão dos fatores que influenciam a sua saúde mental e psicológica, seu bem-estar subjetivo e espiritual, e a sua qualidade de vida é apropriada. **Objetivo:** Analisar os sintomas de depressão e ansiedade, religiosidade e espiritualidade ao longo da formação em Medicina e seus determinantes. **Materiais e Métodos:** Pesquisa transversal, analítica, desenvolvida com estudantes de Medicina. Foram coletados: dados sociodemográficos e acadêmicos (períodos de formação), índice de Duke, Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (EA ECS), Escala de Bem-Estar Espiritual, Escala de Bem-Estar Subjetivo e os Inventários de Ansiedade (BAI) e de Depressão de Beck II (BDI). Foi realizada regressão linear multivariada, por meio de modelo de *Back Ward*, extraído-se: coeficiente de variação β , erro padrão e p -valor. Aplicou-se ainda ANOVA à um nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram avaliados 812 estudantes, sendo: 60,5% mulheres, 75,9% com 18 a 24 anos, 45,9% brancos e 93,8% solteiros. Foi observada piora nas médias dos escores de Religiosidade/Espiritualidade, especialmente no 7º período de formação em Medicina, e uma piora nas médias dos escores de depressão, ansiedade e da Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde, nos 7º e 12º períodos de formação. A Religiosidade Organizacional, o Bem-Estar Religioso, e as Crenças e otimismo/esperança, apresentaram um aumento β significativo ($p < 0,05$), apenas para os períodos de formação e sexo feminino. Já a Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca, o Bem-Estar Existencial e o Bem-estar Geral, apresentaram aumento β significativo ($p < 0,05$), para a idade e o sexo. Os sintomas de ansiedade foram a única variável com aumento do coeficiente de regressão β , para a variável sexo feminino ($p < 0,05$). **Conclusão:** Existem variações negativas dos níveis de depressão, e de ansiedade, Religiosidade/Espiritualidade em estudantes de Medicina, em especial no 7º e 12º períodos. A triagem das fragilizações emocionais dos estudantes, o suporte psicológico nos períodos iniciais do curso, podem fortalecer as estratégias cognitivas, emocionais e espirituais para o controle/enfrentamento da depressão, ansiedade.

Palavras-chave: Religião. Espiritualidade. Depressão. Ansiedade. Estudantes de Medicina.

Autor para Correspondência: Joana Kátya Veras Rodrigues Sampaio Nunes.

Av. dos Portugueses 1966, Campus Dom Delgado, Prédio do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. CEP 65080-805. Bacanga, São Luís, Maranhão, Brasil. Email: katyasampaio1@gmail.com

Suporte: Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão (Edital de Apoio a Publicação de Artigos).

Conflito de Interesse: Declara-se que não houve conflito de interesses.

Introdução

Em relação à espiritualidade e religiosidade (R/E), vários estudos apontam para o aumento da percepção da saúde mental e satisfação com a vida (1,2,3). O cuidado em saúde deve abordar os indivíduos de forma integral, compreendendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais, mas acrescentando a questão espiritual à experiência humana. Este conceito incorpora dimensões subjetivas dos indivíduos. Na busca da visão integral, a abordagem da R/E tem sido um meio eficaz de aprimorar o cuidado nos estados de saúde e doença (4,5).

A relação entre R/E e Medicina permanece interligada com vários indicadores, apontando para um interesse crescente nessas áreas dentro da comunidade médica (6). A partir daí, verifica-se que o número de disciplinas sobre religião e espiritualidade nos cursos de Medicina aumentou nos últimos anos (7,8). Objetivando ajudar os estudantes a reduzir o estresse e promover o bem-estar profissional e pessoal (9). Práticas religiosas dos médicos influenciam sua tomada de decisão em torno de questões como a disposição dos médicos em remover o suporte de vida dos pacientes, promover harmonia, e o encontro com as pessoas a partir da empatia e equilíbrio entre as dimensões do ser humano, melhorando sua qualidade de vida e podendo impactar diretamente na assistência prestada (10).

A extensão da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais estão associadas ao aumento das percepções de bem-estar subjetivo e espiritual e qualidade de vida em estudantes de Medicina (11). Os alunos que usam oração e meditação são capazes de mitigar reações emocionais a eventos desafiadores, e quando recebem oportunidades para identificar e pensar através de suas próprias estratégias de enfrentamento com a morte, estão melhor preparados para processar a morte de pacientes (12).

Para estudantes de Medicina, que tendem a ter uma alta probabilidade de sofrimento psicológico, a compreensão dos fatores que influenciam as alterações do sofrimento emocional, é apropriada (11). Um grau considerável de morbidades psicológicas tem sido relatado entre estudantes de Medicina, desde estresse, problemas interpessoais e ideação suicida a transtornos psiquiátricos e eles tendem a ter maior sofrimento psicológico do que a população em geral (13,14,15,16). O significado de otimismo dos estudantes pode ser desafiado pela experiência comumente relatada de

estresse e emoções intensas resultantes da exposição ao sofrimento humano durante o treinamento (11, 17).

Por outro lado, parece haver variações na percepção do seu bem-estar, no bem-estar espiritual e na qualidade de vida de estudantes de Medicina ao longo do curso, e esta seria influenciada principalmente pela presença de doenças mentais, como depressão e ansiedade (31).

Assim, este estudo objetivou analisar a presença de sintomas de depressão e ansiedade, religiosidade e espiritualidade ao longo da formação em Medicina e seus determinantes.

Materiais e Métodos

Estudo de caráter transversal, analítico, desenvolvida com estudantes de Medicina das Universidades CEUMA e Universidade Federal do Maranhão (UFMA), em São Luís, Maranhão, Brasil.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (parecer número 1.900.196), conforme recomenda a Resolução Número 466 de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde (20).

A coleta de dados ocorreu a partir de questionários respondidos entre fevereiro a dezembro de 2017, por estudantes matriculados do primeiro ao último período dos cursos de graduação em Medicina.

A amostra foi estimada a partir do número de estudantes matriculados nas universidades (Universidade CEUMA, n=630 e UFMA, n= 600) durante o ano letivo de 2016. A esses valores adicionou-se um poder estatístico de 95%, um erro amostral de 5%, uma prevalência de 44,71% de crença em Deus (21), planejando uma amostra de pelo menos 214 estudantes na Universidade Ceuma e 208, na UFMA.

Os estudantes foram incluídos independente do sexo e com idade a partir dos 18 anos. Não participaram da pesquisa, estudantes que não se encontravam presentes na sala de aula e aqueles que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A entrevista a partir dos questionários durou aproximadamente 60 minutos, com aplicação dos instrumentos por entrevistadores treinados e utilização de instrumentos autoaplicáveis. Os estudantes responderam ao: Questionário Sócio demográfico/econômico, Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), Escala de Avaliação de Espiritualidade em Contextos de Saúde (EA ECS), Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE), Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES), Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II) e ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Estas ferramentas eram compostas/interpretadas conforme a seguir:

a) Questionário Sóciodemográfico/econômico: Gênero, idade em anos, estado civil, situação conjugal – solteiro e casado/união estável, cor da pele autodeclarada (branca, parda, negra, indígena e amarela), segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Hábitos de vida: Tabagismo (fuma ou não), Alcoolismo (sim ou não) e Atividade física (sim ou não).

b) Índice de Religiosidade de Duke (DUREL): Escala derivada da Duke Religion Index, com validação para o Brasil (22, 23), e composta por cinco questões que avaliam três dimensões de religiosidade relacionadas a saúde: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não Organizacional (RNO) e a Religiosidade Intrínseca (RI). Nesta escala, à medida que o escore, em cada domínio aumenta, há aumento da Religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca (24).

c) Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde: Instrumento de avaliação da espiritualidade para aplicação em contexto de saúde da doença crônica. A escala é composta por cinco itens. As respostas são dadas numa escala de Likert, e podem variar de “não concordo” (1), “concordo um pouco” (2), “concordo bastante” (3) à “plenamente de acordo” (4), assim o ponto de corte médio é de 2,5. Valores inferiores a esse ponto de corte correspondem a escores baixos e valores superiores a este, escores elevados (25)

d) Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES) (26). Composta por duas subescalas: uma para afetos positivos com 21 itens e negativos com 26 itens e a segunda subescala avalia a dimensão satisfação com a vida com 15 itens. Cada item é respondido em uma escala de Liket de 5 pontos (1: nem um pouco e 5 extremamente). O escore total de cada subescala é obtido pela soma das respostas de cada item dividida

pelo número total de itens da subescala. O ponto de corte é o valor 3, acima disso, é considerada alta (27).

e) Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE): Trata-se de uma escala de espiritualidade e religiosidade padrão de referência (28). A escala, além do escore geral, ainda se subdivide em dois fatores medidos pela escala: Bem-estar religioso (BER); e bem-estar existencial (BEE). Os pontos de corte utilizados neste estudo, a fim de verificar o padrão de religiosidade, agruparam os itens em baixo (10 a 20 pontos), moderado (21 a 49 pontos) e altos (50 a 60 pontos) para as subescalas BER e BEE, já para análise do Bem-estar Geral, considerou-se a classificação: Baixo (10 a 40 pontos), moderado (41 a 99 pontos) e alto (100 a 120 pontos).

f) Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II): Constitui uma revisão do BDI original (29). Trata-se de um instrumento autoaplicável de 21 itens, que mede a intensidade da depressão em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade. O instrumento avalia os sintomas correspondentes aos critérios diagnósticos dos transtornos depressivos. Cada item é pontuado segundo uma escala de 0 a 3, sendo o total máximo 63. O ponto de corte é 13, variando de 0-13 (mínimo); 14-19 (leve); 20-28 (moderado); 29-63 (grave). O escore do BDI-II reflete uma estimativa da gravidade global da depressão (29). Para fins desse estudo, também houve agrupamento das categorias mínimo e leve, e moderado e grave, justificando a presença maior e menor de sintomas de depressão.

g) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): Escala de auto relato, que mensura a intensidade de sintomas da ansiedade, que são compartilhados de forma mínima, com os da depressão. O instrumento obedece uma escala de 0 a 3 pontos. O escore total pode variar de 0 a 63, que refletem níveis de intensidade de gravidade crescente de cada sintoma (29, 30). A classificação é de 0 a 7 (mínima); 8 a 15 (leve); 16 a 25 (moderada) e de 26 a 63 (grave) e o ponto de corte é 16. Neste estudo, houve agrupamento das categorias mínimo e leve, e moderado e grave, justificando a presença maior e menor de sintomas de ansiedade.

A tabulação dos dados ocorreu no Microsoft Excel 2013® (Redmond, Washington) e a análise estatística no programa estatístico SPSS, Versão 22 (University of Chicago / National Opinion Research Center, USA). A normalidade das variáveis foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk.

A regressão linear multivariada foi procedida para as variáveis dependentes às independentes, por meio de modelo de *Back Ward*, extraindo-se: coeficiente de variação β , erro padrão e p - valor. Análise de nova variância (ANOVA) foi procedida entre a formação em Medicina e as escalas de depressão, ansiedade e Religiosidade / Espiritualidade.

As variáveis categóricas foram demonstradas na forma de frequências (absoluta e relativa), e apresentação por meio de tabelas e gráficos. Adotou-se como limite estatisticamente significativo, alfa inferior à 5%.

Resultados

Foram avaliados 812 estudantes, deste total: 60,5% eram mulheres, 75,9% possuíam de 17 a 24 anos, 45,9% eram brancos e 93,8% solteiros. Ocorreu maior frequência de estudantes matriculados no 1º e 4º períodos (10,3% e 9,7%, respectivamente). Sedentários, tabagistas e que ingeriram álcool, 31,9%, 2,7% e 80,2%, respectivamente (Tabela 1).

A Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca, as crenças, otimismo/esperança, os Afetos Positivos e Afetos Negativos, o Bem-Estar Religioso, Bem-estar Existencial e Bem-estar Geral e os Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck estiveram relacionadas estatisticamente ($p < 0,05$) ao tempo de formação. Houve piora dos escores de Religiosidade / Espiritualidade, especialmente no 7º período de formação em Medicina, e uma piora nos escores de depressão, ansiedade e das crenças, otimismo/esperança, nos 7º e 12º períodos de formação (Tabela 2 / Figura 1 e 2).

Neste estudo os 7º e 12º períodos de formação em Medicina, demonstraram significativamente ($p < 0,05$) as piores médias, nos Aspectos Negativos ($2,5 \pm 0,9$ e $2,6 \pm 0,7$ pontos, respectivamente), bem como, nos escores de depressão e ansiedade ($16,8 \pm 12,7$ e $12,5 \pm 12,4$ pontos, respectivamente). O 7º período, em especial, apresentou a menor média das crenças, otimismo/esperança ($2,4 \pm 0,9$ pontos).

A Religiosidade Organizacional, as Crenças e Otimismo/Esperança e o Bem-Estar Religioso apresentaram um incremento β estatisticamente significativo (p

< 0,05), apenas para as variáveis, períodos de formação e sexo feminino. Já na Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca, o Bem-Estar Existencial e Bem-estar Geral apresentaram incremento β estatisticamente significativo ($p < 0,05$) apenas para a idade e o sexo. O Inventário de Ansiedade de Beck foi a única variável com coeficiente de regressão β apenas para a variável sexo feminino ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Discussão

A amostra se caracterizou por uma maior prevalência de mulheres, etnia branca e estado civil solteiro, principalmente matriculados nos períodos iniciais do curso de graduação em Medicina, ativos fisicamente, não tabagistas, mas etilistas, semelhante aos achados de Pillay et al.,(31) em pesquisa com 230 estudantes africanos, com objetivo de determinar a prevalência de sintomas depressivos moderados e graves nesta população e explorar potenciais correlações entre espiritualidade, depressão e qualidade de vida, onde observou-se uma frequência mais acentuada de estudantes no primeiro ano de estudo (50,4%), jovens (média de 21 anos) e mulheres (71,3%). Bem como, no estudo de Amrai et al.,(32), com 347 estudantes na Universidade de Teerã (Irã), com o objetivo de verificar a relação entre a orientação religiosa e a ansiedade e depressão de estudantes universitários, onde também prevaleceram mulheres (61%) e do estudo de Moghadam, Madmoli e Nikpay (33), investigando a relação entre a saúde espiritual e depressão, ansiedade e estresse entre estudantes de ciências médicas, por meio de estudo transversal descritivo com 300 estudantes, prevalecendo mulheres (64,6%), jovens de 22 anos (24,7%) e solteiros (91%).

Diferentemente, Touseef (34), ao avaliar a relação entre depressão, ansiedade e orientação religiosa em 200 universitários, relata maior frequência de homens (50,5%), contudo em relação a idade houve semelhança de jovens, onde a idade dos participantes variou de 20 a 28 anos.

Pillay, Ramlall e Burns (31), encontraram uma alta prevalência de sintomas depressivos nos estudantes de Medicina, com uma proporção significativa (15,6%) de sintomas depressivos graves. Além disso, a menor espiritualidade esteve associada à não adesão a uma religião importante e a uma história de doença mental.

Em estudo observacional longitudinal prospectivo, com objetivo de determinar a prevalência de sintomas de depressão em 238 estudantes de Medicina de Portugal, sua mudança durante o curso, a persistência da depressão nos alunos afetados e os fatores associados à depressão e como esses mudam com o tempo, observou-se uma variação na prevalência de depressão de 21,5 a 12,7% durante o período avaliado, e que fatores pessoais (como sintomas de ansiedade, imposição da carreira médica, padrões de relacionamento e esgotamento acadêmico) são relevantes para a persistência de altos níveis de sintomas depressivos durante a formação médica. Portanto, identificar os estudantes que sofrem de depressão e apoiá-los o mais cedo possível, particularmente quando a depressão estiver presente ao longo de sua formação torna-se tarefa imprescindível da instituição de ensino superior, Estado e familiares (35).

É possível que a iminência do internato (fase intensamente prática do curso de graduação em Medicina), possa trazer a experiência de sentimentos negativos como: Não estar preparado suficientemente, baixa autoestima, insegurança, isolamento, solidão, medo, dentre outros e de ansiedade e depressão, e que estes acabem por abalar a fé e a religiosidade / espiritualidade destes estudantes, uma vez que se observou que a piora dos escores de Religiosidade / Espiritualidade (R/S), demonstraram-se especialmente afetadas, no sétimo período de formação.

A presença dos sintomas de ansiedade e depressão, a redução da fé/religiosidade / espiritualidade nos estudantes desta pesquisa no 12º período de formação, reflete o sentimento de angústia por sentir-se incapacitado para atuar como profissional habilitado.

Corroborando com o que Pillay, Ramlall e Burns (31), encontraram em seu estudo, em relação a qualidade de vida, onde estudantes do segundo e quinto ano, ou seja, do 1º ao 4º período, apresentaram melhor qualidade de vida. Dentre aqueles com baixa qualidade de vida, os autores ressaltam principalmente a presença de histórico de doença mental.

Pensar na relação da espiritualidade e qualidade de vida, merece um papel de destaque e ainda mais aprofundado, para que haja o estabelecimento de diretrizes políticas para lidar com essa questão (31). Importante ressaltar, que a ansiedade e depressão, podem influir diretamente na qualidade de vida, e embora esta não tenha

sido especificamente objeto de estudo nesta pesquisa, pode instigar a necessidade de novas pesquisas que avaliem a associação entre Religiosidade/Espiritualidade, depressão, ansiedade e qualidade de vida em estudantes de Medicina.

Neste estudo, a Religiosidade Organizacional não diferiu ao longo do período de formação do curso ($p > 0,05$), muito embora a Religiosidade Não Organizacional tenha vindo a apresentar maiores médias no 10º período, comparativamente aos estudantes do 2º e 7º períodos ($p < 0,05$). Já a Religiosidade Intrínseca por sua vez, apresentou menores médias para estudantes do 7º período, em relação aos estudantes do 1º, 3º, 4º, 8º e 10º. Já os estudantes do 10º período apresentaram escores relativamente superiores ao daqueles do 2º e 7º ($p < 0,05$).

A religiosidade intrínseca aumentada pode ter papel fundamental na melhoria do bem-estar psicológico e redução do sofrimento psicológico. Por vezes, a religiosidade extrínseca (organizacional), é usada para fins próprios satisfazendo seus desejos impulsivos ou egocêntricos⁽³⁴⁾. Este pressuposto poderia justificar a ausência de alterações estatisticamente significativas das médias do escore da subescala Religiosidade Organizacional do Índice de Religiosidade de Duke em todos os períodos.

Nesta pesquisa, a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde, dos estudantes do 8º semestre, demonstraram escores maiores aos apresentados por alunos do 1º, 2º, 7º e 12º, e os do 9º período, superiores ao do 7º e 12º. Estudantes do 10º período, revelaram escores maiores que aqueles de estudantes do 1º, 2º, 4º, 7º e 12º ($p < 0,05$).

Da mesma forma, investigando, a Escala de Bem-Estar Subjetivo, nos Afetos Positivos, estudantes do 1º período demonstraram média maior, comparativamente as de estudantes do 2º, 4º, 6º e 7º períodos, bem como, estudantes do 9º período, demonstraram médias menores, que aqueles do 2º, 6º e 7º. Nos Afetos Negativos, estudantes do 7º período apresentaram maiores médias que aqueles do 5º ($p < 0,05$), podendo ser indicativo de sentimentos de utilização da fé/religiosidade/espiritualidade como autopunição. Não houve comparação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre a subescala Satisfação e a formação em Medicina.

Já na Escala de Bem-Estar Espiritual nesta pesquisa, para o Bem-Estar Religioso, estudantes do 7º período demonstraram menor média em relação aos do

1º, 3º, 8º e 10º períodos. Nas subescalas Bem-Estar existencial e Bem-estar Geral, estudantes do 7º período revelaram médias menores em relação a todos os períodos, exceto aos do 2º e 6º, e aos do 2º período, respectivamente ($p < 0,05$).

Evidências científicas, demonstram que pessoas com maior grau de espiritualidade, possuem uma maior sensação de bem-estar e, portanto, uma melhor qualidade de vida. O tema da espiritualidade é importante na formação médica, pois a consciência de sua própria espiritualidade pode auxiliar os estudantes na sua dimensão humana e quando graduados médicos poderão fornecer cuidados mais holísticos e humanizado para seus pacientes, especialmente em ambientes diversos, como o Sul África, multicultural, com diversas religiões sendo praticadas (31), ou mesmo, o Brasil em sua diversidade religiosa.

Desta forma, podemos problematizar que adquirir competências no domínio da saúde espiritual para estudantes de Medicina, é tão importante quanto adquirir competências para a assistência médica (36)

Já em relação à média do Inventário de Depressão de Beck, os estudantes do 7º período desta pesquisa apresentaram maiores médias em relação as de estudantes do 1º, 4º, 5º, 10º e 11º períodos. Para a média do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), estudantes do 2º e 7º períodos de formação, demonstraram maiores valores que estudantes do 10º. Estudantes do 12º período revelaram maiores escores do BAI comparativamente aos de estudantes do 10º período ($p < 0,05$).

No estudo de Touseef (34), observou-se uma correlação negativa e significativa ($p < 0,05$) dos sintomas de ansiedade e de depressão com a orientação religiosa intrínseca, enquanto que para a orientação extrínseca não foram encontradas correlações significativas. Observou-se também, em relação a religiosidade intrínseca que há maior orientação religiosa entre mulheres que em homens, já em relação a orientação religiosa extrínseca, homens são mais orientados. Os dados vão de encontro aos relatados nesta pesquisa, onde a Religiosidade Organizacional, a Escala de Avaliação das Crenças, Otimismo/Esperança e o Bem-Estar Religioso demonstraram ser influenciadas de forma positiva e estatisticamente significativa ($p < 0,05$), pelos períodos de formação e gênero feminino. E mesmo ainda, a Religiosidade Não Organiza-

cional e Religiosidade Intrínseca, o Bem-Estar Existencial e Bem-estar Geral demonstraram sofrer influência diretamente proporcional, e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) da idade e gênero.

Da mesma forma Amrai et al. (31), observaram uma alta correlação negativa entre orientação religiosa e ansiedade e depressão em estudantes de Medicina. Revelando que com o aumento da orientação religiosa para com os estudantes, há uma redução da depressão e ansiedade ($p < 0,01$), indicando que a assimilação de valores religiosos em estudantes pode conduzir à uma melhora da saúde mental. Além destes, outros autores, também já demonstraram a relação entre ansiedade, depressão e Religiosidade / Espiritualidade (37, 38, 39, 40).

Em estudo longitudinal, multicêntrico com 575 estudantes de Medicina, com o objetivo de avaliar os sintomas de depressão, ansiedade e estresse entre os estudantes em relação a potenciais razões subjacentes antes e após o período de exames acadêmicos. Na pesquisa, a prevalência de depressão, ansiedade e estresse foi alta (43%, 63% e 41%, respectivamente), e só reduziu (até certo ponto), após os exames para: 30%, 47% e 30%, respectivamente. Além disso, o gênero feminino e o tabagismo também previram níveis mais altos de depressão, ansiedade ou estresse no início do estudo (41).

Importante ressaltar, que nesta pesquisa além de terem prevalecido mulheres, houve percentual de tabagista e ainda pelo menos 80% da amostra de ingestão de álcool, o que problematiza a influência desses fatores na gênese da depressão e ansiedade.

Este resultado fica evidente, no modelo de Regressão Linear Multivariado traçado com o Inventário de Ansiedade de Beck, onde apenas o gênero, demonstrou incremento estatisticamente significativo ($p < 0,05$) ao escore de sintomas de ansiedade.

Dados também discutidos no estudo de Moutinho et al.,(39), com 761 estudantes de Medicina, com o objetivo de comparar a prevalência de sintomas ansiedade, depressão e estresse estudantes de Medicina de todos os semestres de uma escola médica brasileira e avaliar seus respectivos fatores associados, onde dentre

os fatores que contribuíram para a depressão estavam o gênero feminino, a religiosidade intrínseca, a ansiedade e o estresse e já para a ansiedade, o semestre letivo, a presença de depressão e estresse.

Outros estressores podem contribuir para a depressão em estudantes de Medicina, como: pressão acadêmica, a moradia solitária pela primeira vez, seu desenvolvimento acadêmico no estágio, a necessidade de assumir responsabilidades adultas, estudo para os exames e insegurança para adquirir um emprego. Em países subdesenvolvidos ou com condições de acesso ao ensino superior prejudicadas, a estudantes "despreparados" com baixa escolaridade, tendem a enfrentar muitos desafios em adaptação ao estudo universitário (31).

Faculdades de Medicina devem oferecer oportunidades para os estudantes se referirem e reconhecerem a religião e a espiritualidade como um bem, o que pode influenciar positivamente no seu bem-estar (18, 19).

Portanto, há variações negativas da depressão, ansiedade, Religiosidade / Espiritualidade (R/S) em estudantes de Medicina, em especial no 7º e 10º segundo períodos (momento de iminência da “demonstração/comprovação de suas habilidades e competência profissional”), torna-se imprescindível a triagem de fragilizações no apoio mental de estudantes de Medicina nos semestres iniciais do curso, no intuito de fortalecer o controle/enfrentamento da depressão, ansiedade, principalmente fortalecendo e utilizando-se da R/S, como estratégias de enfrentamento para a depressão e ansiedade.

A discussão da R/S, não apenas com a ótica de tratamento do paciente, mas como fortalecimento da saúde mental do profissional é tímida, mas vêm ganhando amplo espaço para discussão, nos anos atuais (31, 32, 33, 34, 35, 37, 42).

Conclusão

Os estudos científicos trazem evidências sobre a precária saúde mental e psicológica dos estudantes de medicina durante a formação médica. Os estudantes apresentam estresse psicológico, sintomas de ansiedade e de depressão, entre outros transtornos mentais. Porém, chama a atenção o fato de que, embora essas questões há muito tempo são relatadas, elas continuam sendo comuns na vida dos estudantes

de Medicina. É relevante o apoio psicossocial oferecido nas faculdades de Medicina e que os estudantes sejam monitorados quanto à frequência e gravidade desses problemas. As ações de intervenções são necessárias para o bem-estar e a saúde mental do estudante de Medicina, como também, promover reflexões sobre a humanização da Medicina na dimensão da religiosidade e espiritualidade, não só em relação ao paciente como são orientados os estudantes, mas de sua própria dimensão religiosa e espiritual.

Referências

1. Lockenhoff E, Ironson H, O'Leirigh C, Costa Jr, Paul T. Five Factor Model Personality Traits, Spirituality/ Religiousness, and Mental Health among People Living With HIV. *Journal of Personality* 77: 2009; five, October.
2. Mohammadi, m; akbari, al; hatami, n, mokri, a; kaviani h, salmanian m, sehat m. Investigating the effects of spiritual psychotherapy in opioid dependent patients. *Hakim research journal*, autumn 2011; 14: 3.
3. Khashab, A. S., Khashab, A. M., Mohammadi, M. R., Zarabipour, H., & Malekpour, V. Predicting dimensions of psychological well being based on religious orientations and spirituality: an investigation into a causal model. *Iranian journal of psychiatry*, 2015;10(1), 50.
4. Koenig HG. Religion, spirituality and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012; 2012:1-33.
5. Ferreira, Tassiani Turra, Borges, Maria de Fátima, Zanetti, Guilherme Cia, Lemos, Gustavo Luis, Gotti, Eduardo Souza, Tomé, Janaíne Machado, Silva, Adriana Paula da, & Rezende, Elisabete Aparecida Mantovani Rodrigues de. Percepção de Acadêmicos de Medicina e de Outras Áreas da Saúde e Humanas (Ligadas à Saúde) sobre as Relações entre Espiritualidade, Religiosidade e Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2018;42(1), 67-74.
6. Lucchetti, G., Lucchetti, A., & Puchalski, C. Spirituality in medical education: Global reality? *Journal of Religion and Health*, 2012;51, 3–19.
7. Barnard, D., Dayringer, R., & Cassel, C. Toward a person-centered medicine: Religious studies in the medical curriculum. *Academic Medicine*, 1995;70(9), 806–813.
8. Guck, T., & Kavan, M. Medical student beliefs: Spirituality's relationship to health and place in medical school curriculum. *Medical Teacher*, 2006;28(2), 702–707.
9. Schonfeld, T., Schmid, K., & Boucher-Payne, D. Incorporating spirituality into health sciences education. *Journal of Religion and Health*, 2016;55, 85–96.
10. Longuiniere, A. C. F. D. L., Yarid, S. D., & Silva, E. C. S. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. *Revista Cuidarte*, 2018;9(1), 1961-1972.

11. Krägeloh, C. U., Henning, M. A., Billington, R., & Hawken, S. J. The relationship between quality of life and spirituality, religiousness, and personal beliefs of medical students. *Academic Psychiatry*, 2015;39(1), 85-89.
12. Balboni, M., Bandini, J., Mitchell, C., Epstein-Peterson, Z., Amobi, A., Cahill, J., et al. Religion, spirituality, and the hidden curriculum: Medical student and faculty reflections. *Journal of Pain Symptom Management*, 2015;50(4), 507–515.
13. Chandavarkar U, Azam A, Mathews CA. Anxiety symptoms and perceived performance in medical students. *Depress Anxiety* 2007; 24 : 103-11.
14. Shah M, Hassan S, Malik S, Sreeramareddy CT. Perceived stress, sources and severity of stress among medical undergraduates in a Pakistani Medical school. *BMC Med Educ* 2010; 10 : 2.
15. Iqbal, S., Gupta, S., & Venkatarao, E. Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. *The Indian journal of medical research*, 2015;141(3), 354.
16. Cangussu Silva, A., Ezequiel, O. D. S., Damiano, R. F., Granero Lucchetti, A. L., DiLalla, L. F., Dorsey, J. K., & Lucchetti, G. Translation, Transcultural Adaptation, and Validation of the Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine Scale to the Brazilian Portuguese Language. *Teaching and learning in medicine*, 2018;1-11.
17. Krägeloh CU, Henning MA, Hawken SJ, Zhao Y, Shepherd D, Billington R. Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire for use with medical students. *Educ Health*. 2011;24: 1–5.
18. Ivtzan, I., Chan, C., Gardner, H., & Prashar, K. Linking religion and spirituality with psychological well-being: Examining self-actualisation, meaning in life, and personal growth initiative. *Journal of Religion and Health*, 2013;52(3), 915–929.
19. Saleem, S., & Saleem, T. Role of religiosity in psychological well-being among medical and nonmedical students. *Journal of Religion and Health*, 2017;56(4), 1180–1190.
20. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humano. 2012;9(1).
21. Borges MDS, Santos MBC, Pinheiro TG. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2015;68(4), 609-616.
22. Koenig, H., Parkerson, G. R., Jr., & Meador, K. G. Religion index for psychiatric research. *The American Journal of Psychiatry*, 1997;154(6), 885-886.
23. Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Peres, M. F., Leão, F. C., Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. Validation of the duke religion index: DUREL (Portuguese version). *Journal of religion and health*, 2012;51(2), 579-586.
24. Alminhana LO, Menezes Jr A, Moreira-Almeida A. Personalidade, religiosidade e qualidade de vida em indivíduos que apresentam experiências anômalas em grupos religiosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2013;62(4), 268-274.
25. Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 2007;21(2), 47-53.

26. Albuquerque, A. S, Tróccoli, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 2014;20(2), 153-164.
27. Marques, L.F. et al. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). *Avaliação psicológica*, 2009;8(2):179-186.
28. Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley and Sons; 1982. p. 224-35.
29. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. BDI-II—Inventário de Depressão de Beck. Adaptação de Clarice Gorenstein, et al. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.
30. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 1996;78(2), 490-8.
31. Pillay, N., Ramlall, S., & Burns, J. K. Spirituality, depression and quality of life in medical students in KwaZulu-Natal. *South African Journal of Psychiatry*, 2016;22(1).
32. Amrai, K., Zalani, H. A., Arfai, F. S., & Sharifian, M. S. The relationship between the religious orientation and anxiety and depression of students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2011;15, 613-616.
33. Moghadam SRM, Madmoli, M., Nikpay, S.. An Investigation of the Relationship between Spiritual Health and Depression, Anxiety, and Stress among Students of Ilam University of Medical Sciences. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 2018;6(3), 294-300.
34. Touseef R. Examining the relationship between Depression, Anxiety & Religious orientation in Kashmir University Students." *Int. Res. J. Social Sci.*, 4(5): 1 -4
35. Silva, V., Costa, P., Pereira, I., Faria, R., Salgueira, A. P., Costa, M. J., ... & Morgado, P.. Depression in medical students: insights from a longitudinal study. *BMC medical education*, 2017;17(1), 184.
36. Madmoli, M., & Nikpay, S. An Investigation of the Relationship between Spiritual Health and Depression, Anxiety, and Stress among Students of Ilam University of Medical Sciences. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 2018;6(3), 294-300.
37. Vasegh, S., & Mohammadi, M. R. Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2007;37(2), 213-227.
38. Sahraian, A., Gholami, A., Javadpour, A., & Omidvar, B. Association between religiosity and happiness among a group of Muslim undergraduate students. *Journal of religion and health*, 2013;52(2), 450-453.
39. Moutinho, I. L. D., Maddalena, N. D. C. P., Roland, R. K., Lucchetti, A. L. G., Tibiriçá, S. H. C., Ezequiel, O. D. S., & Lucchetti, G. Depression, stress and anxiety in medical students: a cross-sectional comparison between students from different semesters. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2017;63(1), 21-28.

40. Taheri-Kharameh, Z., Abdi, M., Omid Koopaei, R., Alizadeh, M., Vahidabi, V., & Mirhoseini, H. The relationship between religious-spiritual well-being and stress, anxiety, and depression in university students. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 2016;3(1), 30-35.
41. Kulsoom, B., & Afsar, N. A. Stress, anxiety, and depression among medical students in a multiethnic setting. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2015;11, 1713.
42. Karimipour, M., Sawari, S. S. M., & Al Hafiz, M. M. Religion, Spirituality and Mental Health: A Review of Literature, 2015;5(1).
43. Lupo, M. K., & Strous, R. D. Religiosity, anxiety and depression among Israeli medical students. *Israel Medical Association Journal*, 2011;13(10), 613-618.

TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos estudantes das universidades pública e privada. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	n (%)
Gênero	
Feminino	491 (60,5)
Masculino	321 (39,5)
Faixa Etária (anos)	
18 a 24	616 (75,9)
25 a 31	155 (19,1)
32 ou mais	41 (5,0)
Raça	
Branca	373 (45,9)
Parda	352 (43,4)
Negra	73 (9,0)
Indígena	8 (1,0)
Amarela	6 (0,7)
Estado civil	
Solteiro	761 (93,8)
Casado	49 (6,0)
Viúvo	2 (0,2)
Semestre	
1 ^º	84 (10,3)
2 ^º	63 (7,8)
3 ^º	46 (5,7)
4 ^º	79 (9,7)
5 ^º	61 (7,5)
6 ^º	75 (9,2)
7 ^º	62 (7,6)
8 ^º	72 (8,9)
9 ^º	77 (9,5)
10 ^º	78 (9,6)
11 ^º	60 (7,4)
12 ^º	55 (6,8)
Prática de Atividade física	
Sim	553 (68,1)
Não	259 (31,9)
Tabagismo	
Sim	22 (2,7)
Não	790 (97,3)
Ingestão/Álcool	
Sim	651 (80,2)
Não	161 (19,8)
TOTAL	812 (100)

Tabela 2. Análise de nova variância entre formação em Medicina e depressão, ansiedade e religiosidade / espiritualidade. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis		Semestre de Formação												Valor de p
		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	
RO ¹	Média	3,7	3,4	3,7	3,6	3,7	4,0	3,6	3,9	3,6	4,1	4,2	3,7	0,194
	DP	1,4	1,5	1,4	1,5	1,4	1,4	1,4	1,5	1,3	1,4	1,1	1,5	
RNO ²	Média	3,7	3,2	3,6	3,5	3,5	3,5	2,8	3,9	3,3	4,4	3,4	3,3	0,003
	DP	1,6	1,7	1,6	1,8	1,6	1,9	1,6	1,8	1,8	1,6	1,5	1,8	
RNI ³	Média	10,9	10,1	10,9	10,9	10,9	11,4	9,7	11,7	10,9	12,3	12,2	11,3	0,009
	DP	3,6	3,5	3,3	3,6	3,4	2,9	3,8	3,4	3,6	3,1	2,7	2,9	
EA ECS ⁴	Média	2,8	2,8	3,2	2,9	3,1	3,0	2,4	3,4	3,3	3,4	3,1	2,5	<0,001
	DP	0,8	1,0	0,8	0,9	0,8	1,0	0,9	0,9	0,8	0,8	1,0	0,9	
Crenças	Média	2,7	2,6	3,1	2,8	2,9	2,9	2,4	3,2	3,0	3,4	3,0	2,2	<0,001
	DP	0,9	1,1	0,9	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	
Esperança / otimismo	Média	2,8	2,8	3,3	3,0	3,2	3,0	2,5	3,4	3,4	3,4	3,1	2,5	<0,001
	DP	0,7	0,9	0,8	0,8	0,7	1,0	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	
EBESP ⁵	Média	3,5	3,2	3,3	3,3	3,2	3,1	2,9	3,2	3,6	3,4	3,3	3,4	<0,001
	DP	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	
EBESN ⁶	Média	2,3	2,4	2,5	2,2	2,0	2,3	2,5	2,2	2,3	2,2	2,1	2,6	0,004
	DP	0,7	0,7	0,6	0,7	0,5	0,7	0,9	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	
SATIS ⁷	Média	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,1	3,0	3,0	3,0	2,9	2,9	0,139
	DP	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	
BER ⁸	Média	49,3	46,4	49,9	48,1	47,2	48,5	40,9	50,4	48,4	52,6	50,1	50,7	<0,001
	DP	13,6	13,3	12,0	13,5	13,0	12,1	13,7	12,5	10,2	10,1	11,3	9,5	
BEE ⁹	Média	47,6	45,7	47,8	47,4	48,1	45,9	40,4	48,3	47,1	49,5	50,7	48,7	<0,001
	DP	7,9	8,5	8,0	8,8	8,3	8,9	11,1	9,3	8,5	7,9	9,2	11,1	
EBEGERAL ¹⁰	Média	96,9	92,2	97,7	95,5	95,3	94,4	81,3	98,7	95,5	102,1	100,8	99,4	<0,001
	DP	18,9	20,2	17,4	19,4	18,5	19,5	22,3	17,7	16,1	15,8	19,5	19,7	
BDI ¹¹	Média	11,5	12,4	13,2	11,1	9,9	12,6	16,8	12,2	11,1	7,9	9,0	10,9	0,005
	DP	8,1	7,9	6,8	8,1	8,2	9,0	12,7	10,0	9,0	8,0	8,5	8,2	
BAI ¹²	Média	10,6	12,0	11,1	8,5	7,1	9,2	12,5	7,3	9,8	5,8	7,7	14,9	<0,001
	DP	9,6	9,6	9,4	8,7	7,4	8,6	12,4	8,1	10,7	8,8	9,7	13,6	

¹Religiosidade Organizacional ($p > 0,05$); ²Religiosidade Não Organizacional ($p < 0,05$ entre 10ºx2º e 7º); ³Religiosidade Intrínseca ($p < 0,05$ entre 7ºx1º,3º,4º,8º e 10º, 10ºx2º e o 7º); ⁴Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde ($p < 0,05$ entre 8ºx1º,2º,7º e 12º, 9ºx7º,12º, 10ºx1º,2º,4º,7º e o 12º); Escala de Bem-Estar Subjetivo - ⁵Subescala afetos positivos ($p < 0,05$ entre 1ºx2º,4º,6º e 7º, 9ºx2º,6º e 7º), ⁶Subescala afetos negativos ($p < 0,05$ entre 7ºx5º), ⁷Subescala Satisfação ($p > 0,05$); Escala de Bem-Estar Espiritual - ⁸Subescala Bem-estar religioso ($p < 0,05$ entre 7ºx1º,3º,8º e o 10º), ⁹Subescala Bem-estar existencial ($p < 0,05$ entre 7ºx1º,3º,4º,5º,8º,9º,10º,11º e o 12º), ¹⁰Bem-estar Geral ($p < 0,05$ entre 7ºx1º,3º,4º,5º,6º,8º,9º,10º,11º e o 12º); ¹¹Inventário de Depressão de Beck ($p < 0,05$ entre 7ºx1º,4º,5º,10º e o 11º); ¹²Inventário de Ansiedade de Beck ($p < 0,05$ entre 2ºx10º, 7ºx10º e 12ºx10º).

Tabela 3. Regressão Linear múltipla entre depressão, ansiedade e religiosidade / espiritualidade e formação em Medicina, idade e gênero. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

Variáveis	Índice de Religiosidade de Duke									EACS ⁴			Escala de Bem-Estar Espiritual									BAI ⁸				
	RO ¹			RNO ²			RI ³			β	SE	p	BER ⁵			BEE ⁶			EBEGERAL ⁷			β	SE	p		
	β	SE	p	β	SE	p	β	SE	p				β	SE	p	β	SE	p	β	SE	p				β	SE
Períodos	0,08	0,02	0,017	*	*	*	*	*	*	0,12	0,01	0,001	0,07	0,11	0,055	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Idade	*	*	*	0,07	0,01	0,027	0,16	0,03	<0,001	*	*	*	*	*	*	0,11	0,07	0,002	0,09	0,16	0,006	*	*	*		
Sexo (feminino)	0,24	0,10	<0,001	0,28	0,12	<0,001	0,26	0,24	<0,001	0,18	0,06	<0,001	0,24	0,90	<0,001	0,17	0,62	<0,001	0,24	1,34	<0,001	0,13	0,69	<0,001		

¹Religiosidade Organizacional; ²Religiosidade Não Organizacional; ³Religiosidade Intrínseca; ⁴Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde; ⁵Subescala Bem-estar religioso; ⁶Subescala Bem-estar existencial; ⁷Bem-estar Geral; ⁸Inventário de Ansiedade de Beck; β – Coeficiente de regressão; SE – Erro padrão; p - Valor de p. Nota: Inventário de Depressão de Beck, Subescalas: afetos positivos, afetos negativos e Satisfação da Escala de Bem-Estar Subjetivo não apresentaram relação estatisticamente significativa (p > 0,05); * Variável não incorporada no modelo final.

Figura 1. Formação em Medicina e efeito na Religiosidade/Espiritualidade. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.

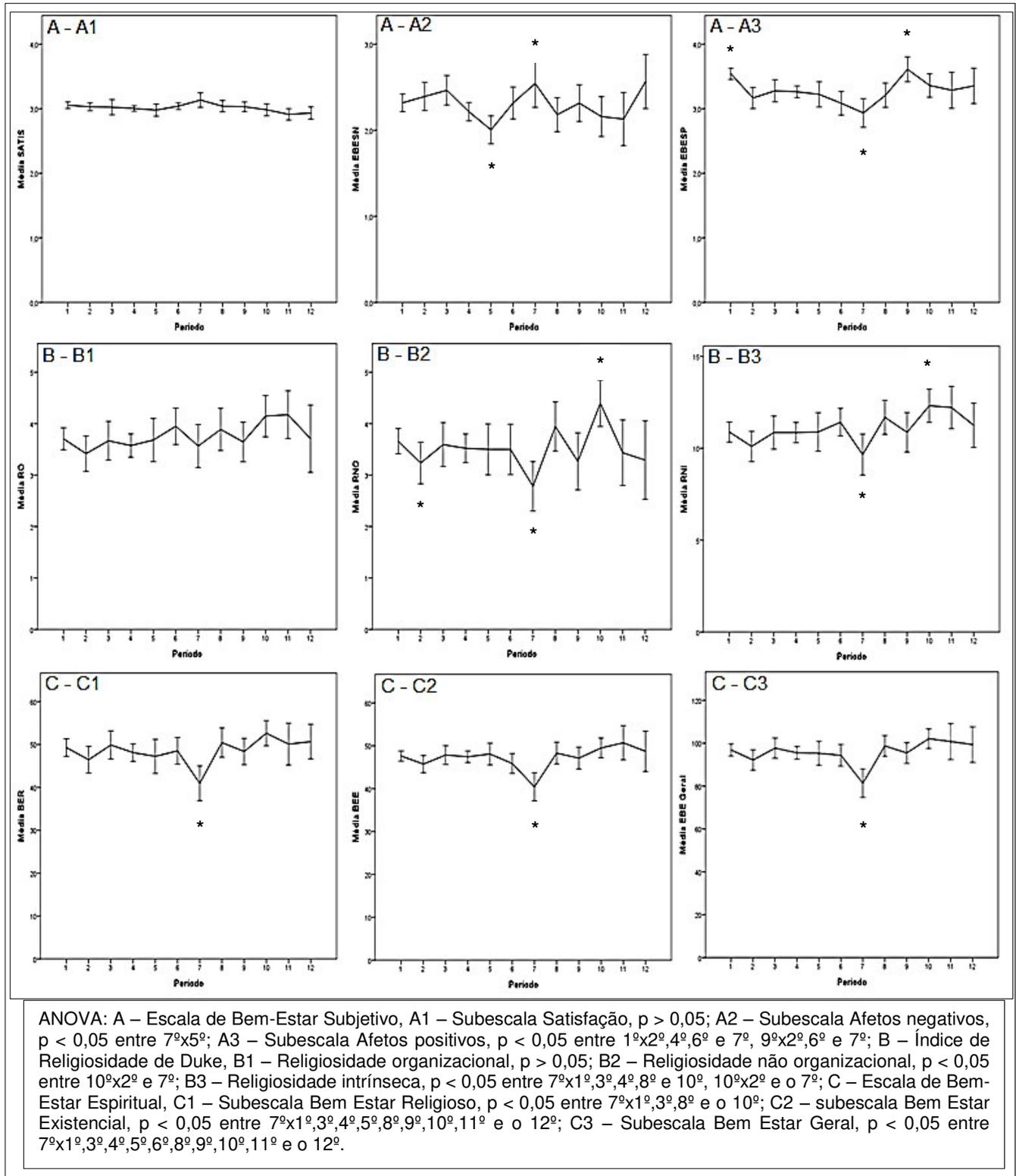
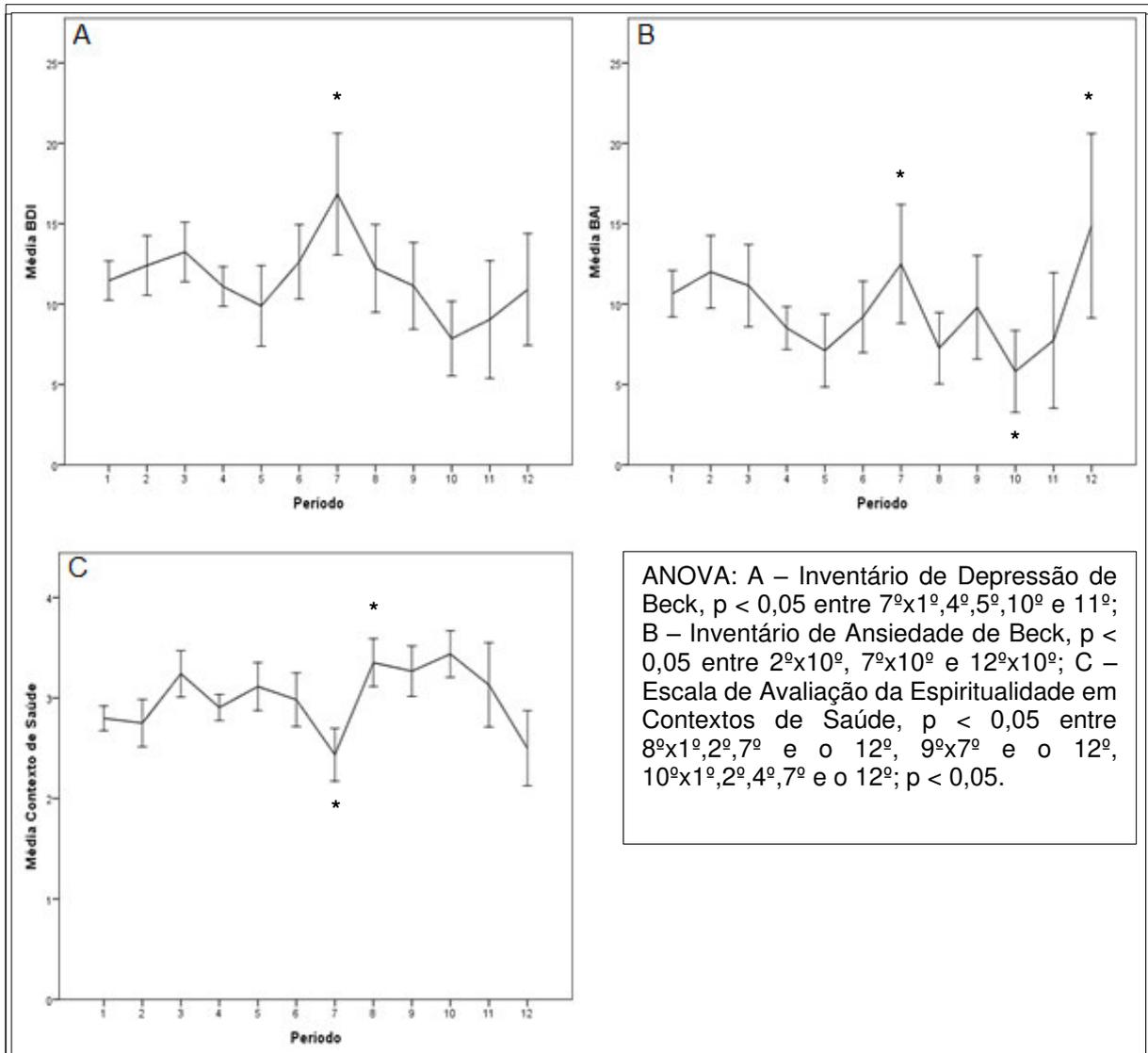


Figura 2. Formação em Medicina e efeito na depressão, ansiedade e Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. São Luís, Maranhão, Brasil, 2018.



NORMAS PARA SUBMISSÃO NO PERIÓDICO: JAMA PSYCHIATRY

A structured abstract is required; for more information, see instructions for preparing Abstracts for Reports of Original Data. A list of 3 Key Points is required (see guidance on preparing Key Points). Maximum length: 3000 words of text (not including abstract, tables, figures, acknowledgments, references, and online-only material) with no more than a total of 5 tables and/or figures.

Manuscript Submission

All manuscripts must be submitted online via the online manuscript submission and review system. At the time of submission, complete contact information (affiliation, postal/mail address, email address, and telephone numbers) for the corresponding author is required. First and last names, email addresses, and institutional affiliations of all coauthors are also required. After the manuscript is submitted, the corresponding author will receive an acknowledgment confirming receipt and a manuscript number. Authors will be able to track the status of their manuscripts via the online system. After manuscript submission, all authors of papers under consideration for publication will be sent a link to the Authorship Form to complete and submit (see sample Authorship Form). See other details in these instructions for additional requirements.^{2,4}

Cover Letter

Include a cover letter and complete contact information for the corresponding author (affiliation, postal/mail address, email address, and telephone number) and whether the authors have published, posted, or submitted any related papers from the same study (see Previous Publication, Preprint Server Posting, and Related Manuscripts and Reports).

Manuscript Style

Manuscripts should be prepared in accordance with the AMA Manual of Style, 10th edition,² and/or the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals.⁴

Manuscript Components

Include in the manuscript file a title page, abstract, text, references, and as appropriate, figure legends and tables. Start each of these sections on a new page, numbered consecutively, beginning with the title page. Figures should be submitted as separate files (1 file per figure) and not included in the manuscript text.

Recommended File Sizes

We recommend individual file sizes of no more than 500 kB and not exceeding 1 MB, with the total size for all files not exceeding 5 MB (not including any video files).

Manuscript File Formats

For submission and review, please submit the manuscript as a Word document. Do not submit your manuscript in PDF format.

Use 10-, 11-, or 12-point font size, double-space text, and leave right margins unjustified (ragged).

Title Page

The title page should be the first page of your manuscript file. It should include a manuscript title; the full names, highest academic degrees, and affiliations of all authors (if an author's affiliation has changed since the work was done, the new affiliation also should be listed); name and complete contact information for corresponding author; and manuscript word count (not including title, abstract, acknowledgment, references, tables, and figure legends).

Title

Titles should be concise, specific, and informative.^{2(p8)} Please limit the length of titles to 150 characters for reports of research and other major articles and 100 characters for Editorials, Viewpoints, Commentaries, and Letters. For scientific manuscripts, do not use overly general titles, declarative titles, titles that include the direction of study results, or questions as titles. For reports of clinical trials, meta-analyses, and systematic reviews, include the type of study as a subtitle (eg, A Randomized

Clinical Trial, A Meta-analysis, A Systematic Review). For reports of other types of research, do not include study type or design in the title or subtitle.

Key Points

In the manuscript, include a separate section called "Key Points" before the Abstract.

This feature provides a quick structured synopsis of the findings of your manuscript (required only for research and review manuscripts), following 3 key points: Question, Findings, and Meaning. Limit this section to 75-100 words or less.

References

Authors are responsible for the accuracy and completeness of their references and for correct text citation. Number references in the order they appear in the text; do not alphabetize. In text, tables, and legends, identify references with superscript arabic numerals. When listing references, follow AMA style and abbreviate names of journals according to the journals list in PubMed. List all authors and/or editors up to 6; if more than 6, list the first 3 followed by "et al." Note: Journal references should include the issue number in parentheses after the volume number.

Statistical Methods and Data Presentation

General Considerations

Authors are encouraged to consult "Reporting Statistical Information in Medical Journal Articles."¹ In the Methods section, describe statistical methods with enough detail to enable a knowledgeable reader with access to the original data to reproduce the reported results. Such description should include appropriate references to the original literature, particularly for uncommon statistical methods. For more advanced or novel methods, provide a brief explanation of the methods and appropriate use in the text and consider providing a detailed description in an online supplement.

Tables and Figures

Restrict tables and figures to those needed to explain and support the argument of the article and to report all outcomes identified in the Methods section. Number each table and figure and provide a descriptive title for each. Every table and figure should have an in-text citation. Verify that data are consistently reported across text, tables, figures, and supplementary material.

Frequency data should be reported as "No. (%)," not as percentages alone (exception, sample sizes exceeding ~10,000). Whenever possible, proportions and percentages should be accompanied by the actual numerator and denominator from which they were derived. This is particularly important when the sample size is less than 100. Do not use decimal places (ie, xx%, not xx.xx%) if the sample size is less than 100. Tables that include results from multivariable regression models should focus on the primary results. Provide the unadjusted and adjusted results for the primary exposure(s) or comparison(s) of interest. If a more detailed description of the model is required, consider providing the additional unadjusted and adjusted results in supplementary tables.

Tables have a minimum of 2 columns. Comparisons must read across the table columns.

Tables

Number all tables in the order of their citation in the text.

Include a brief title for each table (a descriptive phrase, preferably no longer than 10 to 15 words).

Include all tables at the end of the manuscript file.

Refer to [Categories of Articles](#) for limits on the number of tables.

NOTE: Do not embed tables as images in the manuscript file or upload tables in image formats, and do not upload tables as separate files.

Use the table menu in the software program used to prepare the text. Tables can be built de novo using Insert→Table or copied into the text file from another document (eg, Word, Excel, or a statistical spreadsheet).

Avoid using tabs, spaces, and hard returns to set up the table; such tables will have to be retyped, creating delays and opportunities for error.

Tables should be single-spaced and in a 10- or 12-point font (do not shrink the point size to fit the table onto the page). Do not draw extra lines or rules—the table grid will display the outlines of each cell.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A baixa Religiosidade/Espiritualidade demonstrou risco para o desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade. As variações na espiritualidade durante a graduação, e como os estudantes de Medicina lidam com a depressão e a ansiedade, os afeta diretamente seu bem-estar emocional, condição essa, essencial para que possam desenvolver suas competências e habilidades profissionais e individuais.

Os estudantes de Medicina vivenciam um grande sofrimento psicológico. As cobranças durante a formação acadêmica, acabam tendo um grande peso e a necessidade cada vez maior de ser “o melhor” em todas as exigências do curso, pode levá-lo à auto cobrança e sintomatologias de depressão, ansiedade, contribuindo para uma redução de momentos de lazer, isolamento, sedentarismo, redução da convivência social, falta de concentração, dentre outras condições, e estarem associadas a preocupação de como atender as expectativas familiares, sociais e individuais pela formação acadêmica.

As perspectivas futuras deste estudo estendem-se para novas pesquisas que possam avaliar outras dimensões e fatores associados a seus desfechos, como os traços da personalidade, expectativas familiar e pessoal, condições ambientais (procedência, moradia, condições financeiras), a qualidade de vida (tempo para o estudo, lazer, convívio social, distúrbios do sono, outros transtornos comuns, uso de substâncias ilícitas e tempo de acometimento das consequências dessas variáveis no decorrer da graduação), o que não foi objetivo desta pesquisa. Em relação as limitações, o desenho metodológico transversal embora não venha a estabelecer fielmente uma relação de causa-efeito, pode contribuir a partir dos resultados, o direcionamento de novos estudos, com desenhos metodológicos longitudinais para o acompanhamento dos sintomas da depressão e ansiedade dos estudantes, bem como do bem-estar subjetivo.

Como intervenção imediata, reavaliar as estratégias institucionais já existentes nas duas universidades para o apoio e acompanhamento das questões emocionais dos estudantes, intervindo na prevenção precoce e diminuição dos níveis altos de depressão e ansiedade já preconizadas pela OMS para 2020, como a segunda

doença mais incapacitante do mundo, traçar estratégias que possam dar suporte são essenciais.

6 CONCLUSÕES

Neste estudo, prevaleceram estudantes mulheres, jovens, brancos, solteiros, procedentes da capital e região metropolitana, assim como, sedentários e etilistas, igualmente distribuídos nos níveis de formação (Básico, Intermediário e Internato).

A frequência de sintomas de depressão moderada a grave e de sintomas de ansiedade moderada a grave foram expressivas nos três níveis de formação investigados, embora tais frequências tenham sido discretamente maiores no nível básico.

Quanto à Religiosidade/Espiritualidade, houve maior frequência de indivíduos com escores baixos de Religiosidade Organizacional, elevados de Religiosidade Não Organizacional, bem como de Religiosidade Intrínseca e na subescala Afetos Negativos houve elevada frequência de indivíduos com baixos escores nessa subescala. Além disso, houve alta frequência de escores elevados da Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde e da subescala Afetos Positivos e Satisfação da Escala de Bem-Estar Subjetivo. Observou-se também nas subescala de Bem-Estar Religioso e na subescala Bem-Estar Geral maiores frequências elevadas, e na subescala Bem-Estar Existencial, frequência Moderada.

O aumento do escore de sintomas depressão foi diretamente proporcional ao aumento do escore da subescala Afetos Negativos, e inversamente proporcional aos escores das subescalas de Bem-Estar Existencial e Bem-Estar Geral, revelando que a maioria dos escores de Religiosidade/Espiritualidade abordados neste estudo, parecem reduzir o escore indicativo de sintomas depressão. Da mesma forma, foi observado que o aumento do escore de sintomas Ansiedade foi diretamente correlacionado ao aumento do escore da subescala Afetos Negativos, revelando o aspecto negativo do aumento do escore nesta subescala no sentido de influenciar para um escore indicativo de sintomas ansiedade.

Há variações negativas da depressão, ansiedade, Religiosidade / Espiritualidade (R/E) e bem-estar subjetivo em estudantes de Medicina, em especial no 7º e 12º semestres (momento de iminência da “demonstração / comprovação de suas habilidades e competência profissional”).

Portanto, torna-se imprescindível a triagem de fragilizações no suporte mental de estudantes de Medicina nos semestres iniciais do curso, no intuito de fortalecer o controle/enfrentamento dos sintomas de depressão e sintomas de ansiedade, principalmente fortalecendo e utilizando-se da R/E, como estratégias de enfrentamento para a depressão e ansiedade.

As dificuldades encontradas por estudantes de Medicina durante a formação, podem afetar a sua saúde mental, seu bem-estar psicológico, espiritual e religioso. Muitas vezes as crenças espirituais e religiosas podem influenciar o modo como os estudantes lidam com a ansiedade e outros problemas, podendo ou não a R/E ser um fator positivo ou negativo para o enfrentamento de situações estressantes no decorrer da formação. Há momentos de dúvidas quanto a sua existência, competência profissional, aumentando a autocrítica e a autopunição.

O sentimento de não ser merecedor ou de não pertencer aos pares, os estigmas vivenciados de todas as formas, e principalmente o estigma em relação a depressão e a ansiedade, direciona os estudantes ao isolamento, com sentimentos de desamparo, e neste momento, a R/E pode ser sentida e vivenciada negativamente, pois quando há conflitos internos entre os sentimentos e afetos negativos a busca da R/E como estratégias de enfrentamento pode não ser uma escolha positiva.

Assim, a R/E quando reduzidas, podem revelar risco para o desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade, pois há variações na espiritualidade e na forma como os estudantes de Medicina lidam com este aspecto frente à saúde. O tempo de formação em Medicina, os sintomas de depressão e ansiedade. A religiosidade e espiritualidade, como estratégias de enfrentamento para a depressão e ansiedade em estudantes de Medicina, estiveram relacionadas como fatores de risco para os estudantes de Medicina neste estudo.

Estes dados sugerem ser importante a inserção da discussão da R/E no ambiente acadêmico e na formação dos profissionais de Medicina, na perspectiva de garantia de profissionais melhor formados e atuantes em um seguimento promissor e cada vez mais detalhado como estratégia benéfica, quanto ao modelo biopsicossocial e espiritual de saúde.

REFERÊNCIAS

AAMC. Association of American Medical Colleges. Learning objectives for medical student education - Report I. *Academic Medicine*, 1998; 74, n. 1, p13–18.

REZENDE CHA, ABRÃO CB, COELHO EP, PASSOS LBS. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Brasileira Educação Médica*, 2008; 32, n. 3, p. 315-23.

AGUIAR SM, VIEIRA APGF, VIEIRA KMF, AGUIAR SM, NÓBREGA JO. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de Medicina. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 2009; 58, n. 1, p. 34-8.

AHMED I, BANU H, AL-FAGEER R, AL-SUWAIDI R. Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *Journal of critical care*, 2009; 24, n. 3, p. e1-e7.

ALBUQUERQUE AS, TRÓCCOLI, BT. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 2004; 20, n. 2, p. 153-164.

ALEXANDRINO-SILVA C, PEREIRA MLG, BUSTAMANTE C, FERRAZ AC, BALDASSIN S, ANDRADE AG, ALVES TC. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs: a cross-sectional study. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 2009; 31(4):338-44.

AL-FARIS EA, IRFAN F, VAN-DER-VLEUTEN CP, NAEEM N, ALSALEM A, ALAMIRI N, ALRAIYES T, ALFOWZAN M, ALABDULSALAM A, ABABTAIN A, ALJABAB S, BUKHARI M, ALSINAIDI O, ALOFAISAN Y. The prevalence and correlates of depressive symptoms from an Arabian setting: A wake up call. *Medical Teacher*, 2012; 34, n. sup1, p. S32-S36.

ALMINHANA LO, MENEZES-JÚNIOR A, MOREIRA-ALMEIDA A. Personalidade, religiosidade e qualidade de vida em indivíduos que apresentam experiências anômalas em grupos religiosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 2013; 62, n. 4, p. 268-274.

ALVES JGB, TENÓRIO M, ANJOS AG, FIGUEROA JN. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. *Revista Brasileira Educação Médica*, 2010; 34, n. 1, p. 91-6.

ALVES TCTF. Depressão e ansiedade entre estudantes da área de saúde. *Revista de Medicina*, 2014; 93, n. 3, p. 101-105.

AMARAL GF; GOMIDE LMP; BATISTA MP; PICCOLO PP; TELES TBG; OLIVEIRA PM, PEREIRA MAD. Sintomas depressivos em acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. *Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul*. 2008; 30:124-30.

APA, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2002. *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed., Porto Alegre, Artmed. 880 p.

APA, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2014. *DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5ª ed., Porto Alegre, Artmed.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (4a ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas.

ANANDARAJAH G, HIGHT EI. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *American Family Physician*, 2001; 63, n. 1, p.81–88.

ANANDARAJAH G, MITCHELL, SM. A spirituality and medicine elective for senior medical students: 4 years' experience, evaluation, and expansion to the family medicine residency. *Family Medicine*, 2007; 39, n. 5, p.313-315.

ANDRADE L, GORENSTEIN C, VIEIRA-FILHO AAG, TUNG TC, ARTES R. Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2001; 34(3), 367-74.

ANDRADE L, GORENSTEIN C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 34, 367-374, 2001. *Artmed*, 948 p

BALDASSIN S, ALVES TCDTF, ANDRADE AG, NOGUEIRA-MARTINS LA. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Medicina Educação*. 2008; 8:60.

BALDASSIN S. Ansiedade e depressão no estudante de Medicina: revisão de estudos brasileiros. *Cadernos ABEM*, 2010: 6(6), 19-26.

BALDASSIN S, MARTINS LC, ANDRADE AG. Traços de ansiedade entre estudantes de Medicina. *Arquivos médicos do ABC*, 2006; 31, n. 1.

BARROS NMGC, HONÓRIO LC. Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense. *REGE-Revista de Gestão*, 2015; 22, n. 1, p. 21-39.

BASSOLS AM; OKABAYASHI LS; SILVA AB; CARNEIRO BB; FEIJÓ F; GUIMARÃES GC, CORTES GN, ROHDE LA, EIZIRIK CL. Medical school: First- and last-year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms? *Revista Brasileira Psiquiatria*. 2014; 36(3).

BASSOLS MAS; SORDI AO; EIZIRIK CL; SEEGER GM; RODRIGUES GS; RECHE M. A prevalência de estresse em uma amostra de estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Rev HCPA*. 2008; 28(3):153-7.

BDI-II: Inventário de Depressão de Beck II / adaptação para o português: Clarice Gorenstein.... [et al.] – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

BECK A. Inventário de ansiedade de Beck. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

BECK AT, STEER RA, BROWN GK. Inventario de depressão de Beck (BDI-II). Pearson, 2011.

BECK AT, STEER RA, BROWN GK. Beck depression inventory-II. San Antonio, TX, 1996; p. 78204-2498.

BECK AT, STEER RA. Beck Hopelessness Scale. Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation, (1993a).

BECK AT, EPSTEIN N, BROWN G, STEER RA. An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988; 56, 893-897

BECK AT, SHAW B, RUSH AJ, EMERY G. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar. Tradução Brasileira de Vera Ribeiro.

BECK AT, STEER RA, BROWN GK. BDI-II: Beck Depression Inventory Manual. (2nd. ed.) San ANTONIO, TX: Psychological Corporation, (1996)

BECK AT, STEER RA. Manual for the Beck Hopelessness Scale. San ANTONIO, TX: The Psychological Corporation, (1998).

BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 1961; 4, 561-571.

BECK JS. 2013. *Terapia Cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2ª ed., Porto Alegre, Artmed, 413 p.

BENEVIDES-PEREIRA A, GONÇALVES M. Emotional disorders during medical training: a longitudinal study. *Revista Brasileira Educação Medica*. 2009; 33(1):10-23.

BICALHO RFS. Estresse, fatores de pressão no trabalho e comprometimento com a carreira: Estudos de Caso com Médicos da UPA CENTRO-SUL de Belo Horizonte. Projetos, dissertações e teses do Programa de Doutorado e Mestrado em Administração, 2016; 6, n. 1.

BONELLI RM, KOENIG HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of religion and health*, 2013; 52, n. 2, p. 657-673.

BORGES DC, ANJOS GL, OLIVEIRA LR, LEITE JR, LUCCHETTI G. Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de Medicina. *Revista Sociedade Brasileira Clinica Medica*, 2013; 11, n. 1, p. 6-11.

BORGES MS, SANTOS MBC, PINHEIRO TG. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2015; 68, n. 4, p. 609-616.

CAVESTRO JDM, ROCHA FL. Depression prevalence among university students. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*. 2006; 55(4):264-267.

CHIAPETTI N, SERBENA CA. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma Universidade de Curitiba. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2007; 20, n. 2.

CLARK DA, BECK AT. 2012. *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática*. Porto Alegre, Artmed, 640 p.

COELHO CL, CRIPPA JA, SANTOS JL, PINSKY I, ZALESKI M, CAETANO R, LARANJEIRA R. Higher prevalence of major depressive symptoms in Brazilians aged 14 and older. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 2013; 35:142-9.

COSTA LSM, PEREIRA CAA. Bem-estar Subjetivo: aspectos conceituais. *Arquivos Brasileiros. Psicologia*. Rio de Janeiro, 2007; 59, n. 1, p. 72-80, jun.

CUNHA DHF, MORAES MA, BENJAMIN MR, SANTOS AMN. Percepção da qualidade de vida e fatores associados aos escores de qualidade de vida de alunos de uma escola de Medicina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2018; 66(4), 189-196.

CUNHA JA. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CURCIO CSS, LUCCHETTI G, MOREIRA-ALMEIDA A. Validation of the Portuguese version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS-

P) in clinical and non-clinical samples. *Journal of Religion and Health*, 2015; 54, n. 2, p. 435-448.

DAHLIN ME, RUNESON B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Medica Educação*. 2007; 7:6.

DALGALARRONDO P. 2008. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª ed., Porto Alegre, Artmed, 438 p

DALGALARRONDO P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. *Revista Brasileira. Psiquiatria*, 2006; 28, n. 3, p. 177-178.

DIENER E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 2000; 55, 34-43.

DIENER E. Subjective well-being. In E. Diener (Ed.) *The science of subjective well-being: The collected works of Ed Diener*. New York, NY: Springer, 2009; pp. 11-58.

DIENER E. New findings and future directions for subjective well-being research. *American Psychologist*, 2012; 67, 590-597.

DIENER E, LUCAS RE, OISHI S. Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. New York, NY: Oxford University Press. 2002; pp. 63–73

DIENER E, OISHI S, LUCAS RE. Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 2003; 54, 403-425.

DYRBYE LN, THOMAS MR, SHANAFELT TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006; 81(4):354-73.

FARO, A. Um modelo explicativo para o bem-estar subjetivo: estudo com mestrandos e doutorandos no Brasil. *Psicologia. Reflexão. Crítica*. Porto Alegre, 2013; 26, n. 4, p. 654-662, dez.

FIEDLER PT. Avaliação da qualidade de vida do estudante de Medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FLANNELLY KJ, CHRISTOPHER G, ADRIENNE L. Methodologic issues in research on religion and health. *Southern Medical Journal*, 2004; 97:1231-1241.

FLECK M, CHACHAMOVICH E, TRENTINI CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2003; 37, n. 6, p. 793-799.

FLECK MP, BERLIM MT, LAFER B, SOUGEY EB, DEL-PORTO JA, BRASIL MA, JURUENA MF, HETEM LA. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2009; 31, n. suppl 1, p. S7-S17.

FURLANETTO LM, MENDLOWICZ MV, ROMILDO-BUENO J. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medial inpatients. *J. Affect Disord*. 2005; 86,87-91

GALINHA I, PAIS-RIBEIRO JL. História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2005b; 6 (2), 203-214.

GALINHA I, PAIS-RIBEIRO JL. Cognitive, affective and contextual predictors of subjective well-being. *International Journal of Wellbeing*, 2011; 2, 34–53.

GOMES-OLIVEIRA MH, GORENSTEIN C, NETO FL, ANDRADE LH, WANG YG. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2012; 34, n. 4, p. 389-394, DEC.

GONÇALVES JPB. Intervenções espirituais e/ou religiosas na saúde: revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos controlados. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GONÇALVES RJ. Transtorno mental comum nos estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP: uma análise longitudinal, Botucatu, 2014. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2014.

GORENSTEIN C, ANDRADE L. Validation of Portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory in brazilian subjects. *Braz. J. Med. Biol.* 1996; Res. 29(4). 453-7

GORENSTEIN C, ANDRADE L. Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. *Ver. Psiquiatria. Clínica.*, 1998; 25(%0, 245-50

GORENSTEIN C, ANDRADE L, VIEIRA-FILHO AHG, TENG CT, ARTES R. Psychometric porperties of portuguese version of the Beck depression inventory on brazilian college students. *J. Clin. Psychology*, 1999; 55(5), 553-62

GORENSTEIN C, ANDRADE L, ZANOLO E, ARTES R. Expression of depressive symptoms in a non-clinical brazilian adolescent sample. *Can. J. Psychiatric*, 2005; 50(3), 129-36

GREENSTREET W. From spirituality to coping strategy: making sense of chronic illness. *Br J Nurs*, 2006; 15, n. 17, p. 938-942.

HOJAT M, VERGARE MJ, MAXWELL K, BRAINARD G, HERRINE SK, ISENBERG GA, VELOSKI J, GONNELLA JS. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 2009; Washington DC, v. 84, p. 1182-1191.

HUFFORD DJ. An analysis of the field of spirituality, religion and health. Metanexus Institute, Bryn Mawr, PA, 2005.

IBRAHIM AK, KELLY SJ, ADAMS CE, GLAZEBROOK C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J Psychiatr Res*. 2012; 47:391-400.

KING MB, KOENIG HG. Conceptualizing spirituality for medical research and health service provision. *BMC Health Services Research*, 2009; 9, p.116.

KOENIG HG, BÜSSING A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*. 2010; 1:78-85.

KOENIG HG. Religion, spirituality and psychiatry: a new era in mental health care. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 2009; 54, n. 5, mai.

KOENIG HG. Role of religion and spirituality in coping with acute and chronic illness. *APA handbook of psychology, religion, and spirituality, Part III*. Washington: American Psychological Association; 2013; 278-9.

KOENIG HG et al. *Handbook of religion and health*. Oup Usa, 2012.

KOENIG HG. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2007; 34, n. S 1, p. 5-7.

KOENIG HG. Religion, spirituality and psychiatry: a new era in mental health care. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 2009; 54, n. 5, mai.

KOENIG HG. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J*, 2004; 97, n. 12, p. 1194-1200.

KOENIG HG. Spirituality in patient care: Why, how, when, and what. Templeton Foundation Press, 2013.

KOENIG HG, KING DE, CARSON VB. A history of religion, medicine and healthcare. In: Handbook of Religion and Health. Oxford University Press, New York, 2nd edition, 2012. p. 15-34

KOENIG HG, MCCULLOUGH ME, LARSON DB. Handbook of religion and health. Oxford: University Press USA; 2001.

KOENIG HG, PARKERSON GR, MEADOR KG. Religion Index for Psychiatric Research. American Journal Psychiatry, 1997; 154, n. 6, p.885-886.

LIMA MCP, DOMINGUES MS, CERQUEIRA ATAR. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de Medicina. Revista de Saúde Pública, 2006; 40, p. 1035-1041.

LOTUFO-NETO FA. Prevalência de Transtornos Mentais entre Ministros Religiosos. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1997.

LUCCHETTI G, OLIVEIRA LR, KOENIG HG, LEITE JR, LUCCHETTI ALG and for the SBAME Collaborators. Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBAME. BMC Medical Education, 2013; 13:162.

LUCCHETTI G et al. Cross-cultural differences in mental health, quality of life, empathy, and burnout between US and Brazilian medical students. Academic Psychiatry, 2018; 42, n. 1, p. 62-67.

LUCCHETTI G, GRANERO-LUCCHETTI AL, PERES MF, LEÃO FC, MOREIRA-ALMEIDA A, KOENIG HG. Validation of the Duke religion index: DUREL (Portuguese Version). J Relig Health, 2012a; 51, n. 2, p.579-586.

LUCCHETTI G, LUCCHETTI ALG, ESPINHA DCM, OLIVEIRA LR, LEITE JR, KOENIG HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. BMC Medical Education, 2012b; 12, p.78.

LUCCHETTI G, LUCCHETTI ALG. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). International Journal of Psychiatry in Medicine, 2014; 48, n. 3, p. 199-215.

LUCCHETTI G, LUCCHETTI ALG, VALLADA H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the portuguese language. São Paulo Medical Journal, 2013; 131, n. 2, p.112-122.

LUPO MK, STROUS RD. Religiosity, anxiety and depression among Israeli medical students. *Israel Medical Association Journal*, 2011; 13(10), 613-618.

MACEDO PNAG, NARDOTTO LL, DIECKMANN LHJ, FERREIRA YD, MACEDO BAG, SANTOS MAP, MARCO MA. Factors associated with depressive symptoms in a sample of Brazilian medical students. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(4):595-604.

MARAFANTI I, D'ELIA G, PINHEIRO MCP, CORDEIRO Q, ALVES TCTF. Influência de sintomas ansiosos no desempenho acadêmico de formandos de Medicina. *Apoio: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho*, 2013; p. 18.

MARQUES AM. Sentido da vida, espiritualidade e saúde mental-Que relação? *Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*, 2016.

MARQUES LF, SARRIERA JC, DELL'AGLIO DD. Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). *Avaliação Psicológica*, 2009; 8, n. 2, p. 179-186.

McCULLOUGH ME, HOYT T, LARSON DB, KOENIG HG, THORESEN C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol*, 2000; 19, n. 3, p.211-222.

MOREIRA-ALMEIDA A, KOENIG HG, LUCCHETTI G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2014;36(2), 176-182.

MOREIRA-ALMEIDA A. Mitos históricos sobre a relação entre ciência e religião. *Rev Psiq Clín*. 2009; 36, n. 6, p.252-253.

MOREIRA-ALMEIDA A, LOTUFO-NETO F, KOENIG HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo* , 2006; 28, n. 3, p. 242-0, Set.

MOREIRA-ALMEIDA A, LUCCHETTI G. Panorama das pesquisas em ciência, Saúde e Espiritualidade. *Ciência e Cultura*, 2016; 68, n. 1, p.54-57.

MOREIRA-ALMEIDA A, PERES MF, ALOE F, LOTUFO-NETO F, KOENIG HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Rev. Psiq. Clín*. 2008; 35, n. 1, p.31-32.

MOREIRA-ALMEIDA A, STROPPIA A. Espiritualidade e saúde mental: o que as evidências mostram? *Revista Debates em Psiquiatria*, 2012; 2, n. 6, p.34-41.

MOUTINHO ILD, MADDALENA NDCP, ROLAND RK, LUCCHETTI ALG, TIBIRIÇÁ SHC, EZEQUIEL ODS, LUCCHETTI G. Depression, stress and anxiety in medical students: a cross-sectional comparison between students from different semesters. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2017: 63(1), 21-28.

MURAKAMI R, GOMES-CAMPOS CJ. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2012; 65, n. 2.

OLIVEIRA GS, ROCHA CA, SANTOS BEF, SENA IS, FAVARO L, GUERREIRO MC. Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de Medicina da Universidade Federal do Amapá. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 2017; 5, n. 3.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo. Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/>. Acesso 26.05.18

PALOUTIZIAN R, LONELINESS EC. Spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley and Sons, 1982, 224-35.

PAULA JA PAULA JA, BORGES AMFS, BEZERRA LRA, PARENTE HV, PAULA RCA, WAJNSZTEJN R, CARVALHO AAS, VALENTI VE, ABREU LC. Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de Medicina. *Journal of Human Growth and Development*, 2014; 24, n. 3, p. 274-281.

PEREIRA MAD. O sofrimento psíquico na formação médica: percepções e enfrentamento do estresse por acadêmicos do curso de Medicina. 2014. 174 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

PEREIRA PBOS. Bem-Estar e busca de ajuda: um estudo junto a alunos de Medicina ao final do curso / Paula Bertozzi de Oliveira e Sousa Leão Pereira. -- São Paulo, 2010. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

PILLAY N, RAMLALL S, BURNS JK. Spirituality, depression and quality of life in medical students in KwaZulu-Natal. *South African Journal of Psychiatry*, 2016; 22(1), 1-6.

PINTO C, PAIS-RIBEIRO JL. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 2007; 21, n. 2, p. 47-53.

PORCU M, FRITZEN CV, CANO MFF, BEMVIDES MN, COLOMBARI I. Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos em uma área de saúde da família no município de Maringá, Estado do Paraná. *Acta Sci.*, 2002; 24(3), 703-5.

PUCHALSKI C. Spirituality and Medicine: Curricula in Medical Education. *Journal of Cancer Education*, 2006; 21, n. 1, p.14-18.

QUINCE TA, WOOD DF, PARKER RA, BENSON J. Prevalence and persistence of depression among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school. *BMJ Open*. 2012; 2:001519.

QUINTANA AM, RODRIGUES AAT, ARPINI DM, BASSI LA, CECIM OS, SANTOS MS. A angústia na formação do estudante de Medicina. *Rev Bras Educ Med*, 2008; 32, n. 1, p. 7-14.

REGINATO V, DE-BENEDETTO MAC, GALLIAN DMC. Espiritualidade e Saúde: uma experiência na graduação em Medicina e enfermagem. *Trab. Educ. Saúde*, 2016; 14, n. 1, p.237–255.

RICHTER P, WERNER J, HEERLEIN A, SAUER H. On the validity of the Beck Depression Inventory. A review, *Psychopatology*. 1998; 31(3), 160-8.

ROTENSTEIN LS, RAMOS MA, TORRE M, SEGAL JB, PELUSO MJ, GUILLE C, SEN S, MATA DA. Prevalence of depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016; 21:2214-2236.

SANTANA JA, VANZELLA A, LONGO GS, YAKABE MF, PROGIANTE SH, LUCCHETTI G, OLIVEIRA LR, LEITE JR, ÁVILA AA. Avaliação da espiritualidade e religiosidade dos estudantes de Medicina e implicações frente a sua formação médica. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 2010; 17, Supl. 1.

SANTOS AG, FALCÃO EBM, CERQUEIRA R. Praticar ciência: estudantes ensinam como aprender teoria da evolução e lidar com as crenças religiosas. *Alexandria: Revista de Educação em Ciência e Tecnologia*, 2016; 9, n. 1, p. 103-130.

SATTERLY L. Shame and religious and spiritual pain. *Holistic Nursing Practice* 2001; 15:30-39.

SERINOLLI MI, MONTEIRO MPO, EL-MAFARJEH E. Antecedente de ansiedade, síndrome do pânico ou depressão e análise do impacto na qualidade de vida em estudantes de Medicina. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 2015; 4, n. 2, p. 113.

SILVA JB. A espiritualidade no cuidado em saúde: concepções de estudantes de Medicina e de enfermagem, 2015. 93 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

SIQUEIRA M, PADOVAM V. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2008; 24 (2), 201-209.

SOUZA L. Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em acadêmicos de Medicina. Doutorado (tese). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 2010.

STROPPIA A, MOREIRA-ALMEIDA A. Religiosidade e saúde. Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da Medicina, Belo Horizonte, Inede, 2008.

TABALIPA FO, SOUZA MF, PFÜTZENREUTER G, LIMA VC, TRAEBERT E, TRAEBERT J. Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students. Rev. bras. educ. med. Rio de Janeiro, 2015; 39, n. 3, p. 388-394, Sept.

TAUNAY TC, CRISTINO ED, MACHADO MO, ROLA FH, LIMA JWO, MACÊDO DS, GONDIM FAA, MOREIRA-ALMEIDA A, CARVALHO AF. Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). Rev Bras Psiquiatr. 2012; 34:76-81.

TENÓRIOI LP, ARGOLO VA, SÁ HP, MELO EV, COSTA EFO. Saúde mental de Estudantes de Escolas médicas com diferentes modelos de Ensino medical Students mental Health under Different Educational models. Revista Brasileira de educação Médica, 2016; 40, n. 4, p. 574-582.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41:1403-9.

VASEGH S, MOHAMMADI MR. Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 2007; 37(2), 213-227.

VOLCAN SMA, SOUSA, PLR, MARI JJ, HORTA BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. Revista de Saúde Pública, 2003; 37, n. 4, p. 440-445.

WACHHOLTZ A, ROGOFF M. A relação entre espiritualidade e burnout entre estudantes de Medicina. J Contemp Med Educ. 2013; 1 (2): 83-91.

WANG YP, GORENSTEIN C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2013; 35, n. 4, p. 416-431, OCT-DEC.

WHO, World Health Organization. 1998. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). Report on WHO consultation. MNH/MAS/ MHP/98.2 WHO, Genebra. 22 pp.

WHOQOL SRPB. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medicine*, 2006; 62, n. 6, p.1486-1497.

YEH YC, YEN CF, LAI CS, HUANG CH, LIU KM, HUANG IT. Correlations between academic achievement and anxiety and depression in medical students experiencing integrated curriculum reform. *Kaohsiung J Med Sci*. 2007; 23(8):379-86.

ZANETTI GC, LEMOS GL, GOTTI ES, MACHADO TJ, SILVA AP, REZENDE EAMR. The Perception of Medical Students as well as Students from Other Health-Related Areas Regarding the Relations between Spirituality, Religiosity and Health. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2018; 42, n. 1, p. 67-74.

ZUGMAN S, NEUFELD CB. Conceitualização cognitiva de um caso de paranóia de Freud. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2012; 8(1), 47-54.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Página 1 de 4



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UFMA/DOCTORADO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal do Maranhão / Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde. **Endereço:** Av. dos Portugueses, 1966 – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UFMA, Bacanga, São Luís - MA, 65080-805, (98) 3272-8000.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título da pesquisa:

ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E MORBIDADES EM ESTUDANTES DE MEDICINA: estudo comparativo de duas universidades brasileiras

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto

Contatos Pesquisador Responsável: Endereço: Av. dos Portugueses, 1966 – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UFMA, Bacanga, São Luís - MA, 65080-805, (98) 3272-8000. **Endereço eletrônico:** jafneto@terra.com.br **Telefone:** (98) 9971-8194

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) em uma pesquisa.

Qual o objetivo do estudo?

- Avaliar a espiritualidade e morbidade durante a formação acadêmica em estudantes de medicina de duas instituições de ensino superior no Estado do Maranhão e avaliar as diferentes formas de como os estudantes respondem as questões sobre o tema.

Porquê?

- Porque acreditamos que a sua espiritualidade e religiosidade sofrem influência do cientificismo da graduação em Medicina;
- Porque gostaríamos de conhecer o que você acredita ser a espiritualidade e religião, e qual a importância de disto para a sua saúde mental, durante a formação acadêmica;
- Quem sabe após os resultados, possamos colaborar com a implantação de um serviço de apoio psicopedagógico aos alunos.

Como o estudo será feito?

A pesquisa será feita da seguinte maneira: você responderá um questionário, por

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Continuação)

Página 2 de 4

aproximadamente 60 minutos. Os questionários serão: o Questionário Sócio demográfico/econômico, o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), que avalia a sua religiosidade, a Escala de avaliação de espiritualidade em contextos de saúde (que avalia a sua espiritualidade), o Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES), a qual avalia a sua qualidade de vida, o Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II) (que avalia níveis de depressão) e Beck Anxiety Inventory (BAI), o qual avalia a existência de ansiedade.

Há riscos? Como contornar esses riscos?

1. Esta pesquisa não oferece risco de morte, PORÉM, se apresentar alguns riscos, estes serão considerados mínimos e se referem a eventuais constrangimentos, aflições durante o processo de entrevista o que torna direito do participante em sair da pesquisa no momento que quiser. Na ocorrência de algumas dessas situações os pesquisadores garantem aos participantes o encaminhamento ao serviço de apoio social existente na instituição e o acompanhamento de um profissional especializado.
2. Ressaltamos também que no caso de constrangimento em compartilhar algumas das suas informações pessoais ou confidenciais e que tenha medo delas serem compartilhadas com outras pessoas, os dados da pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado total sigilo sobre sua participação;
3. Você contará com o apoio do pesquisador se necessário, em todas as etapas de sua participação no estudo.

O que posso esperar de benefício?

1. Apoio e orientação sobre a espiritualidade/morbididades/depressão e ansiedade durante o período da pesquisa direto ou indireto, imediato ou posterior, ao participante em decorrência de sua participação na pesquisa (II.4, Res. 466/12).
2. Você ter conhecimento de fatores como depressão, ansiedade, e como lidar com sua religiosidade e espiritualidade;
3. Que este estudo seja uma forma de divulgar o perfil de saúde dos acadêmicos de medicina e contribua para uma melhoria das condições de saúde nesta população.

Esclarecimentos:

Sempre que você desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar sua permissão, sem que para isto sofra qualquer penalidade ou prejuízo.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Continuação)

Página 3 de 4

Sobre sigilo das informações:

Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela sua participação. Apenas os responsáveis pelo estudo terão acesso as suas informações e a divulgação destas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Há custos?

Não haverá nenhum custo ou gratificação financeira pela sua participação neste estudo.

Informações adicionais:

Você será indenizada por qualquer despesa que venha a ter com sua participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para essas despesas estão garantidos os recursos.

O que são os CEP?

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O endereço e o contato do CEP que esta avaliando o desenvolvimento deste trabalho é:

Contatos do CEP: Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: Centro, Comitê de Ética **CEP:** 65.020-070 **UF:** MA **Município:** São Luís
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br

Como participo do estudo?

No caso de aceitar fazer parte do estudo, assine as duas páginas que estão no final deste documento, com igual conteúdo. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. É importante lembrar que este termo também será assinado em todas as páginas pelos pesquisadores envolvidos neste estudo.

São Luis, ____ / ____ / ____

Assinatura do sujeito ou responsável

Assinatura do pesquisador: _____

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Continuação)

Página 4 de 4

Contatos Pesquisador Responsável: Endereço: Av. dos Portugueses, 1966 – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UFMA, Bacanga, São Luís - MA, 65080-805, (98) 3272-8000. **Endereço eletrônico:** jafneto@terra.com.br **Telefone:** (98) 9971-8194

Contatos do CEP: Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040 **UF:** MA **Município:** São Luís
Telefone: (98) 3272-8708 **Fax:** (98) 3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

APÊNDICE B – Questionário sóciodemográfico



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UFMA/DOTORADO

PESQUISA: Espiritualidade e morbidades em estudantes de medicina: estudo comparativo de duas universidades brasileiras
Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto (Pesquisador responsável)
Joana Katya Veras Rodrigues Sampaio Nunes (Pesquisador responsável)

Questionário Sóciodemográfico

Nome:					
Idade:		anos		Procedência:	
Contatos: coloque o DDD:					
Gênero					
1 () Masculino		2 () Feminino		3 () Outros	
Cor ou Raça auto-referida:					
() Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Outra					
Em qual período/semestre de graduação está cursando?					
1 () 1º período		5 () 5º período		9 () 9º período	
2 () 2º período		6 () 6º período		10 () 10º período	
3 () 3º período		7 () 7º período		11 () 11º período	
4 () 4º período		8 () 8º período		12 () 12º período	
1. Instituição de ensino:					
Forma de Acesso ao ensino superior: Privada.					
1 () Vestibular Tradicional		2 () ProUni		3 () Fies 4 () Outros	
2. Forma de Acesso ao ensino superior: Pública.					
1 () Universal		2 () Escola pública		3 () Negros 4 () Indígenas 5 () Deficientes 6 () ProUni	
3. Estado civil?					
1 () Solteiro		2 () Casado		3 () Viúvo 4 () Divorciado/separado	
4. Vínculo empregatício?					
1 () Sim 2 () Não 3 () SOMENTE ESTUDANTE					
5. Renda Mensal: R\$					
6. Moradia					
1 () sozinho		2 () com a família		3 () com amigos 4 () moradia cedida pela universidade (ajuda de custo)	
7. Religião ou crença?					
1 () Católica		2 () Adventista		3 () Espírita 4 () Sem religião 5 () Religiões afro-brasileiras 6 () Cultos asiáticos	
7 () Outros quais?		8 () Mudou de religião de		para	
8. Você se considera uma pessoa espiritualizada?					
1 () Sim		2 () Não			
9. Você acha que sua espiritualidade/religiosidade e/ou fé diminuiu ultimamente					
1 () Sim		2 () Não			
10. Já realizou algum curso ou formação das relações entre Religiosidade/Espiritualidade e Saúde durante sua formação?					
1 () Sim		2 () Não			
11. Teria interesse em aprofundar seus conhecimentos nesse campo?					
1 () Sim		2 () Não			
12. Em sua opinião, o estudo das relações entre saúde, religião e espiritualidade deveria ser incluído nos currículos dos cursos da área de saúde?					
1 () Sim		2 () Não			
13. Você acha que os estudantes de Medicina valorizam a Religiosidade/Espiritualidade em seu bem-estar como estratégias de enfrentamento?					
1 () Sim		2 () Não			
14. Sobre os conceitos de espiritualidade o que você entende melhor segundo os pesquisadores abaixo. Assinale aquela que você considera a mais completa. Você pode marcar duas opções					
1 () Espiritualidade é "a busca pessoal de respostas sobre o significado da vida por meio de conceitos que transcendem o tangível" (VOLCAN et al. 2003).					
2 () Espiritualidade seria a transcendência: aquilo que ultrapassa e está além deste mundo; conexão: ligação com as pessoas, com a natureza e com o cosmos, seja ela de caráter intrapessoal, interpessoal ou transpessoal (SILVA, 2008).					
3 () Um indivíduo pode se dizer espiritualizado sem que haja a necessidade de vinculação religiosa ou reverência a determinado "Deus" (Miller & Thorensen, 2003; Panzini & Bandeira, 2005).					
4 () Espiritualidade é a aproximação do sagrado ou transcendental através da busca pessoal de compreensão das questões da vida, que pode não necessariamente estar vinculada a uma determinada religião (KOENIG et al. 2013).					
15. Hábitos de vida					
Tabagismo		Ingestão de Alcool		Atividade Física	
1 () Sim 2 () Não		1 () Sim 2 () Não		1 () Sim 2 () Não	
16. Uso de medicamentos ou drogas ilícitas					
1 () Não		2 () Sim, quais: _____			
17. Você acha que sua religiosidade/espiritualidade aumentou ou diminuiu no decorrer de sua formação?					
Religiosidade 1 () diminuiu		2 () aumentou		3 () não sabe	
Espiritualidade 1 () diminuiu		2 () aumentou		3 () não sabe	

ANEXOS

ANEXO A- Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) - Fonte: Moreira-Almeida et al. (2008)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UFMA/DOTORADO**

PESQUISA: Espiritualidade e morbidades em estudantes de medicina: estudo comparativo de duas universidades brasileiras

Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto (Pesquisador responsável)

Joana Katya Veras Rodrigues Sampaio Nunes (Pesquisador responsável)

Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) - Fonte: Moreira-Almeida et al. (2008)

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

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1. Mais do que uma vez por semana | 4. Algumas vezes por ano |
| 2. Uma vez por semana | 5. Uma vez por ano ou menos |
| 3. Duas a três vezes por mês | 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 | 4. Uma vez por semana |
| 2. Diariamente | 5. Poucas vezes por mês |
| 3. Duas ou mais vezes por semana | 6. Raramente ou nunca |

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

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

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

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

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

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

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1. Totalmente verdade para mim | 4. Em geral não é verdade |
| 2. Em geral é verdade | 5. Não é verdade |
| 3. Não estou certo | |

ANEXO B - Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UFMA/DOTORADO

PESQUISA: Espiritualidade e morbidades em estudantes de medicina: estudo comparativo de duas universidades brasileiras
Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto (Pesquisador responsável)
Joana Katya Veras Rodrigues Sampaio Nunes (Pesquisador responsável)

Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde

As frases /expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade / suas crenças pessoais, e ao modo como elas afetam a sua qualidade de vida.

Por favor, **marque** com uma **X** a opção que melhor expressar a sua opinião, na **última semana**. Não existe resposta certa ou errada. Não Concorde

		Não Concorde	Concorde um pouco	Concorde bastante	Plenamente de acordo
1	As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida.				
2	A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis.				
3	Vejo o futuro com esperança.				
4	Sinto que a minha vida mudou para melhor.				
5	Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida.				

Fonte: Pinto; Pais-Ribeiro (2007).

ANEXO C- Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UFMA/DOTORADO

PESQUISA: Espiritualidade e morbidades em estudantes de medicina: estudo comparativo de duas universidades brasileiras

Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto (Pesquisador responsável)

Joana Katya Veras Rodrigues Sampaio Nunes (Pesquisador responsável)

Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES)

Subescala 1

Gostaria de saber como você tem se sentido ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois marque o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

1) aflito	1 2 3 4 5	29) entusiasmado	1 2 3 4 5
2) alarmado	1 2 3 4 5	23) assustado	1 2 3 4 5
3) amável	1 2 3 4 5	24) dinâmico	1 2 3 4 5
4) ativo	1 2 3 4 5	25) engajado	1 2 3 4 5
5) angustiado	1 2 3 4 5	26) produtivo	1 2 3 4 5
6) agradável	1 2 3 4 5	30) desanimado	1 2 3 4 5
7) alegre	1 2 3 4 5	31) ansioso	1 2 3 4 5
8) apreensivo	1 2 3 4 5	32) indeciso	1 2 3 4 5
9) preocupado	1 2 3 4 5	33) abatido	1 2 3 4 5
10) disposto	1 2 3 4 5	34) amedrontado	1 2 3 4 5
11) contente	1 2 3 4 5	35) aborrecido	1 2 3 4 5
12) irritado	1 2 3 4 5	36) agressivo	1 2 3 4 5
13) deprimido	1 2 3 4 5	37) estimulado	1 2 3 4 5
14) interessado	1 2 3 4 5	38) incomodado	1 2 3 4 5
15) entediado	1 2 3 4 5	39) bem	1 2 3 4 5
16) atento	1 2 3 4 5	40) nervoso	1 2 3 4 5
17) transtornado	1 2 3 4 5	41) empolgado	1 2 3 4 5
18) animado	1 2 3 4 5	42) vigoroso	1 2 3 4 5
19) determinado	1 2 3 4 5	43) inspirado	1 2 3 4 5
20) chateado	1 2 3 4 5	44) tenso	1 2 3 4 5
21) decidido	1 2 3 4 5	45) triste	1 2 3 4 5
22) seguro	1 2 3 4 5	46) agitado	1 2 3 4 5
27) impaciente	1 2 3 4 5	47) envergonhado	1 2 3 4 5
28) receoso	1 2 3 4 5		

ANEXO C- Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES)**Subescala 2**

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

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

48. Estou satisfeito com minha vida	1	2	3	4	5
49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida	1	2	3	4	5
50. Avalio minha vida de forma positiva	1	2	3	4	5
51. Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal	1	2	3	4	5
52. Mudaria meu passado se eu pudesse	1	2	3	4	5
53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida	1	2	3	4	5
54. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim	1	2	3	4	5
55. Gosto da minha vida	1	2	3	4	5
56. Minha vida está ruim	1	2	3	4	5
57. Estou insatisfeito com minha vida	1	2	3	4	5
58. Minha vida poderia estar melhor	1	2	3	4	5
59. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida	1	2	3	4	5
60. Minha vida é "sem graça"	1	2	3	4	5
61. Minhas condições de vida são muito boas	1	2	3	4	5
62. Considero-me uma pessoa feliz	1	2	3	4	5

Fonte: Marques et al.(2009).

ANEXO D – Escala de Bem-Estar ESPIRITUAL- (MARQUES et al. 2009)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UFMA/DOTORADO

Espiritualidade e morbidades em estudantes de medicina: estudo comparativo de duas universidades brasileiras
Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto (Pesquisador responsável)
Joana Katya Veras R Sampaio Nunes (Pesquisador responsável)

Escala de Bem-Estar ESPIRITUAL							
	Fatores	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
1	Não encontro muita satisfação na oração pessoal com Deus	1	2	3	4	5	6
2	Não sei quem sou, de onde vim ou para onde vou	1	2	3	4	5	6
3	Creio que Deus me ama e se preocupa comigo	6	5	4	3	2	1
4	Sinto que a vida é uma experiência positiva	6	5	4	3	2	1
5	Acredito que Deus é impessoal e não se interessa por minhas situações cotidianas	1	2	3	4	5	6
6	Sinto-me inquieto quanto ao meu futuro	1	2	3	4	5	6
7	Tenho uma relação pessoal significativa com Deus	6	5	4	3	2	1
8	Sinto-me bastante realizado e satisfeito com a vida	6	5	4	3	2	1
9	Não recebo muita força pessoal e apoio de meu Deus	1	2	3	4	5	6
10	Tenho uma sensação de bem-estar à respeito do rumo que minha vida está tomando	6	5	4	3	2	1
11	Acredito que Deus se preocupa com meus problemas	6	5	4	3	2	1
12	Não aprecio muito minha vida	1	2	3	4	5	6
13	Não tenho uma relação pessoal satisfatória com Deus	1	2	3	4	5	6
14	Sinto-me bem acerca do meu futuro	6	5	4	3	2	1
15	Meu relacionamento com Deus ajuda-me a não me sentir sozinho	6	5	4	4	2	1
16	Sinto que a vida está cheia de conflito e infelicidade	1	2	3	4	5	6
17	Sinto-me plenamente realizado quando estou em íntima comunhão com Deus	6	5	4	3	2	1
18	A vida não tem muito sentido	1	2	3	4	5	6
19	Minha relação com Deus contribui para minha sensação de bem-estar	6	5	4	3	2	1

ANEXO E- Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UFMA/DOTORADO

PESQUISA: Espiritualidade e morbidades em estudantes de medicina: estudo comparativo de duas universidades brasileiras
 Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto (Pesquisador responsável)
 Joana Katya Veras R Sampaio Nunes (Pesquisador responsável)

Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II) ARG.04.11

DATA _____
 Nome: _____

Nº _____

Este questionário possui 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha **uma frase de cada grupo, que melhor descreve o modo como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo hoje. Faça um círculo em volta do número (0, 1, 2 ou 3)**, correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. **Se mais de uma afirmação em grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo.** Verifique se **você não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alteração no padrão de sono) e o item 18 (alteração no apetite).**

Q1	TRISTEZA	Q12	PERDA DE INTERESSE
0	Não me sinto triste.	0	Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
1	Eu me sinto triste grande parte do tempo.	1	Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2	Estou triste o tempo todo.	2	Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
3	Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.	3	É difícil me interessar por alguma coisa.
Q2	PESSIMISMO	Q13	INDECISÃO
0	Não estou desanimado (a) a respeito do meu futuro.	0	Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
1	Eu me sinto mais desanimado (a) a respeito do meu futuro do que de costume.	1	Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
2	Não espero que as coisas dêem certo para mim.	2	Tenho mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.
3	Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.	3	Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.
Q3	FRACASSO PASSADO	Q14	DESVALORIZAÇÃO
0	Não me sinto um fracasso (a).	0	Não me sinto sem valor.
1	Tenho fracassado mais do que deveria.	1	Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo com antes.
2	Quando penso no passado vejo muitos fracassos.	2	Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
3	Sinto que como pessoa sou um fracasso total.	3	Eu me sinto completamente sem valor.
Q4	PERDA DE PRAZER	Q15	FALTA DE ENERGIA
0	Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.	0	Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
1	Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.	1	Tenho menos energia do que costumava ter.
2	Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.	2	Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
3	Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.	3	Não tenho energia suficiente para nada.
Q5	SENTIMENTO DE CULPA	Q16	ALTERAÇÕES NO PADRÃO DE SONO
0	Não me sinto particularmente culpado (a).	0	Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
1	Eu me sinto culpado (a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.	1a	Durmo um pouco mais do que o habitual.
2	Eu me sinto culpado (a) a maior parte do tempo	1b	Durmo um pouco menos do que o habitual.
3	Eu me sinto culpado (a) o tempo todo.	2a	Durmo muito mais do que o habitual.
Q6	SENTIMENTOS DE PUNIÇÃO	2b	Durmo muito menos do que o habitual.
0	Não sinto que estou sendo punido (a)	3a	Durmo a maior parte do dia.
1	Sinto que posso ser punido (a).	3b	Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.
2	Eu acho que serei punido (a).	Q17	IRRITABILIDADE
3	Sinto que estou sendo punido (a)	0	Não estou mais irritado (a) do que habitual.
Q7	AUTO-ESTIMA	1	Estou mais irritado (a) do que o habitual.
0	Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo (a).	2	Estou muito mais irritado (a) do que o habitual.
1	Peri a confiança em mim mesmo (a)	3	Fico irritado (a) o tempo todo.
2	Estou desapontado (a) comigo mesmo (a).	Q18	ALTERAÇÕES DE APETITE

3	Não gosto de mim.	0	Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
Q8	AUTOCRÍTICA	1a	Meu apetite está um pouco menor do que o habitual
0	Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.	1b	Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
1	Estou sendo mais crítico (a) comigo mesmo (a) do eu costumava ser.	2a	Meu apetite está muito menor do que antes.
2	Eu me critico por todos os meus erros.	2b	Meu apetite está muito maior do que antes.
3	Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.	3a	Não tenho nenhum apetite.
Q9	PENSAMENTOS OU DESEJOS SUICIDAS	3b	Quero comer o tempo todo
0	Não tenho nenhum pensamento de me matar.	Q19	DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO
1	Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria adiante.	0	Posso me concentrar tão bem quanto antes.
2	Gostaria de me matar.	1	Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
3	Eu me mataria se tivesse oportunidade.	2	É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo
Q10	CHORO	3	Eu acho que não consigo me concentrar em nada
0	Não choro mais do que chorava antes.	Q20	CANSAÇO OU FADIGA
1	Choro mais agora do que costumava chorar.	0	Não estou mais cansado (a) ou fatigado (a) do que habitual.
2	Choro por qualquer coisinha.	1	Fico cansado (a) ou fatigado (a) mais facilmente do que o habitual.
3	Sinto vontade de chorar, mas não consigo.	2	Eu me sinto muito cansado (a) ou fatigado (a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer
Q11	AGITAÇÃO	3	Eu me sinto muito cansado (a) ou fatigado (a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer
0	Não me sinto mais inquieto (a) ou agitado (a) do que me sentia antes.	Q21	PERDA DE INTERESSE POR SEXO
1	Eu me sinto mais inquieto (a) ou agitado (a) do que me sentia antes.	0	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
2	Eu me sinto tão inquieto (a) ou agitado (a) que é difícil ficar parado (a).	1	Estou menos interessado (a) em sexo do que costumava estar.
3	Estou tão inquieto (a) ou agitado (a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.	2	Estou menos interessado (a) em sexo agora.
		3	Perdi completamente o interesse por sexo

ANEXO F - Beck Anxiety Inventory (BAI)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UFMA/DOTORADO

PESQUISA: Espiritualidade e morbidades em estudantes de Medicina: estudo comparativo de duas universidades brasileiras

Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto (Pesquisador responsável)

Joana Katya Veras R Sampaio Nunes (Pesquisador responsável)

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

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

SINTOMAS	0	1	2	3
	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas que pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1	Dormência ou formigamento			
2	Sensação de calor			
3	Tremores nas pernas			
4	Incapaz de relaxar			
5	Medo que aconteça o pior			
6	Atordoado ou tonto			
7	Palpitação ou aceleração do coração			
8	Sem equilíbrio / inseguro (a)			
9	Aterrorizado (a)			
10	Nervoso (a)			
11	Sensação de sufocação			
12	Tremores nas mãos			
13	Trêmulo (a)			
14	Medo de perder o controle			
15	Dificuldade de respirar			
16	Medo de morrer			
17	Assustado (a)			
18	Indigestão ou desconforto no abdômen			
19	Sensação de desmaio			
20	Rosto afoqueado (rubor facial)			
21	Suor (não devido ao calor)			

Fonte: Beck, Steer, Brown (1996)

ANEXO G – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E MORBIDADES EM ESTUDANTES DE MEDICINA: estudo comparativo de duas universidades brasileiras.

Pesquisador: Jose Albuquerque de Figueiredo Neto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 61413016.6.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.900.196

Apresentação do Projeto:

Estudos nacionais e internacionais sobre Religiosidade/Espiritualidade(R/E) demonstram que grande parte da população utiliza a R/E para dar sentido à vida, superar crises, enfrentar doenças e outras situações da vida, evidenciando uma melhora na sua saúde física e mental, maior bem estar geral e menores índices de uso/abuso de substâncias de depressão e ansiedade e de comportamento suicida. No Brasil, Cavestro e Rocha(2006), Cerchiari, Caetano e Faccenda(2005), Paula et al., (2014), confirmam a prevalência de depressão entre os estudantes de medicina de 28,8% com relatos de adoecimento para alguns transtornos psiquiátricos em estudantes que variam de 15% a 25%. O Objetivo deste estudo é avaliar o impacto da religiosidade/espiritualidade e sua relação com os níveis de depressão e ansiedade presentes em alunos de medicina de duas instituições de ensino superior. Trata-se de um estudo transversal analítico comparativo e será desenvolvido na Universidade Federal do Maranhão, no Hospital Universitário da UFMA, Unidades Materno-Infantil e Presidente Dutra (acadêmicos do internado médico, na clínica médica e cirúrgica adulta e pediátrica), na Universidade CEUMA. Farão parte do estudo, acadêmicos matriculados do primeiro ao sexto ano, independente da idade e sexo, nos cursos de graduação em medicina da Universidade CEUMA e da Universidade Federal do Maranhão resultando em uma amostra final de 254 acadêmicos na

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1900.196

Universidade CEUMA e 250 acadêmicos na Universidade Federal do Maranhão. A coleta de dados dar-se-á da seguinte forma: os acadêmicos serão convidados a participar do estudo, por meio do TCLE, a partir deste instrumento serão explicados os objetivos e métodos da pesquisa. Após concordância, os acadêmicos deverão assinar o TCLE. A coleta consistirá em uma entrevista, de aproximadamente 60 minutos (informação esta que será fornecida aos avaliados antes de concordarem em participar do estudo), com aplicação de instrumentos autoaplicáveis e também aplicada pelo entrevistador. Os acadêmicos deverão responder aos questionários: o Questionário Sócio demográfico/econômico, o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), o Escala de avaliação de espiritualidade em contextos de saúde, o Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES), o Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II) e Beck Anxiety Inventory (BAI). O período da coleta de dados será de 01/03/2017 a 31/07/2017. Financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

-Avaliar o impacto da religiosidade/espiritualidade e sua relação com os níveis de depressão e ansiedade presentes em alunos de medicina de duas instituições de ensino superior.

OBJETIVO SECUNDÁRIO:

- Caracterizar as variáveis socioeconômicas e demográficas das duas amostras estudadas; • Comparar os níveis de depressão, ansiedade entre as duas amostras estudadas;
- Verificar as diferenças entre os níveis de espiritualidade/religiosidade entre as duas amostras estudadas que ingressam por quotas (Tradicional, ProUni, Fies, Negros, indígenas ou Deficientes);
- Relacionar a espiritualidade/religiosidade entre alunos de distintos períodos das duas amostras estudadas;
- Correlacionar depressão, ansiedade com a espiritualidade/religiosidade das duas amostras estudadas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador, a pesquisa não oferece risco de morte, PORÉM, se apresentar alguns riscos, estes serão considerados mínimos e se referem a eventuais constrangimentos, aflições durante o processo de entrevista o que torna direito do participante em sair da pesquisa no momento que quiser. Na ocorrência de algumas dessas situações os pesquisadores garantem aos participantes o encaminhamento ao serviço de apoio social existente na instituição e o acompanhamento de um profissional especializado. Quanto aos benefícios, estes correspondem ao apoio e orientação sobre a espiritualidade/morbididades/depressão e ansiedade durante o

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.900.196

Declaração de Pesquisadores	ANUENCIA.pdf	03/10/2016 16:55:49	Jose Albuquerque de Figueiredo Neto	Aceito
-----------------------------	--------------	------------------------	-------------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 27 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br