



RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

Religiosity and mental health in the context of the Covid-19 pandemic in Brazil

Daniel Dornelles Bastos¹, Alan Luiz Frigeri², Camilo Darsie³, Marcelo Carneiro⁴

1. Médico; formado pela Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: dbastos@mx2.unisc.br
2. Médico; formado pela Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.
3. Doutor; Programa de Pós-graduação em Educação e Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.
4. Doutor; Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

RESUMO

Introdução: a pandemia de Covid-19 impactou as vidas de diversas pessoas e seus efeitos clínicos e sociais ainda são percebidos. Para além da doença, fatores econômicos, políticos e culturais foram transformados, especialmente em decorrência das práticas de controle espacial desempenhadas durante os momentos mais críticos da emergência sanitária. Neste contexto, a religiosidade emergiu como dinâmica capaz de influenciar índices de saúde mental. De acordo com estudos, em diversos países ocorreram manifestações religiosas associadas aos cuidados de saúde, com o objetivo de promover amparo aos seus adeptos. **Objetivo:** relacionar dados socioeconômicos a escores de religiosidade e qualidade de vida, medo da Covid-19 e sintomas depressivos durante a pandemia de Covid-19, no Brasil. **Método:** estudo transversal, realizado através de questionário online, visando formar uma amostragem “bola de neve”, em território brasileiro. Foram aplicados questionários de perfil socioeconômico, escala de medo da Covid-19, religiosidade e qualidade de vida. A análise de dados foi quantitativa e qualitativa, analisados os dados absolutos e percentuais na modalidade de análise temática, a partir do cruzamento dos resultados de cada questionário e aporte teórico. **Resultados:** foram obtidas 226 respostas válidas, de 11 estados brasileiros, majoritariamente de mulheres autodeclaradas brancas, abaixo dos 50 anos de idade, com renda familiar acima de R\$ 5.000,00 mensais, com alta prevalência de religiosidade. Ocorreram baixas pontuações na escala de medo e alta prevalência de sintomas depressivos. **Conclusão:** o presente trabalho demonstrou adesão elevada à religiosidade e forte correlação entre religiosidade e qualidade de vida, porém baixa relação entre exercício de crenças e saúde mental diante das ondas de Covid-19. Ainda, foram detectadas altas pontuações referentes à sintomatologia depressiva-ansiosa, o que indica que, entre os sujeitos pesquisados, a religiosidade não interferiu significativamente no âmbito da saúde mental.

Palavras-Chave:
Covid-19; Saúde
Mental; Religião
e Medicina.

ABSTRACT

Introduction: the Covid-19 pandemic impacted the lives of many people and its clinical and social effects are still being perceived. In addition to the disease, economic, political and cultural factors were transformed, especially as a result of spatial control practices performed during the most critical moments of the health emergency. In this context, religiosity emerged as a dynamic capable of influencing mental health indices. According to studies, in several countries there have been religious manifestations associated with health care, with the aim of promoting support for their adherents. **Objective:** to relate socioeconomic data to religiosity and quality of life scores, fear of Covid-19 and depressive symptoms during the Covid-19 pandemic in Brazil. **Method:** cross-sectional study, carried out through an online questionnaire, aiming to form a “snowball” sampling in Brazilian territory. Socioeconomic profile questionnaires, fear scale of Covid-19, religiosity and quality of life were applied. Data analysis was quantitative and qualitative, analyzing absolute and percentage data in thematic analysis modality, from the intersection of the results of each questionnaire and theoretical support. **Results:** 226 valid responses were obtained, from 11 Brazilian states, mostly from self-declared white women, under 50 years of age, with family income above R\$ 5,000.00 per month, with a self high prevalence of religiosity. There were low scores on the fear scale and a high prevalence of depressive symptoms. **Conclusion:** The present work demonstrated high adherence to religiosity and a strong correlation between religiosity and quality of life, but a low relationship between the exercise of beliefs and mental health in the face of waves of Covid-19. Still, high scores were detected referring to depressive-anxious symptoms, which suggests that, among the researched subjects, religiosity did not interfere significantly in the context of mental health.

Keywords:
Covid-19;
Mental health;
Religion and
Medicine.



INTRODUÇÃO

A Covid-19 impactou diversos aspectos das vidas de diferentes sujeitos. Para além das questões relacionadas aos processos de saúde e adoecimento, conforme é frequentemente destacado, a doença modificou as dinâmicas econômicas, políticas e sociais, em diferentes escalas e locais. A multiplicação dos casos contabilizou, até meados do segundo semestre de 2022, mais de 600 milhões de infecções e de 6,5 milhões de mortes notificadas, em mais de 190 países.¹ Enquanto isso, a economia de diferentes nação entrou em recessão severa, criando a possibilidade de emergência da pior crise do setor desde a Segunda Guerra Mundial, o que ocasionou situações de pobreza, desemprego e prejuízos comerciais.² Seus efeitos ainda se encontram presentes no cotidiano de milhares de pessoas, tanto no que se relaciona aos aspectos clínicos quanto no que se diz respeito às dinâmicas sociais.

O controle espacial emergiu como estratégia de prevenção e de gestão da doença no período de maior gravidade pandemia. Considerada aplicável, desde o alastramento de casos de Gripe Aviária (H5N1), entre a Ásia e a América do Norte, ocorridos em 2003, foi a partir de 2020, que a estratégia foi posta em prática por meio do fechamento de fronteiras e do distanciamento e isolamento sociais, tornando-se necessária e mantida, por longo período de tempo, em diferentes territórios nacionais.³ Estima-se que até metade do primeiro ano da crise, enquanto não haviam vacinas, aproximadamente, 1,5 milhão de infecções foram evitadas.⁴

Durante este período, foram desenvolvidas centenas de vacinas, sendo que mais de 100 exemplares foram aprovados para ensaios clínicos e, após, mais de 20 foram consideradas aptas para a aplicação em seres humanos.⁵ Isso oportunizou a mitigação da doença, restabelecendo, gradativamente, atividades cotidianas que haviam sido paralisadas. Diante disso, o tema passou a ser menos debatido nos contextos sociais e acadêmicos, contudo, seus efeitos socioeconômicos e culturais ainda são relevantes e necessitam ser debatidos. Nesse sentido, reforça-se que as doenças precisam ser atentadas enquanto fenômenos biológicos e sociais, tornando relevantes, também, as investigações relacionadas aos modos como diferentes pessoas as enfrentaram, entre eles, por meio da religiosidade.

Destaca-se que em momentos críticos, a relação dos seres humanos com tal campo se altera e, portanto, é importante avaliar o quanto essas mudanças podem determinar índices relativos à saúde das pessoas. A religiosidade é um componente fortemente associado aos modos de vida, tendo relação com os processos que envolvem a espiritualidade. Ela compreende as práticas socialmente construídas para se lidar com a espiritualidade, sendo importante para grande parte das pessoas. Os processos religiosos representam a busca por conexões com elementos que possam promover significados e crescimento pessoal, através de práticas e crenças. É por isso que fatores políticos e culturais influenciam o seu exercício em diferentes comunidades.⁶

No Brasil, por exemplo, a religiosidade é plural, desde muito antes da vinda dos portugueses católicos, pois já havia uma grande variedade de religiões indígenas. Posteriormente, as práticas religiosas aumentaram em variedade com a agregação de novas crenças associadas aos conhecimentos dos imigrantes oriundos de diferentes lugares do mundo. Como exemplos, podem ser citados o evangelismo, luteranismo, umbandismo, rastafári, judaísmo, islamismo, budismo, espiritismo, entre outras.⁷

Cada religião tem caráter único e dinâmico. Partindo disso, diferentes entidades religiosas, que fazem parte de determinadas religiões, são associadas à promoção de conforto em momentos de angústias distintas, de acordo com os significados que lhes são atribuídos em diferentes crenças e lugares. Perciaccante, Coralli e Charlier, por exemplo, ao questionarem católicos italianos sobre os santos aos quais dirigiram suas preces em casos de adoecimento por Covid-19, descobriram que Santa Rita de Cássia - santa das causas impossíveis - foi a mais solicitada, seguida por santidades classicamente associadas com a prevenção de pragas, como São Roque de Montpellier e São Sebastião.⁸ Essa situação mostrou que é plausível que os sujeitos da pesquisa

tenham mudado seus padrões de exercício do catolicismo no contexto da pandemia, visto que recorreram a santos associados ao adocimento e à cura de enfermidades. Outro exemplo foi protagonizado pelo Papa vigente, Francisco, autoridade máxima da religião monoteísta mais difundida pelo globo, o Catolicismo. Em março de 2021, ele liderou uma peregrinação pelas ruas de Roma, exibindo o famoso crucifixo de San Marcello al Corso que, segundo relatos históricos, protegeu a cidade da devastação provocada pela Peste Negra, em 1522. O fato demonstra que mesmo o sumo pontífice recorreu a diferentes entidades – dentro do panteão católico – para auxiliar seus fiéis frente a crise ocasionada pela Covid-19.⁹ A devoção a entidades diferentes manifesta-se conforme a necessidade de grupos sociais que, ao olharem para suas deidades, buscam auxílios direcionados a suas aflições.

Os impactos na religiosidade ocorreram nas mais diversas religiões, seja dentre os deuses que receberam suas preces, seja durante os rituais que tiveram limitação devido às medidas de distanciamento social. Na Índia, um ritual anual chamado Durga Puja (*Dorgutsava*) que costuma reunir milhares de Hindus para celebrações, em 2020, teve as imagens do *Mahisa*, representação do diabo, substituídas por imagens da estrutura molecular do coronavírus sendo atacada pela “Mãe Divina”, dentre outras mudanças em símbolos e rituais da religião Hindu.¹⁰ O propósito em ocorrer uma revisão sobre a forma como foram celebrados esses rituais não se baseia unicamente na conhecida disputa pelo triunfo do “bem” sobre o “mal”. A releitura dos festejos almejou provocar sentimentos de acolhimento às angústias vividas, de busca pelo controle sobre a situação enfrentada e de eficácia nas tratativas – busca-se a sensação de que algo está sendo feito. Essa mensagem foi sugerida e entregue por comunicadores das comunidades locais, que despertam confiança pública, assim sustentando suas narrativas no que chamaram de “medicalização” das divindades, ou seja, tornar os cuidados em saúde como orientações divinas.¹⁰

As orientações de cuidados relacionados à saúde afetaram também rituais islâmicos que necessitam da presença física de membros da comunidade, conforme orientado pelo Alcorão.¹¹ A estratégia adotada foi basear-se na própria escritura sagrada muçulmana, buscando permissão em trechos da legislatura e passagens históricas para celebrações diferenciadas. Por exemplo, foram usados trechos relativos ao momento em que Maomé (*Muhammad*) permitiu o uso de uma casa como mosteiro ou à quando *Allah* santificou toda a terra como terreno de oração - conforme a Sunan al-Tirmidhī 317, que diz, “toda a terra é consagrada como terreno de oração, exceto cemitérios e banheiros”.¹²

A religiosidade, portanto, promove uma rede de apoio que se soma aos cuidados formais realizados por profissionais do campo da Medicina Tradicional, cumprindo um papel determinante no sistema multifatorial que envolve a qualidade de vida. Assim, a assistência em saúde passa a ser vinculada ao contexto social de cada indivíduo, respeitando a sua autonomia e as características de suas crenças. Diante disso, entende-se que são necessárias discussões sobre a integralidade na atenção à saúde, sobre a abordagem da saúde mental e, ainda, acerca da incorporação multidisciplinar e interdisciplinar do atendimento.

Corroborando com o exposto, busca-se refletir a respeito do modelo biomédico atual, sugerindo alternativas à verticalização da assistência em saúde, para que, em consonância com o campo da ética, procure-se realizar intervenções terapêuticas que respeitem a individualidade de cada paciente e estimulem a atuação da assistência em saúde como política pública de humanização do exercício profissional.

Assim, é relevante uma abordagem científica que auxilie o reconhecimento da relação entre religiosidade e saúde mental no contexto da pandemia, a fim de se estabelecer distinções entre práticas consideradas positivas e medidas que possam gerar falsas expectativas. Reconhecer tais impactos, no contexto da saúde, se faz ainda mais importante após a emergência da Covid-19 que, em função das práticas de cuidado estabelecidas, pode ter reconfigurado e/ou potencializado modos de viver a religiosidade.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi, a partir do perfil de participantes, relacionar dados socioeconômicos a escores de religiosidade e qualidade de vida, medo da Covid-19 e sintomas depressivos. Busca-se com isso, identificar a relação comumente tida como antagônica entre a religiosidade e a medicina baseada em evidências, procurando alicerces comuns emergentes/fortalecidos durante a pandemia.

MÉTODO

O presente texto foi elaborado a partir de um estudo transversal, de caráter descritivo, com coleta de dados realizada através de questionário composto por 75 questões, com tempo previsto de 30 minutos para ser respondido, por meio da ferramenta “Google Formulários”, entre os dias 2 de outubro e 5 de novembro de 2021. Os critérios de inclusão foram os seguintes: ser maior de 18 anos, residir em um dos 26 estados ou Distrito Federal do Brasil e concordar com a participação na pesquisa por meio de consentimento livre esclarecido. O critério de exclusão compreendeu o não preenchimento completo do formulário de pesquisa e as respostas enviadas fora do prazo descrito. Os primeiros participantes da pesquisa – professores universitários e estudantes de um curso de medicina de uma Universidade do interior do Rio Grande do Sul – foram recrutados pelos pesquisadores e convidados a responderem o questionário. Após, foram convidados a repassarem o *link* do formulário, via e-mail ou mensagens de *WhatsApp*, a conhecidos, utilizando as mesmas orientações.

A partir disso, tomou forma uma amostragem em “bola de neve”, que tem como objetivo criar um viés de seleção entre os sujeitos de pesquisa através da disseminação do questionário em forma de redes de referência. Através desta prática, formam-se um ou mais grupos de sujeitos de pesquisa com características sociais e/ou culturais semelhantes.¹³

As questões foram divididas em: 1) questionário sociodemográfico (produzido pelos autores); 2) questionário sobre religiosidade e qualidade de vida – WHOQoL-SRPB – (produzido pela Organização Mundial de Saúde); 3) questionário *Patient Health Questionnaire* – PHQ-9 – (adaptado para português); 4) questionário da Escala de Medo da Covid-19 (adaptado para o português).¹⁴⁻¹⁶

As questões sobre características e condições sociodemográficas, compreenderam dados acerca do sexo, etnia autodeclarada, escolaridade, perfil laboral, faixa de renda estimada e perfil religioso ou espiritual. Neste sentido, serviram para o estabelecimento do perfil dos entrevistados.

O escore WHOQoL-SRPB é composto por 32 perguntas que foram respondidas conforme a Escala de Likert, sendo o valor 1 para o menor valor subjetivo da resposta (“Discorda totalmente/irrelevante”) e o valor 5 o máximo valor subjetivo da resposta (“Concorda totalmente/muito importante”). As perguntas do questionário são voltadas para avaliar a qualidade de vida do pesquisado e como essa se relaciona com a espiritualidade e religiosidade de maneira subjetiva.

A Escala de Medo da Covid-19 é composta por 7 perguntas que foram respondidas conforme a Escala de Likert, sendo o valor 1 para o menor valor subjetivo da resposta (“Discorda totalmente”) e o valor 5 o máximo valor subjetivo da resposta (“Concorda totalmente”). As pontuações variaram entre 7 e 35 pontos e foram interpretadas entre as variáveis “Pouco Medo” para pontuações de até 19 pontos, “Medo Moderado” para pontuações entre 20 e 26 pontos e “Muito Medo” para pontuações acima de 26 pontos. Essa escala é utilizada como forma de identificação do nível de insegurança dos entrevistados em relação ao período pandêmico. O questionário PHQ-9 foi separado entre “Sem sintomas” (0 a 4 pontos), “Depressão Mínima” (5 a 9 pontos), “Depressão Mínima a Moderada” (10 a 14 pontos), “Moderada a Alta” (15 a 19 pontos) e “Alta a Severa” (≥ 20 pontos). Tal questionário levanta informações acerca da saúde mental dos entrevistados.

A análise dos dados foi realizada de maneira quantitativa e qualitativa. Os dados foram tabulados de acordo com as respostas que foram disponibilizadas pela ferramenta Google Formulários e quantificados a partir de números absolutos e percentuais. Como descrito acima, os questionários WHOQoL-SRPB, PHQ-9 e Escala de Medo da Covid-19 foram compostos por questionário do tipo Likert. A aplicação dos questionários neste molde intervalar e simétrico teve como objetivo analisar proporcionalmente as opiniões, crenças e atitudes dos participantes, permitindo a estratificação quantitativa do grau de religiosidade e qualidade de vida, saúde mental e medo da Covid-19. Portanto, as respostas individuais das perguntas que compunham os questionários tiveram suas pontuações somadas e cada participante obteve um escore em cada questionário. As pontuações estratificaram os participantes com relação aos temas abordados, conforme descrito no método de cada questionário. Estes dados, em conjunto com os perfis socioeconômicos dos participantes, foram analisados a partir dos preceitos da análise temática. A análise temática visa identificar, analisar, interpretar e relatar padrões a partir de dados, proporcionando a organização, descrição e discussão do banco de dados, sejam estes dados qualitativos ou quantitativos. Em um contexto esperado de análise de uma amostragem pequena e heterogênea, foi optado por não se realizar análise estatística.¹⁷⁻¹⁸

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul sob o parecer número 5.004.391 (CAAE 50453421.1.0000.5343).

RESULTADOS

Foram obtidas 226 respostas válidas, ou seja, aquelas constantes em questionários que foram respondidos dentro do prazo estabelecido pelo estudo e em sua totalidade. Tais respostas deram origem às informações que seguem.

O perfil dos participantes é composto por 174 mulheres (76,99%) e 52 (23,01%) homens. Em relação à faixa etária, 174 (76,99%) dos entrevistados têm idades inferiores a 50 anos, com média de idade de 37,60 (+ 14,20) anos. Além disso, 184 participantes (81,42%) se autodeclararam brancos, 29 (12,83%) pardas, 12 (5,31 %) pretas e 1 (0,44%) amarela. Geograficamente, a pesquisa contemplou participantes de 11 estados do país, com destaque para os estados com maior número de participantes: Rio Grande do Sul (63,72%; n=144), Maranhão (15,04%; n=34) e Rio de Janeiro (10,62%; n=24). Os dados referentes à distribuição geográfica dos participantes estão dispostos na Figura 1.

Figura 1 – Mapa da distribuição geográfica



A avaliação de perfil laboral questionou acerca de renda e carga horária semanal. Dentre os participantes, 149 (66,23%) alegaram ter renda familiar maior que R\$ 5.000,00 mensais e 76 (33,77%) renda abaixo de R\$ 5.000,00 mensais. Partindo disso, 67 (29,65%) participantes alegaram que suas rendas diminuiriam, tendo se mantido a mesma para outros 140 (61,95%). Em contrapartida, 97 (43,11%) dos participantes vivenciaram aumento da carga horária semanal, para outros 78 (34,67%) que mantiveram a mesma e enquanto 50 participantes (22,22%) vivenciaram a diminuição. Sob a ótica da escolaridade, a maioria, 144 (63,72%), possui ensino superior completo e, entre esses, 144 colaboradores, 106 (73,61%) possuem pós-graduação completa. A Tabela 1 especifica, de forma detalhada, a distribuição dos fatores socioeconômicos entre os sexos.

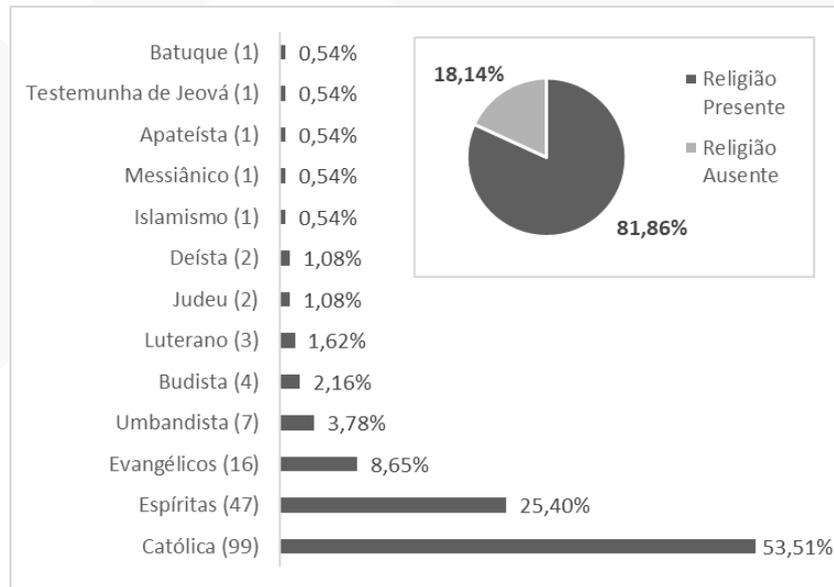
Tabela 1 – Fatores socioeconômicos separados por sexo

Sexo	Fator Socioeconômico	(n; %)
Mulher (n=174)	Etnia	Branca (149; 85,63%) Parda (17; 9,77%) Preta (8; 4,60%)
	Escolaridade	Ensino Superior Completo (113; 64,94%) Ensino Superior Incompleto (61; 35,06%)
	Renda Familiar	Maior que R\$ 5.000,00 mensais (112; 64,36%) Menor que R\$ 5.000,00 mensais (62; 35,64%)
Homem (n=51)	Etnia	Branca (35; 68,63%) Parda (12; 23,53%) Preta (3; 5,88%) Amarela (1; 1,96%)
	Escolaridade	Ensino Superior Completo (30; 58,82%) Ensino Superior Incompleto (21; 41,18%)
	Renda Familiar	Maior que R\$ 5.000,00 mensais (37; 72,55%) Menor que R\$ 5.000,00 mensais (14; 27,45%)

Quanto ao perfil religioso, 185 (81,86%) participantes referiram se identificar com alguma religião ou credo, sendo 99 (43,81%) católicos, 47 (20,79%) espíritas, 18 (7,96%) ateus, 16

evangélicos (7,08%) e 49 de outras crenças, entre elas: umbandistas (n=7; 3,09%); budistas (n=4; 1,77%); e judeus (n=2; 0,88%). Dentre as entidades religiosas que receberam preces, em 82 vezes (36,28%) Deus foi escolhido, enquanto Jesus Cristo foi selecionado 41 vezes (18,14%), Nossa Senhora 4 (3,98%) vezes e o Universo 3 (2,96%). Grande parte do grupo de entrevistados, 221 (97,79%), referiu não alterar o destino de suas preces ou rituais religiosos em momentos difíceis de suas vidas. Na Figura 2 é ilustrada a distribuição das religiões entre os participantes e especificado, dentro do grupo “Religião Presente” a distribuição de cada uma das religiões citadas.

Figura 2 – Gráficos da distribuição da religião dos participantes



Referente ao escore WHOQoL-SRPB, a média da pontuação de toda a amostra de pesquisa foi de 129,50 (\pm 25,35). Do total, 161 (71,24%) participantes obtiveram escore >120 (>80%) pontos no questionário, 52(23,01%) pontuaram valores entre 80 e 120 (50-80%) e 13 (5,75%) pontuaram valores menores que 80 (<50%). Dentre as 32 perguntas que compõem o questionário, 16 delas fazem menção direta à correlação da qualidade de vida com a espiritualidade ou fé. Nestas, as pontuações dos participantes obtiveram média de 62,96 (\pm 17,02), sendo a pontuação máxima de 80 pontos. 134 (59,55%) participantes obtiveram pontuação acima de 64 (80% da máxima pontuação).

A Escala de Medo da Covid-19, 160 (70,80%) obtiveram status de “Pouco Medo” (7 a 19 pontos), 55 (24,34%) de “Moderado Medo” e 11 (4,86%) de “Muito Medo”. Entre os participantes, 153 (67,70%) apresentaram algum sintoma de depressão (pontuação \geq 5), sendo 46 (20,35%) sintomatologia moderada-alta ou alta-severa (pontuação \geq 15). O detalhamento das pontuações dos escores Escala de Medo da Covid-19 e PHQ-9 se encontram na Tabela 2. Entre os participantes, 37 referiram o uso de uma ou mais drogas psiquiátricas, entre antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos ou estimulantes. Os medicamentos mais utilizados foram Escitalopram (n=19), Sertralina (n=9) e Bupropiona (n=8), dentre outros menos prevalentes.

Tabela 2 - Pontuações nos escores Escala de Medo da COVID-19 e PHQ-9

Escala de Medo da Covid-19 (pontuação)	n (%)
Pouco medo (7-19)	160 (70,80%)
Medo moderado (20-26)	55 (24,34%)
Muito medo (≥ 27)	11 (4,86%)
PHQ-9 (pontuação)	n (%)
Sem sintomas (0-4)	75 (33,18%)
Depressão mínima (5-9)	56 (24,78%)
Mínima-moderada (10-14)	49 (21,68%)
Moderada-alta (15-19)	28 (12,39%)
Alta-severa (≥ 20)	18 (7,97%)

DISCUSSÃO

O grupo pesquisado, ao ser analisado sob a ótica de seu perfil socioeconômico, indica que preponderam mulheres entre os participantes. No entanto, apesar do maior número de mulheres, as respostas no âmbito do perfil socioeconômico e de religiosidade não destoam na comparação entre os sexos, conforme demonstrado na Tabela 1. Esse perfil de amostragem provavelmente ocorra devido ao modelo em bola de neve, adotado para a realização da coleta de dados, o qual favorece a formação de grupos de referência. Assim, entre eles, houve prevalência de um perfil de homogeneidade, ou seja, apenas um grande grupo de referência que partilha perfil com características similares.

Esse ensaio foi composto majoritariamente por pessoas de etnia branca, pertencentes à classe média ou alta, com alto nível de escolaridade. Partindo dessa premissa, quando há essa homogeneidade do perfil socioeconômico dos participantes, não se invalida a amostra obtida, já que a criação de um grupo com similaridades permite realizar inferências justamente sobre essas semelhanças. Então, quando analisados os dados sobre o perfil de religiosidade, deve-se considerar que estes foram gerados através de uma amostra bem delimitada.¹⁸

A religião, historicamente, apresenta-se intrinsecamente relacionada com as dinâmicas sociais, nas searas geopolíticas e territoriais, assim como nas configurações de estados de governo, por vezes, em regimes teocráticos. Tal característica, acabou por condicionar populações a desempenharem, dentro de cada cultura, disputas por religiões hegemônicas que, por vezes, forcem seus participantes a aderirem a cultos - sob pena de perseguições étnicas. Aspectos socioeconômicos estiveram diretamente relacionados à religiosidade, sendo determinantes para que pessoas fossem aceitas dentro de uma comunidade ou determinados grupos sociais. Também nesse viés, a religiosidade assumiu papel na delimitação das normas do pacto social, determinando as regras de convivência e moralidade durante séculos, algumas perpetuando hodiernamente.⁷ Portanto, é intuitivo pensar que, através da análise de um grupo socioeconomicamente semelhante, dentro de uma limitação geográfica, obter-se-á uma religião única e/ou hegemônica dentre os participantes. O catolicismo foi predominante nesta amostra, porém mais da metade dos participantes se dividiu entre outras 12 religiões e outros não referiram religião definida.

Esperava-se pluralidade na amostra, tendo em vista que o Brasil sofreu e sofre influências com migrações culturais e sua difusão desde o início da colonização portuguesa. Tal fato pode explicar a predominância do catolicismo (difundido pelos colonizadores ibéricos) e a discreta prevalência das religiões de matriz africana - trazida e arduamente mantida pelos povos escravizados e violentamente reprimidas pelos colonizadores.^{7,19} Posteriormente, também pode-se associar a ascensão do protestantismo às reformas europeias (luterana, calvinista e anabatista), ainda no contexto do Brasil Colônia, que veio a ser a religião precursora do que se entende por evangelismo nos dias atuais. Dado o exposto, infere-se que as influências do mundo globalizado tomaram proporções maiores e, no século XX ocorreu um processo de “migração religiosa” no Brasil. Isso significa que há pessoas reconsiderando suas práticas espirituais e

mudando de religião, dessa forma configurando um decréscimo no número de católicos e um crescimento substancial do evangelismo no Brasil.¹⁹

Não obstante, as tecnologias da informação passaram a exercer um papel importante de difusão nesse contexto dinâmico da religiosidade no Brasil, surgindo veículos de rádio, emissoras de telecomunicação, além de diversos programas e quadros nas redes de televisão e sociais, que pautavam assuntos da religiosidade sob interpretações variáveis, mantendo o processo de migração religiosa no século XXI.²⁰ Portanto, entendem-se as influências que esse processo exerce, e ainda exercerá, sobre as comunidades no país. Atribui-se à religiosidade, dessa maneira, forte papel nas métricas comportamentais e de estilo de vida das populações, trazendo consequências para a percepção subjetiva de qualidade de vida e no modo como as pessoas enfrentam momentos desafiadores.

Em sequência, os participantes responderam ao questionário sobre suas percepções em relação à religiosidade e à qualidade de vida, obra da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL-SRPB). Esta ferramenta tem como objetivo entender a avaliação subjetiva de qualidade de vida e religiosidade dos participantes. Além disso, também é possível avaliar o grau de correlação que os entrevistados atribuem a esses dois termos (religiosidade e qualidade de vida), quando selecionadas perguntas que fazem alusão conjunta aos tópicos específicos. Através da alta prevalência de identificação com alguma religião e da avaliação das respostas do WHOQoL-SRPB, percebe-se um grupo que busca a conexão com o “divino” em diversos momentos de suas vidas – demonstrando que não ocorreu exclusividade ou mudança em situações de perigo ou doença.

A correlação entre religiosidade e a percepção subjetiva de qualidade de vida crescem à medida em que aumentam a pontuação das perguntas referentes à religiosidade e fé, no escore avaliativo WHOQoL-SRPB. Juntamente à correlação positiva entre religiosidade e qualidade de vida, observou-se as pontuações na escala de medo – que, no entanto, não se mostraram elevadas na população estudada. A explicação para esse resultado pode possuir diversos vieses de interferência, não sendo possível aferir que a alta prevalência da religiosidade tenha impacto direto na redução do medo. Supõe-se que a obtenção desses resultados se dá devido ao fato de que a pesquisa foi aplicada durante um período em que parte da população brasileira já havia recebido, ao menos, uma dose de algum dos imunizantes em vacina disponíveis para a Covid-19 e o número de mortes diárias ocasionadas pelo vírus e suas complicações apresentava-se em baixa, após os impactos da terceira onda da pandemia, no Brasil.¹

Além disso, ressalta-se que grande parte dos pesquisados são jovens, pois sabe-se que a idade avançada é um dos principais fatores de risco para o agravamento da doença e da mortalidade.²¹ Ainda, supõe-se que a alta escolaridade da amostra permite maior acesso a informações de prevenção e cuidado. Essas hipóteses se mostram mais plausíveis para explicar as pontuações baixas na Escala de Medo do que os aspectos relacionados à religiosidade. No entanto, ainda se mostra válida a intenção de relacionar a religiosidade a benefícios frente ao adoecimento e ao combate da pandemia.

No passado recente, o ambiente afirmadamente científico, de bases orgânicas e fisiológicas, em que profissionais da saúde estavam inseridos, confrontava o esoterismo das crenças religiosas – sendo considerada antiética a vinculação desses dois campos. Entretanto, a religiosidade e sua relação com o bem-estar geral não precisam passar por crivo empírico, sendo subjetivamente benéfico ao paciente mesmo sem a validação do assistente em saúde.²²

Em consonância, Pinto e Falcão avaliaram individualmente a relação de médicos e pacientes com a religiosidade em uma clínica de hemodiálise e perceberam, na amostra obtida, que a religiosidade auxiliou os pacientes e profissionais da saúde de forma individual. No entanto, de ambos os lados havia certo receio de dialogar a respeito, limitando, dessa forma, os benefícios do compartilhamento das aspirações religiosas – entre eles, fortalecer a relação médico-paciente.²³ Cabe dizer, neste contexto, que houve e ainda há antagonismo entre ciência e religião no campo da assistência em saúde, mesmo após a introdução da assistência holística em

saúde na formação profissional e da possível aceitação de que ambas podem coexistir e contribuir na saúde de forma global. Ao entender os aspectos culturais dos pacientes e de suas comunidades, aborda-se o ser humano como ser biopsicossocial, fator determinante no acolhimento dos pacientes e na melhora do atendimento como um todo.²⁴

Apesar de o ensaio evidenciar um perfil fortemente vinculado à religiosidade, apresentando também baixas pontuações na escala de medo, tais aspectos não promovem estabilidade emocional para a maioria dos participantes da pesquisa, visto que houve alta prevalência de sintomas depressivos na amostra, já que indivíduos referem utilizar um ou mais medicamentos psicotrópicos – em sua maioria antidepressivos da classe dos inibidores da recaptação da serotonina. Braam et al.²⁵ demonstraram que não há impacto da religiosidade na incidência de sintomas depressivos. No entanto, na coorte que conduziram, a recuperação dos sintomas depressivos foi melhor nos grupos com maior religiosidade.

Tendo isso em vista, há mais um motivo para o fortalecimento do diálogo sobre religiosidade entre equipes de assistência em saúde e pacientes. Isso não se deve ao fato de possível diminuição do medo das pessoas frente às adversidades do ambiente, mas ao potencial benefício no enfrentamento do sofrimento individual e subjetivo. Os efeitos da pandemia de Covid-19, ao limitar atividades, aumentar a carga horária de trabalho e remodelar o funcionamento da sociedade, podem ter agravado quadros de ansiedade e depressão leve, acarretando na diminuição do rendimento em outras áreas da vida pessoal e social de maneira independente do medo da doença.²⁶ O questionário PHQ-9, ao evidenciar algum grau de humor deprimido da maioria dos entrevistados da presente amostra, corrobora com esses fatos.

Outro apontamento pertinente diz respeito ao perfil de exercício da religião entre os participantes. Na sua maior parte não se alteraram as divindades ou demais elementos para as quais direcionaram suas preces, contrapondo a amostra do estudo italiano de Perciaccante et al.,⁸ sustentando a tese da interação entre fatores culturais e o exercício da religiosidade. Ademais, a amostra do presente trabalho mostrou-se mais diversa do que a amostra italiana, a qual teve a intenção de dialogar exclusivamente com o público católico. A diversidade de religiões que compuseram o estudo fortalece o perfil plural e heterogêneo da cultura brasileira. Apesar disso, não foi possível verificar redes de referência suficientemente numerosas dos diversos grupos religiosos que residem e se expressam no Brasil.

CONCLUSÃO

O referencial teórico deste estudo aponta para potenciais benefícios relativos à aliança entre a religiosidade e os cuidados de saúde junto a pacientes. Levar esse fator em consideração, para além de evoluções clínicas, também pode beneficiar a relação entre profissionais da saúde e pessoas sob seus cuidados. Sob esse prisma, é possível extrair experiências que geram riquezas nos campos da saúde física, mental, comportamental e espiritual, para todos os atores envolvidos.

Nesse sentido, a literatura aponta casos em que práticas religiosas foram transformadas para o auxílio do enfrentamento da crise sanitária promovida pela Covid-19 em diferentes países. Nesse sentido, em alguns casos, o apoio da religiosidade interferiu nas questões relacionadas à saúde mental das pessoas praticantes.

No caso do Brasil, no contexto do grupo pesquisado, a conexão da religiosidade com a qualidade de vida mostrou-se elevada, porém houve baixa variação nos destinatários de seus exercícios de crença diante das ondas de Covid-19. Isso significa dizer que, diferentemente de outras situações, não foram significativas as mudanças de divindades para as quais a população direcionou sua fé. No entanto, tais atributos não significaram baixas pontuações referentes à sintomatologia depressiva-ansiosa. Tais situações foram marcadas pelos impactos da pandemia no que tange elementos como remuneração e carga horária de trabalho semanal, mesmo se tratando de população com alto nível socioeconômico.

A presente avaliação parte de uma amostra modesta e pouco representativa da pluralidade religiosa que compõe o Brasil. Dessa maneira, encoraja-se o uso dos questionários utilizados no presente estudo, através da metodologia em bola de neve, para a elaboração de novos e mais robustos estudos que venham a abordar as diversas crenças, com a formação de redes de referência diferentes dos grupos religiosos e socioeconômicos que compuseram a amostra. Justifica-se isso pela importância da manifestação cultural que representa a religiosidade e pelos possíveis impactos positivos da religiosidade na assistência holística à saúde e na qualidade de vida da população em geral.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. WHO Coronavirus - COVID-19 Dashboard. [documento na Internet]. [atualizado em 19 de novembro de 2022; citado em 19 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://Covid19.who.int>.
2. The World Bank. O COVID-19 lança a economia mundial na pior recessão desde a Segunda Guerra Mundial, 2023. [documento na Internet]. [atualizado em 08 de junho de 2020; citado em 19 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/news/press-release/2020/06/08/Covid-19-to-plunge-global-economy-into-worst-recession-since-world-war-ii>.
3. Darsie C, Weber DL. Disease and space control: issues about dispersion and isolation in pandemic times. *J Infect Control* 2020; 9(2):47-48. https://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/298/pdf_1.
4. Hsiang S, Allen D, Annan-Phan S, Bell K. The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic. *Nature* 2020; 584:262–267. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/s41586-020-2404-8>.
5. Altmann DM, Boyton RJ. COVID-19 vaccination: The road ahead. *Science* 2022; 375(6585):1127-1132. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.abn175>.
6. Pinto EB. Espiritualidade e Religiosidade: Articulações. *REVER* 2009; 9:68-83. https://www.pucsp.br/rever/rv4_2009/t_brito.pdf.
7. Pereira JBB. Religiosidade no Brasil. São Paulo: Edusp. 2013.
8. Perciaccante A, Coralli A, Charlier P. Which Saint to pray for fighting against a Covid infection? A short survey. *Ethics Med Public Health* 2021; 18:100674. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100674>.
9. Milvia MM. Vatican News. San Marcelo al Corso, a igreja do Crucifixo milagroso. 2023. [documento na Internet]. [atualizado em 29 de março de 2021; citado em 19 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.vaticannews.va/pt/igreja/news/2021-03/igreja-sao-marcelo-roma-crucifixo-milagroso.html>
10. Kapoor V, Belk R, Goulding C. Ritual Revision During a Crisis: The Case of Indian Religious Rituals During the COVID-19 Pandemic. *J Public Policy Mark* 2022; 41(3):277–297. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/07439156221081485>.
11. Akmaliah W, Burhani AN. Digital Islam in Indonesia: The Shift of Ritual and Religiosity during Covid-19. ISEAS-Yusof Ishak Institute, 2021. [documento na Internet]. [atualizado em 12 de agosto de 2021; citado em 19 de novembro de 2022]. Disponível em <https://www.iseas.edu.sg/articles-commentaries/iseas-perspective/2021-107-digital-islam-in-indonesia-the-shift-of-ritual-and-religiosity-during-covid-19-by-wahyudi-akmaliah-and-ahmad-najib-burhani>.

12. Alcorão Sagrado. Trad. El Hayek, Samir. São Paulo: Marsam Editora Jornalística. 1994.
13. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Tematicas* 2014; 22(44):203–220. doi: <http://dx.doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>.
14. Fleck MPA, Skevington S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Rev Psiquiatr Clin* 2007; 34(Suppl 1):146-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700018>.
15. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16(9):606–613. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.
16. Faro A, Silva LS, Nunes DS, Feitosa ALB. Adaptação e validação da Escala de Medo da COVID-19. *Estud. psicol* 2022; 39:e200121. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202239e200121>.
17. Souza LK. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arq Bras Psicologia* 2019; 71(2):51-67. doi: <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>.
18. Gonçalves VLM, Leite MMJ. Instrumento para mensuração de atitudes frente ao processo de avaliação de desempenho. *REBEN* 2005; 58(5):563–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000500012>.
19. Heckathorn DD. Comment: Snowball versus respondent-driven sampling. *Sociol Methodol* 2011; 41(1):355-366. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9531.2011.01244.x>.
20. Bartz, A. Trânsito religioso no Brasil: mudanças e tendências contemporâneas. In: Congresso Internacional da Faculdades EST. 2012. p. 258-273. São Leopoldo, RS, Brasil.
21. Parohan M. Risk factors for mortality in patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Aging Male* 2020; 23(5):1416-1424. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13685538.2020.1774748>.
22. Angerami-Camon, VA. Espiritualidade e prática clínica. São Paulo: Thomson. 2004.
23. Pinto AN; Falcão EBM. Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. *RBEM* 2014; 38(1):38-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000100006>.
24. Murakami R, Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *REBEN* 2012; 65(2):361-367. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002
25. Braam AW, Beekman AT, Deeg DJ, Smit JH, Van TW. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96(3):199-205. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb10152.x>
26. Gurvich C. Coping styles and mental health in response to societal changes during the COVID-19 pandemic. *Int J Soc Psychiatry* 2021; 67(5):540-549. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0020764020961790>.

Submissão: 19/11/2022.

Aceite: 26/07/2023.