



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Júlio César Aparecido Gomes

**Ansiedade, depressão, stress e *coping* religioso em
profissionais de enfermagem durante a pandemia do
coronavírus**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silmara Meneguim

Botucatu
2023

Júlio César Aparecido Gomes

Ansiedade, depressão, stress e *coping* religioso em
profissionais de enfermagem durante a pandemia do
coronavírus

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silmara Meneguim

Botucatu
2023

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: MARIA CAROLINA A. CRUZ E SANTOS-CRB 8/10188

Gomes, Júlio Cesar Aparecido.

Ansiedade, depressão, estresse e *coping* religioso em
profissionais de enfermagem durante a pandemia do coronavírus
/ Júlio Cesar Aparecido Gomes. - Botucatu, 2023

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Silmara Meneguín
Capes: 40404005

1. Ansiedade. 2. Religião e Medicina. 3. COVID-19
(Doença). 4. Enfermagem. 5. Saúde mental.

Palavras-chave: Ansiedade; *Coping* religioso; Covid-19;
Enfermagem; Saúde mental.

Autor: Júlio César Aparecido Gomes

Título: Ansiedade, depressão, stress e *coping* religioso em profissionais de enfermagem durante a pandemia do coronavírus.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Associada Dra. Silmara Meneguim

Comissão examinadora:

Profa. Associada Dra. Silmara Meneguim

Profa. Doutora Raquel Colenci

Profê. Doutor Armando dos Santos Trettene

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus pela oportunidade de sempre evoluir e conhecer novas pessoas as quais iluminam ainda mais a nossa trajetória.

Agradecer a minha amada esposa Aline, pelo apoio e incentivo em todos os projetos pessoais e profissionais, a qual se não fosse pela sua fervorosa fé e força eu não conseguiria ao menos sair do lugar.

Agradeço aos meus queridos pais que mesmo de longe permaneceram firmes nas orações e na torcida pela minha vida e realização dos meus projetos.

Para finalizar, não poderia deixar de agradecer a minha orientadora Dra Silmara Meneguim, por toda paciência, profissionalismo, dedicação e carinho para comigo e o nosso trabalho, foram árduos dois anos de muita luta, empenho e dedicação que se encerram com a sensação de dever cumprido.

Obrigado Deus por todas as coisas que tens feito em minha vida, tudo é somente para honra e glória do seu nome.

Nunca foi sorte, sempre foi Deus!

RESUMO E DESCRITORES

Gomes JA. Ansiedade, depressão, stress e *coping* religioso em profissionais de enfermagem durante a pandemia do coronavírus. [dissertação]. Botucatu. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2023.

Introdução: a pandemia do novo coronavírus trouxe inúmeros aspectos contribuintes para um ambiente insalubre e propenso ao desenvolvimento de distúrbios mentais, tais como a ansiedade, a depressão e o estresse, principalmente entre os profissionais de enfermagem atuantes no enfrentamento da COVID-19. Compreender a dimensão deste fenômeno e detectar os níveis de estresse, ansiedade e depressão nos trabalhadores de saúde representa estratégia fundamental para o direcionamento de políticas públicas e assistenciais voltadas a essa população. **Objetivo:** analisar os níveis dos sintomas de ansiedade, depressão, estresse e o *coping* religioso em profissionais de enfermagem atuantes em UTI adulto/COVID-19, e especificamente, identificar as variáveis clínicas e sociodemográficas e comparar a associação da ansiedade, depressão e estresse com as estratégias de enfrentamento religioso e espiritual dos participantes, e em relação a outros grupos de trabalhadores em geral. **Métodos:** estudo exploratório, transversal, comparativo e com abordagem quantitativa realizado em dois hospitais públicos no município de Bauru e Botucatu, São Paulo, Brasil, com coleta de dados realizada no período de 09/10/2021 a 30/06/2022. Para testar as hipóteses do estudo, os participantes foram divididos em dois grupos: grupo dos profissionais da enfermagem, sendo elegíveis os enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em UTI adulto / COVID-19; e grupo dos profissionais em geral, composto por participantes de áreas diversas e que também não pararam de trabalhar durante o auge da pandemia. A coleta de dados foi viabilizada mediante contato telefônico e posterior envio de formulário eletrônico, contendo um questionário de dados sociodemográficos, o *Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form* (DASS-21) e a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE). Os dados foram tabulados e verificados em dupla digitação, todas as variáveis foram analisadas descritivamente; as proporções entre os grupos foram comparadas pelo teste do Qui-quadrado de Pearson e os dados quantitativos e comparação das medianas dos escores de CRE-Breve e do DASS-21 pelo teste de *Mann-Whitney*. A correlação entre as variáveis foi explorada pelo coeficiente de correlação de *Spearman* e seus respectivos testes de significância e a variação dos escores CRE breve e do DASS-21 foram avaliadas frente às variáveis clínicas, demográficas e CRE por modelo linear generalizado. As análises foram realizadas no programa IBM SPSS, versão 22. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) (Parecer Consubstanciado Número 4.164.907) e seguiu as diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). **Resultados:** Participaram 213 sujeitos, sendo 106 do grupo de profissionais de enfermagem e 107 de profissionais em geral. O percentual geral de aceite foi de 79% e o tempo médio dos respondentes de 16 minutos. A amostra foi caracterizada predominantemente por profissionais mulheres, com idade média de 36 anos, casadas, com filhos, de religião não católica. Trabalharam em média 42 horas semanais nos turnos matutino e noturno, com ganhos em torno de três salários mínimos. Os profissionais de enfermagem apresentaram medianas para depressão (5,0:2,0-9,0; $p=0.002$), ansiedade (5,0:1,75-9,0; $p=0.000$) e estresse (8,0:4,0-12,25; $p=0.004$) superiores aos dos integrantes do grupo de profissionais em geral, bem como em relação ao escore geral do DASS-21 ($p<0.000$). O estresse foi o desfecho mais prevalente em ambos os grupos estudados. Aqueles que se afastaram durante a pandemia tiveram maiores escores de DASS-21 ($p=0,006$), ao passo que os profissionais em geral tiveram menores níveis

de sintomas de ansiedade, depressão e estresse ($p=0,007$). No que se refere ao CRE-Breve, os participantes do sexo masculino ($p=0,014$) e aqueles de religião não católica ($p=0,047$) utilizaram menos *coping* religioso e espiritual. **Conclusão:** os níveis dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse dos participantes foram normais, apesar de significativamente menores no grupo B. O afastamento das atividades laborais contribuiu para aumentar estes sintomas nos participantes. A utilização do CRE foi alta e prevaleceu o uso do enfrentamento positivo em ambos os grupos. No entanto, esta foi uma estratégia menos utilizada pelos participantes do sexo masculino e não praticantes da religião católica. Não foi identificada associação entre ansiedade, depressão, estresse e CRE.

Descritores: COVID-19, Enfermagem, Saúde mental, Ansiedade, Estresse, Depressão, *Coping* religioso.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Gomes JA. Anxiety, depression, stress and religious *coping* in nursing professionals during the coronavirus pandemic. [dissertation]. Botucatu. Paulista State University “Júlio de Mesquita Filho”, 2023.

Introduction: the new coronavirus pandemic has brought numerous aspects that contribute to an unhealthy environment and prone to the development of mental disorders, such as anxiety, depression and stress, especially among nursing professionals working in the face of COVID-19. Understanding the dimension of this phenomenon and detecting the levels of stress, anxiety and depression in health workers represents a fundamental strategy for directing public and assistance policies aimed at this population. **Objective:** to analyze the levels of anxiety, depression, stress and religious *coping* in nursing professionals working in an adult ICU/COVID-19, and specifically to identify clinical and sociodemographic variables and compare the association of anxiety, depression and stress with *coping* strategies religious and spiritual confrontation of the participants, and in relation to other groups of workers in general. **Methods:** exploratory, cross-sectional, comparative study with a quantitative approach carried out in two public hospitals in the city of Bauru and Botucatu, São Paulo, Brazil, with data collection carried out from 10/09/2021 to 06/30/2022. To test the study's hypotheses, participants were divided into two groups: group of nursing professionals, with eligible nurses and nursing technicians working in adult ICUs / COVID-19; and a group of professionals in general, composed of participants from different areas and who also did not stop working during the height of the pandemic. Data collection was made possible by telephone contact and subsequent submission of an electronic form containing a sociodemographic data questionnaire, the Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21) and the Religious-Spiritual *Coping* Scale (Scale CRE). Data were tabulated and double-checked, all variables were analyzed descriptively; the proportions between the groups were compared using Pearson's Chi-square test and the quantitative data and comparison of the medians of the CRE-Brief and DASS-21 scores using the Mann-Whitney test. The correlation between the variables was explored using Spearman's correlation coefficient and their respective tests of significance, and the variation in brief CRE and DASS-21 scores were evaluated against clinical, demographic and CRE variables using a generalized linear model. The analyzes were performed using the IBM SPSS program, version 22. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) (Consubstantiated Opinion Number 4,164,907) and followed the guidelines of Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). **Results:** 213 individuals participated, 106 from the group of nursing professionals and 107 from professionals in general. The general percentage of acceptance was 79% and the average time of respondents was 16 minutes. The sample was characterized predominantly by female professionals, with an average age of 36 years, married, with children, of non-Catholic religion. They worked an average of 42 hours a week in the morning and night shifts, earning around three minimum wages. Nursing professionals had medians for depression (5.0:2.0-9.0; $p=0.002$), anxiety (5.0:1.75-9.0; $p=0.000$) and stress (8.0 :4.0-12.25; $p=0.004$) higher than the members of the group of professionals in general, as well as in relation to the general DASS-21 score ($p<0.000$). Stress was the most prevalent outcome in both studied groups. Those who left during the pandemic had higher DASS-21 scores ($p=0.006$), while professionals in general had lower levels of anxiety, depression, and stress symptoms ($p=0.007$). With regard to the CRE-Breve, male participants ($p=0.014$) and non-Catholics ($p=0.047$) used less religious and spiritual coping. **Conclusion:** the participants' levels of

anxiety, depression and stress symptoms were normal, although significantly lower in group B. The removal from work activities contributed to increase these symptoms in the participants. The use of CRE was high and the use of positive coping prevailed in both groups. However, this was a strategy less used by male participants and non-Catholic religion practitioners. No association was identified between anxiety, depression, stress and CRE.

Keywords: COVID-19, Nursing, Mental health, Anxiety, Stress, Depression, Religious *Coping*.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos dados sociodemográficos dos participantes do estudo. Botucatu, SP, 2023.....	32
Tabela 2. Distribuição da mediana (percentil 25-75) do DASS-21 e CRE Breve dentre os grupos estudados. Botucatu, SP, 2023.	34
Tabela 3. Coeficientes β do modelo linear generalizado para as medidas dos escores DASS 21 e CRE Breve. Botucatu, SP, 2023.	34

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP	<i>Comitê de Ética em Pesquisa</i>
CRE	<i>Escala de Coping Religioso-Espiritual</i>
CREN	<i>Escala de Coping Religioso-Espiritual negativo</i>
CREP	<i>Escala de Coping Religioso-Espiritual positivo</i>
DASS-21	<i>Depression, Anxiety and Stress Scale – Short</i>
FMB	<i>Faculdade de Medicina de Botucatu</i>
IBGE	<i>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística</i>
OMS	<i>Organização Mundial da Saúde</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SUS	<i>Sistema Único de Saúde</i>
TCLE	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>
UNESP	<i>Universidade Estadual Paulista</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Justificativa.....	20
2. OBJETIVOS.....	23
3. MÉTODOS.....	25
3.1 Delineamento da pesquisa	25
3.2 Local e período	25
3.3 Participantes	26
3.3.1 Critérios de inclusão	26
3.3.1.2 Profissionais de enfermagem.....	26
3.3.1.3 Profissionais em geral.....	26
3.3.2 Critérios de exclusão	27
3.4 Instrumentos	27
3.4.1 Dados sociodemográficos.....	27
3.4.2. <i>Depression, Anxiety and Stress Scale – Short (DASS-21)</i>	27
3.4.3 Escala de <i>Coping</i> Religioso-Espiritual (CRE)	28
3.5 Procedimentos para coleta e tabulação dos dados	28
3.6 Análise estatística	29
3.7 Cuidados éticos.....	30
4. RESULTADOS	32
5. DISCUSSÃO	36
6. CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	49
APÊNDICE B – Questionário de dados sociodemográficos.....	51
ANEXO A - <i>Depression, anxiety and stress scale – short (DASS-21)</i>	52

ANEXO B - Escala de <i> coping </i> religioso-espiritual (CRE)	54
ANEXO C - Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa.....	59

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A propagação da COVID-19 despertou grande atenção internacional, desde o surto pneumônico de etiologia desconhecida iniciado em dezembro de 2019, em Wuhan, província de Hubei, na China(1), até à declaração de emergência global pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e oficialização da pandemia pelo novo coronavírus em 2020(2). O mundo imergia em um desafio pujante pautado na necessidade de contenção de disseminação da doença, na adoção de estratégias assistenciais sustentáveis, e no manejo de recursos para os atendimentos.(1,2)

No que cerne a contenção da disseminação da doença, uma das principais estratégias intensificadas tão logo divulgado o genoma viral foi o desenvolvimento das vacinas para combater a infecção pelo SARS-CoV-2.(3) Esta tática foi impulsionada pelo uso de recursos inovadores na área da biotecnologia, cujo intuito fomentou o célere desenvolvimento das pesquisas, resultando nos primeiros ensaios clínicos em humanos em meados de março do mesmo ano.(4) A partir de então, a efetividade vacinal passou a configurar pauta dentre muitos dos estudos científicos realizados, sobretudo pela necessidade das evidências que subsidiassem decisões relevantes necessárias ao controle da pandemia.(5)

Reitera-se que concomitantemente ao desafio do desenvolvimento de uma vacina eficiente e em tempo hábil, fez-se necessário a compreensão de outros fenômenos adjacentes ao controle da curva de ascensão do coronavírus, considerando o surgimento e circulação de diferentes cepas do SARS-CoV-2, o número reduzido de doses e variação dos imunizantes disponibilizados à população.(3–5)

Não obstante, ações como o distanciamento social, o uso de precauções respiratórias e o equacionamento de insumos trouxeram magnitude à muitas mazelas sociais, estampando o status do mundo globalizado, porém, enfraquecido como projeto político; interconectado digitalmente, mas imerso em desinformação. Neste crítico cenário, o medo e a ansiedade passaram a ser sentimentos constantes, mormente frente ao enfrentamento daquilo que se tornaria uma das maiores catástrofes da atualidade.(6)

Além da ansiedade pelo cuidado a saúde física, o impacto do distanciamento foi rapidamente visto através dos sentimentos de solidão, angústia, temor e luto. A longo prazo, o

que antes era apenas um meio de evitar a proliferação da COVID-19, tornou-se um grande causador de sentimentos negativos e que deixou sequelas na saúde mental da população. (7)

Neste contexto, os trabalhadores da saúde representaram grupo com elevado potencial para o adoecimento, uma vez que passaram a sofrer impacto significativo a saúde física e mental, prejuízos estes atrelados à sentimentos envolvendo o medo da perda do emprego e da vida, de ser um meio de contaminação indireta para familiares, à sobrecarga de trabalho, à falta de recursos para mitigação dos riscos laborais, e ao compromisso com o ato do cuidar.(8)

Uma vez que o estresse pode ser definido como uma resposta a um evento ou situação que vai além dos recursos que o indivíduo possui e abrange diversas dimensões objetivas e subjetivas, verificou-se que para estes profissionais, a carga de trabalho estressante e a exposição à condições demasiadamente insalubres representaram fatores danosos os quais culminaram em alterações físicas, como o aumento da taxa do cortisol e da amilase salivar, e alterações no caráter psicológico, como o cansaço mental, labilidade emocional e ansiedade, afetando significativamente a qualidade de vida dos envolvidos.(9)

Além do estresse, cabe destacar os impactos dos níveis de ansiedade e depressão na saúde desses trabalhadores. A ansiedade, caracterizada como uma reação a algo desconhecido, tem a função de preparar o organismo para a adoção de medidas necessárias a fim de evitar possíveis danos. Por outro lado, a depressão pode ser considerada um dos problemas psiquiátricos mais incapacitantes, manifestando-se como um sentimento de tristeza acompanhado por sintomas afetivos neurovegetativos, ideativos, cognitivos e até psicóticos. Quando ambos esses sentimentos são vivenciados em situações adversas, tendem a deixar o indivíduo tenso, preocupado, nervoso, angustiado, irritado, além de dificultar a concentração e a socialização.(10)

Do mesmo modo, cabe considerar que experiências adversas ao longo da vida podem não trazer apenas resultados negativos para a saúde física e mental, já que existem meios de reestabelecer o equilíbrio na relação com o fator estressante, a depender das estratégias de enfrentamento (*coping*) que o profissional de saúde utilizar.(9) Neste sentido, o *coping* ou enfrentamento religioso é conceituado como a ação do uso da fé, religião ou espiritualidade no confronto de situações estressantes, bem como daquelas circunstâncias envolvendo momentos de crise no curso da vida cotidiana.(11) Portanto, a religiosidade e a espiritualidade podem ser consideradas construções adotadas para enfrentar o estresse decorrente da pandemia,

desempenhando um papel significativo no alívio de sintomas, e apesar de serem conceitos distintos, estão estreitamente entrelaçadas, pois ambas representam a essência de uma pessoa, refletindo a busca por significado e propósito na vida.(12,13)

Sendo assim, o engajamento em práticas religiosas ou espirituais tais como a participação em rituais e a aderência a doutrinas podem criar uma estrutura que auxilia na compreensão e na aceitação das circunstâncias difíceis e tende a oferecer um suporte emocional e psicológico durante tempos desafiadores, como os enfrentados durante a pandemia. A busca por significado e a conexão com algo maior do que a própria existência podem proporcionar conforto e um senso de esperança diante das adversidades.(12)

Ademais, elucida-se que embora o conceito de *coping* religioso tenha uma conotação positiva, ele também pode repercutir negativamente quando as estratégias de enfrentamento passam a estar relacionadas com atitudes prejudiciais, como, por exemplo, questionar sua existência, delegar a Deus a resolução dos problemas, definir a condição de estresse como uma punição de Deus, entre outros.(14)

Deste modo, uma vez que as estratégias de enfrentamento apresentam-se como um importante ponto de empoderamento ou vulnerabilidade para que o indivíduo supere as suas adversidades, reconhece-las pode favorecer o desenvolvimento de intervenções adequadas para a promoção do bem-estar e qualidade de vida, minimizando o sofrimento.(15)

Ressalta-se que atualmente a literatura dispõe de instrumentos que nos auxiliam no reconhecimento dos níveis dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse da população, bem como das estratégias de enfrentamento. Destes, a *Depression, Anxiety and Stress Scale – Short* (DASS-21)(16) e a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE-Breve) (17) tem sido escalas utilizadas pelas qualidades psicométricas favoráveis e adaptadas ao contexto brasileiro, todavia, ainda pouco exploradas no cenário de atuação dos trabalhadores da saúde, e mormente relacionando-as em mesmo escopo de investigação.

1.1 Justificativa

À luz da temática proposta, uma vez que a literatura dispõe apenas artigos enfatizando de maneira isolada o uso do *coping* religioso e avaliação da saúde mental, e mesmo

por meio de pesquisas de cunho bibliográfico e baseadas em referenciais teóricos, e poucos estudos observacionais utilizando a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE-Breve) e o *Depression, Anxiety and Stress Scale – Short* (DASS-21), vislumbrou-se a realização desta pesquisa, cuja proposta consistiu em responder às seguintes questões norteadoras:

- Quais os níveis dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse dos participantes?
- O *coping* religioso espiritual é utilizado pelos participantes?

A hipótese do estudo consistiu na concepção de que a ansiedade, depressão e estresse são influenciados pelas estratégias de *coping*, bem como pelas variáveis sociodemográficas e laborais dos participantes.

Estima-se ser necessário desvendar essas lacunas do conhecimento acerca dos níveis de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse associados com estratégias de *coping* religioso e espiritual. Certo é que o fomento de pesquisa nesta temática junto dos trabalhadores de saúde e em outros profissionais que continuaram exercendo suas atividades profissionais durante a pandemia representa estratégia fundamental para o direcionamento de políticas públicas e assistenciais voltadas a essa população.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Comparar os sintomas de ansiedade, depressão, stress e *coping* religioso e espiritual em profissionais de enfermagem com um grupo de outros profissionais durante a pandemia e identificar variáveis clínicas e sociodemográficas associadas.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os níveis dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse dos participantes;
- Verificar se os níveis dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse estão associados às estratégias de *coping* religioso e espiritual – CRE;
- Observar as variáveis sociodemográficas e laborais associadas aos sintomas de ansiedade, depressão e estresse, bem como às estratégias de CRE.

MÉTODOS

3. MÉTODOS

3.1 Delineamento da pesquisa

Tratou-se de um estudo exploratório, transversal, comparativo e com abordagem quantitativa.

3.2 Local e período

Com relação as informações do grupo de profissionais de enfermagem, o estudo foi realizado na UTI COVID de hospital público do município de Bauru e Botucatu, São Paulo, Brasil, entre 09/10/2021 e 30/06/2022. Ambas as instituições são geridas pela mesma Organização Social de Saúde, sendo uma Instituição Filantrópica atuante mediante contrato licitatório com o governo do estado de São Paulo, atendendo mormente demanda regional via sistema de regulação proveniente do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Hospital situado no município de Bauru dispõe de 280 leitos para internação nas diversas especialidades e 50 leitos de terapia intensiva, distribuídos nas especialidades adulto e pediátrica nas linhas de cuidado clínica, cirúrgica, queimaduras e coronariana, as quais foram direcionadas para o atendimento aos pacientes acometidos pela COVID-19 durante a pandemia. Conta ainda com o Centro de Terapia Intensiva (CTI), unidade que manteve os atendimentos regulares e de suporte hospitalar.

Já o Hospital situado no município de Botucatu possui 415 leitos para internação nas diversas especialidades e 52 leitos de terapia intensiva, sendo destinados 30 para atendimento clínico-cirúrgico de adultos, 15 para pacientes neonatais e 7 pediátricos. Dispõe de serviços nas áreas de quimioterapia, hemocentro, endoscopia, partos de risco, medicina nuclear, hemodiálise e modernos centros cirúrgico e obstétrico, sendo campus para aprendizagem e desenvolvimento de pesquisas clínicas. Possui 415 leitos para internação nas diversas especialidades. Durante a pandemia, o SETI (serviço de terapia intensiva), ficou responsável pela criação dos leitos para atendimentos a paciente confirmados ou suspeitos de covid-19, dos quais estabeleceram o credenciamento de 30 leitos para atendimentos a esses pacientes, onde foram abertos: 8 leitos na unidade coronariana (que se transformou em UTI

COVID), e mais 8 leitos chamados de UTI EXTRA, totalizando 16 leitos. Os outros leitos ficaram em *stand by* aguardando chegada de ventiladores. Participaram do estudo profissionais atuantes apenas nas unidades destinadas ao atendimento dos pacientes com COVID-19.

Visando a composição de grupo controle, optou-se pela participação de profissionais em geral que permaneceram trabalhando durante a pandemia e que exerciam funções que demandavam contato direto com o público em diversas áreas de prestação de serviço, a saber: correio, farmácia, supermercado, polícia militar e corpo de bombeiros do município de Bauru, SP. Tal escolha decorreu em detrimento da anuência das Instituições a qual pertenciam e pela disponibilidade técnica dos participantes.

3.3 Participantes

Para aplicar as hipóteses do estudo, os participantes foram divididos em dois grupos: grupo dos profissionais da enfermagem (grupo A) e grupo de profissionais em geral (grupo B).

3.3.1 Critérios de inclusão

3.3.1.2 Profissionais de enfermagem (grupo A)

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em UTI COVID-19;
- Que estavam trabalhando nos hospitais supracitados durante a pandemia do coronavírus;
- Ambos os sexos;
- Consentiram na participação (APÊNDICE A).

3.3.1.3 Profissionais em geral (grupo B)

- Profissionais de áreas diversas que permaneceram trabalhando durante a pandemia e que exerciam funções que demandavam contato direto com o público, em diversas áreas de prestação de serviço;

- Ambos os sexos;

- Maiores de 18 anos;

- Consentiram na participação (APÊNDICE A).

3.3.2 Critérios de exclusão

Independentemente do grupo a que pertenciam, foram excluídos:

- Profissionais afastados ou de licença médica durante o período da coleta de dados;

- Os que exerciam atividades exclusivamente administrativas;

- Aqueles que referiram não terem condições emocionais para participar da entrevista.

3.4 Instrumentos

3.4.1 Dados sociodemográficos

Questionário de dados sociodemográficos elaborado pelos autores e incluindo informações em relação ao local de trabalho, idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, turno e desfechos durante a pandemia, bem como histórico de afastamentos (APÊNDICE B). A construção do instrumento foi conduzida pelos pesquisadores seguindo a categorização dos dados segundo relatórios do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE). Quanto à categorização referente à religião, optado por “católica” e “não católica” por ser a religião mais prevalente na população. Ademais, tal estratégia viabilizou melhor disposição das variáveis para a aplicação dos testes estatísticos e avaliação da significância dos dados coletados.

3.4.2. *Depression, Anxiety and Stress Scale – Short (DASS-21)*

Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21), escala desenvolvida por Lovibond e Lovibond, em 1995, para medir-se e diferenciar-se os sintomas de ansiedade e depressão (18). Neste estudo utilizou-se a versão traduzida e validada para o português brasileiro.(16) Trata-se de uma ferramenta inicialmente formulada com 42 itens (DASS-42) que foi adaptada e validada em versão auto avaliativa de 21 itens referentes às emoções vivenciadas na última semana, com respostas em escala tipo *Likert* de 4 pontos, correspondendo do 0 (obsoleto ou não se aplica) a 3 (frequente ou muito aplicável). O constructo do instrumento agrupa questões acerca da presença de sentimentos ou condições tais como humor deprimido, insônia, mal-estar, irritabilidade, nervosismo, hiperatividade, anedonia e ausência de afeto positivo.(19) A pontuação final é obtida mediante a somatória dos valores das respostas de cada sub escala, e posteriormente multiplicada por dois para o resultado corresponder à pontuação da escala original. Os sintomas de estresse foram classificados como: normal (0-14), leve (15-18), moderado (19-25), severo (26-33) e muito severo (35-42). Os sintomas de ansiedade foram classificados como normal (0-7), leve (8-9), moderado (10-14), severo (15-19) e muito severo (20-42). Por fim, os sintomas depressivos foram classificados como: normal (0-9), leve (10-13), moderado (14-20), severo (21-27) e muito severo (28-42)(X) (ANEXO A). (19)

3.4.3 Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE)

Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE) em sua versão resumida validada para o Brasil contendo 49 itens, sendo 34 relacionados aos aspectos positivos (CREP) abrangendo diversas estratégias que proporcionam efeitos benéficos ao indivíduo, como a busca por amor e proteção de Deus ou conexão com forças transcendentais, e 15 relacionados aos aspectos negativos (CREN), os quais envolvem estratégias que acabam gerando consequências prejudiciais, como a redefinição do estressor como punição divina. As respostas variam de 1 a 5 pontos em uma escala tipo *Likert*, sendo os resultados classificados como: nenhum ou irrisório (1-1,50), baixo (1,51-2,50), médio (2,51-3,50), alto (3,51-4,50) e altíssimo (4,51-5,0).(17) (ANEXO B).

3.5 Procedimentos para coleta e tabulação dos dados

Os profissionais do grupo A foram abordados presencialmente mediante visita às unidades hospitalares selecionadas. Na ocasião, foram apresentados os objetivos e termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), entregue os formulários impressos e oferecido auxílio para o preenchimento. As entrevistas tiveram a duração média de 19 minutos, sendo os dados transcritos em planilha eletrônica pelo pesquisador. Aqueles que optaram, puderam realizar o preenchimento diretamente no formulário eletrônico por meio de link disponibilizado por aplicativo de mensagens.

Os profissionais do grupo B, inicialmente foram abordados mediante contato telefônico com seus supervisores solicitando a permissão para aplicação dos questionários, sendo-lhes apresentados os objetivos da pesquisa e convite para participação. Posteriormente com as devidas autorizações, foi encaminhado link contendo os formulários eletrônicos e o TCLE. Aqueles que consentiram em participar, responderam e encaminharam os instrumentos DASS-21 e CRE diretamente via plataforma *Google Form*[®]. O tempo de resposta atrelado ao registro de devolução dos formulários via sistema foi semelhante aos dos profissionais entrevistados. Apesar da disponibilização de suporte técnico para esclarecimento de dúvidas, nenhum participante necessitou de auxílio, tampouco sinalizaram dificuldades quanto à didática apresentada.

A tabulação dos dados foi realizada em planilhas do *Microsoft Excel*[®], mediante dupla digitação e validação para checagem de eventuais inconsistências, seguindo com a análise estatística.

3.6 Análise estatística

Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente. As proporções entre os grupos foram comparadas pelo teste do Qui-quadrado de Pearson ou Qui-quadrado de tendência, e dados quantitativos foram comparados pelo teste de *Mann-Whitney*.

A comparação das medianas dos escores de CRE-breve e do DASS-21, entre grupos, foi realizada pelo teste de *Mann-Whitney*. A variação dos escores CRE-breve e do DASS-21 foram avaliadas frente às variáveis clínicas, demográficas e CRE-breve por modelo linear generalizado (distribuição de probabilidades gama e função de ligação identidade). As análises foram realizadas no programa IBM SPSS, versão 22.

Considerando-se que os indicadores de DASS-21 e CRE-breve são pouco conhecidos nessa população, foi definido tamanho amostral mínimo de 106 pacientes para cada grupo, para uma dimensão de efeito de 20% e confiabilidade de 95%, com nível de significância de 5%.

3.7 Cuidados éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) (Parecer Consubstanciado Número 4.164.907) (ANEXO C) e seguiu as diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).(20)

RESULTADOS

4. RESULTADOS

A amostra total do estudo foi composta por 213 sujeitos, subdivididos entre grupo A, constituído por 106 participantes, sendo 70 técnicos de enfermagem e 36 enfermeiros; e grupo B, constituído por 107 participantes, sendo 24 caixas de supermercado, 23 bombeiros militares, 20 farmacêuticos, 14 técnicos/balconistas de farmácia, 9 carteiros e 6 gerentes de supermercado. O percentual de aceite foi de 72% dentre os profissionais de enfermagem, e 87% dentre os profissionais de outras áreas, e o tempo médio total para responder aos questionários foi de 19 minutos.

Conforme apresentado na tabela 1, prevaleceram sujeitos do sexo feminino, sobretudo no grupo de profissionais de enfermagem ($p < 0.001$), com companheiros 65 (61.3%) e com filhos 58 (54,7%). A idade média foi de 36 anos. A maioria referiu nível de escolaridade superior e médio e renda familiar média entre 3.000 e 5.000 mil reais. Ao serem indagados quanto à religiosidade, a maioria dos profissionais de enfermagem referiram não ser católicos ($p = 0.055$).

Em relação a carga horária de trabalho semanal foi menor no grupo A ($p = 0.044$). O período noturno e o matutino foram os turnos de trabalho mais prevalentes em ambos os grupos ($p < 0.001$).

Tabela 1. Caracterização dos dados sociodemográficos dos participantes do estudo. Botucatu, SP, 2023.

Variável	Grupo A	Grupo B	P
Idade	36 (29-41)*	36 (29-41)*	0,728
Carga horária	40 (36-60)*	44 (40-48)*	0,044
Sexo			
Feminino	81 (76.4%)	54 (50.5%)	< 0.001
Masculino	25 (23.6%)	53 (49.5%)	
Estado civil			
Com companheiro	65 (61.3%)	74 (69.2%)	0,252
Sem companheiro	41 (38.7%)	33 (30.8%)	
Filhos			

Sim	58 (54,7%)	61 (57,0%)	0,783
Não	48 (45,3%)	46 (43,0%)	
Escolaridade			
Fundamental	2 (1,9%)	1 (0,9%)	0,958
Médio	43 (40,6%)	43 (40,2%)	
Superior	61 (57,5%)	63 (58,9%)	
Renda Familiar			
< =1000	0 (0,0%)	2 (1,9%)	0,379
1100 – 3000	25 (23,6%)	28 (26,2%)	
3000 – 5000	53 (50,0%)	44 (41,1%)	
> 5000	28 (26,4%)	33 (30,8%)	
Religião			
Católico	49 (46,2%)	64 (59,8%)	0,055
Não católico	57 (53,8%)	43 (40,2%)	
Turno			
Manhã	31 (29,2%)	61 (57,0%)	< 0,001
Tarde	32 (30,2%)	13 (12,1%)	
Noite	43 (40,6%)	33 (30,8%)	
Afastou na pandemia			
Sim	45 (42,5%)	37 (34,6%)	0,262
Não	61 (57,5%)	70 (65,4%)	
Motivo de afastamento			
COVID-19	3 (2,8%)	16 (15,0%)	< 0,001
Grau de risco	41 (38,7%)	14 (13,1%)	
Outras doenças	1 (0,9%)	7 (6,5%)	
Não se aplica	61 (57,5%)	70 (65,4%)	

* Média (mínimo-máximo)

Na tabela 2 estão apresentadas as medianas (percentil 25-75) de CRE-Breve e da DASS-21 com os respectivos domínios, em ambos os grupos. Nota-se que a mediana dos escores dos escores da DASS 21 foram significativamente maiores no grupo A ($p < 0,001$), mas dentro do parâmetro de normalidade. Em relação ao *coping* religioso e espiritual, observou-se, no total, alta utilização em ambos os grupos, principalmente no grupo B, com predomínio do positivo (mediana=2,9).

Tabela 2. Distribuição da mediana (percentil 25-75) do DASS-21 e CRE Breve dentre os grupos estudados. Botucatu, SP, 2023.

	Mediana	(p25-75)	Mediana	(p25-75)	P
	Grupo A		Grupo B		
DASS-21					
Depressão	5,00	2,00-9,00	3,00	1,00-6,00	0,002
Ansiedade	5,00	1,75-9,00	2,00	0,00-5,00	0,000
Estresse	8,00	4,00-12,25	5,00	2,00-10,00	0,004
Geral	5,00	2,00-9,00	3,00	1,00-6,00	0,000
CRE Breve					
CREP	2,66	2,29-3,29	2,97	2,24-3,44	0,401
CREN	1,60	1,27-2,20	1,60	1,27-2,00	0,531
Total	3,49	3,27-3,72	3,57	3,27-3,86	0,377

Na tabela 3 são apresentados os dados relacionados à regressão linear generalizada para as medidas dos escores DASS-21 e CRE-breve.

Aqueles que se afastaram durante a pandemia tiveram maiores escores de DASS-21 ($p=0,006$), ao passo que os profissionais, em geral, tiveram menores níveis de sintomas de ansiedade, depressão e estresse ($p=0,007$). No que se refere ao CRE-breve, os participantes do sexo masculino ($p=0,014$) e aqueles de religião não católica ($p=0,047$) utilizaram menos *coping* religioso e espiritual.

Tabela 3. Coeficientes β do modelo linear generalizado para as medidas dos escores DASS 21 e CRE-breve. Botucatu, SP, 2023.

Variáveis	DASS-21		CRE Breve	
	Coeficiente	p	Coeficiente	P
	β		β	
Escolaridade (ref. Superior)	-1,14	0,245	-0,016	0,939
Afastamento durante a pandemia	0,67	0,006	0,038	0,460
Grupo B	-0,66	0,007	0,050	0,334
Sexo Masculino	-0,38	0,138	-0,128	0,014
Idade (anos)	0,01	0,620	0,004	0,236
Sem companheiro	0,04	0,894	-0,070	0,167

Renda familiar				
>5000	-1,43	0,272	-0,285	0,257
3000 a 5000	-1,10	0,395	-0,360	0,150
1100 a 3000	-1,27	0,330	-0,348	0,167
Religião não católica	-0,01	0,988	-0,097	0,047
DASS-21 geral	-	-	0,000	0,950
CRE-total	0,000	0,395	-	-

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Historicamente, a enfermagem sempre vivenciou contexto profissional deveras insalubre, marcada pela carga de trabalho excedente e fragilidades socioculturais e ambientais que a caracterizam-na como uma das profissões com elevadas chances de adoecimento. Reitera-se que quando as experiências laborais se desenvolvem em ambiente demasiadamente adverso, tal como a pandemia pelo novo coronavírus, o profissional está mais propenso a ter a sua saúde mental comprometida.(13)

Em contexto de pandemia, sabe-se que os aspectos inerentes às demandas por atendimento geram condições atreladas a maiores níveis de distúrbios mentais, tal como o evidenciado neste estudo e em outros dois estudos (21,22), cujos resultados destacam que os profissionais de enfermagem foram mais propensos a vivenciarem desordens e apresentarem sintomas ansiosos e depressivos, quando em comparação com outros profissionais.

Neste sentido, durante a pandemia os profissionais vivenciaram diversos cenários que foram traduzidos como insalubres e que agregaram valor negativo às árduas jornadas de trabalho, incluindo a falta de dimensionamento de pessoal, o despreparo ou qualificação para o trabalho, a alta rotatividade e absenteísmo em detrimento dos afastamentos ou enquadramento em grupos de risco, as fragilidades organizacionais e déficit na gestão de recursos materiais e insumos para o atendimento.(23,24) Não obstante, a constante tensão e medo em adoecer pela COVID-19, bem como um de seus pares ou familiares, e constância de desfechos e morte que passou a circundar a todos os envolvidos, certamente, fortaleceram o clima de medo e apreensão.(25,26)

Em relação aos sintomas de ansiedade, depressão e estresse, apesar da normalidade, identificou-se escore maior no grupo A, com medianas de 5, 5 e 8, respectivamente. Outros estudos utilizando o instrumento DASS-21 indicam piores cenários, tais como na investigação realizada com 76 profissionais de enfermagem atuantes em UTI COVID-19 em um hospital universitário do sul do Brasil, cujos resultados para ansiedade, depressão e estresse foi de 9, 8 e 14; (26) e em outro realizado no Centro de Referência em Testagem de COVID-19 para profissionais atuantes em unidades de saúde no Rio de Janeiro, no qual os trabalhadores foram classificados com alta percepção de risco de adoecimento e apresentaram razões de chance mais elevadas para sintomas de depressão, ansiedade e estresse.(25)

Um estudo italiano que objetivou identificar a prevalência e os fatores preditores de *Burnout* e de estresse psicológico na pandemia, aplicou o DASS-21 para 330 profissionais da

saúde, cujos resultados foram próximos dos encontrados neste estudo, com medianas dos níveis de depressão em torno de 8, ansiedade em torno de 6 e estresse em torno de 13 pontos, o maior escore encontrado dentre as sub escalas avaliadas pelo instrumento.(27)

Neste mesmo estudo também foi verificada prevalência de ansiedade em praticamente metade dos participantes, à medida que a depressão foi identificada em cerca de 25%.(27), ao passo que dentre os 189 profissionais atuantes em uma maternidade brasileira, a prevalência de sintomatologia ansiosa e depressiva foi de 43% e 30%, respectivamente.(28)

Estudo multicêntrico realizado em Singapura e Índia envolvendo 906 trabalhadores da área da saúde durante a pandemia identificou sintomas ansiosos e depressivos em 15% e 11% dos participantes, respectivamente.(29)

Estudo de revisão de escopo corrobora apresentando resultados de 16 estudos realizados na China, Espanha, Irã, Brasil, Canadá, Egito, Reino Unido, Holanda, Itália, Nepal, Suécia e Turquia, cujas evidência indicam que os principais impactos da COVID-19 à saúde mental da equipe de enfermagem atuante em UTI foram estresse, ansiedade e depressão, respectivamente, motivados principalmente pelo excesso de trabalho, escassez de equipamentos de proteção individual, medo da infecção e a inexperiência ou falta de preparo para o manejo da doença.(30)

Para responder ao segundo objetivo específico deste estudo, realizou-se a análise de regressão linear múltipla do escore de ansiedade, depressão e estresse, com algumas variáveis explanatórias. O DASS-21 apresentou associação significativa com maiores escores dentre os que se afastaram durante a pandemia, ao passo que os profissionais, em geral, tiveram menores níveis de sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Dentre os dois estudos relacionados à temática, verificaram maiores níveis de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse relacionado ao turno de trabalho, maior idade e tempo de atuação na unidade COVID-19.(22,25)

No que se refere ao CRE-Breve, os resultados demonstraram alta utilização dessa estratégia pelos participantes, principalmente do fator positivo, no grupo B. Os participantes do sexo masculino e aqueles de religião não católica utilizaram menos *coping* religioso e espiritual. A comparação destes dados com outras pesquisas torna-se um tanto incipiente, uma vez que não foram identificados estudos envolvendo o cenário intensivo e o uso do mesmo instrumento. Apesar disso, cabe considerar que dentre as diversas estratégias de enfrentamento, o *coping*

religioso e espiritual (CRE) revela-se como uma das mais difundidas ao longo dos anos, uma vez que a religião e a espiritualidade sempre tiveram participação no cotidiano das sociedades como fonte de força, paz e refúgio, como o evidenciado junto de 1.400 moradores da cidade de Tulkarem, Palestina, onde o *coping* religioso positivo esteve relacionado à redução dos sintomas depressivos e estresse em adultos.(31)

Apesar de não terem utilizado o CRE-Breve para avaliação das estratégias de enfrentamento religioso e espiritual, um estudo norte-americano identificou que o enfrentamento religioso positivo, religiosidade intrínseca e confiança em Deus estão relacionados a menores níveis de estresse e maior impacto positivo durante a pandemia.(32) Seguindo mesma temática, um estudo português identificou que a religiosidade foi um fator significativo para a redução da ansiedade e medo relacionado a COVID-19, ao passo que a espiritualidade foi associada com menor ansiedade, aumento do nível de esperança e otimismo. (33) Por fim, outro estudo realizado com 320 enfermeiros do sul da Califórnia, Estados Unidos, evidenciou que altos níveis de espiritualidade e resiliência podem ser caracterizados como preditores significativos de saúde mental durante o período da pandemia.(34)

Estima-se que estas reflexões sejam comparadas com os achados de outras pesquisas envolvendo temática semelhante, bem como o uso dos instrumentos DASS-21 e CRE-Breve. Cogita-se, portanto, a inclusão na discussão de referencial teórico que permite-nos evidenciar aspectos relevantes e que contribuam com a compreensão do fenômeno estudado, e como se deu a relação do *coping* religioso e espiritual face ao enfrentamento da ansiedade, depressão e estresse envolvendo outros grupos de profissionais.

Os limites dos resultados do estudo referem-se, inicialmente, à aplicação do questionário em apenas um momento, o que pode não ser suficiente para retratar a magnitude de interferências e dificuldades vivenciadas pelos participantes durante da pandemia da COVID-19. Ademais, a escassez de estudos sobre depressão, ansiedade, estresse e CRE em participantes neste período, dificultou a comparação dos resultados, mas, também, mostrou que outras pesquisas devem ser conduzidas nessa área. Assim, propõe-se o desenvolvimento de futuros estudos, com desenhos longitudinais, que possam nortear ações de enfermagem direcionadas a eles, na medida em que se verificarem associações de sexo, religião, grupo de participantes, afastamento das atividades laborais e utilização do CRE.

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo indicam que os níveis dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse dos participantes foram normais, apesar de significativamente menores no grupo B. O afastamento das atividades laborais contribuiu para aumentar estes sintomas nos participantes.

A utilização do CRE foi alta e prevaleceu o uso do enfrentamento positivo em ambos os grupos. No entanto, esta foi uma estratégia menos utilizada pelos participantes do sexo masculino e não praticantes da religião católica.

Não foi identificada associação entre ansiedade, depressão, estresse e CRE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS

1. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*. fevereiro de 2020;395(10223):470–3. 10.1016/S0140-6736(20)30185-9.
2. Strabelli TMV, Uip DE. COVID-19 e o Coração. *Arq Bras Cardiol*. 30 de março de 2020;114:598–600. DOI 10.36660/abc.20200209.
3. Frederiksen LSF, Zhang Y, Foged C, Thakur A. The Long Road Toward COVID-19 Herd Immunity: Vaccine Platform Technologies and Mass Immunization Strategies. *Front Immunol*. 2020;1817–1817. DOI 10.3389/fimmu.2020.01817.
4. Lurie N, Saville M, Hatchett R, Halton J. Developing Covid-19 Vaccines at Pandemic Speed. *New England Journal of Medicine*. 21 de maio de 2020;382(21):1969–73. DOI 10.1056/NEJMp2005630.
5. Pescarini JM, Teixeira CSS, Cruz EP, Ortelan N, Pinto PFPS, Ferreira AJF, et al. Métodos para avaliação da efetividade de vacinas para COVID-19 com ênfase em abordagens quase-experimentais. *Ciênc saúde coletiva*. 26 de novembro de 2021;26:5599–614. DOI 10.1590/1413-812320212611.18622021.
6. Rego S, Palácios M. Saúde mental dos trabalhadores de saúde em tempos de coronavírus. 2020 [citado 10 de janeiro de 2024]; Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40659>
7. Jantara RD, Abreu DPG, Santana L de L, Piexak DR, Ribeiro JP, Barlem JGT. Isolamento social e solidão em estudantes de enfermagem no contexto da pandemia COVID-19 [Social isolation and loneliness in nursing students in the context of the COVID-19 pandemic] [Aislamiento social y soledad entre estudiantes de enfermería en el contexto de la pandemia COVID-19]. *Revista Enfermagem UERJ*. 12 de abril de 2022;30:e63609–e63609. DOI 10.12957/reuerj.2022.63609.

8. Santos KMRD, Galvão MHR, Gomes SM, Souza TAD, Medeiros ADA, Barbosa IR. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. Esc Anna Nery. 2021;25(spe):e20200370. DOI 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370.
9. Mello R de CC, Reis LB, Ramos FP. Estresse em profissionais de enfermagem: importância da variável clima organizacional. Gerais : Revista Interinstitucional de Psicologia. 2018;11(2):193–207. DOI 10.36298/gerais2019110202.
10. Fernandes IM da C, Ribeiro AM, Gomes RL, Lopes JSS, Vanderlei LCM, Lorençoni RMR. Níveis de ansiedade, depressão e estresse em funcionários de uma instituição de ensino superior pública do interior do estado de São Paulo. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. 2019;17(4):530–6.
11. Pargament K, Feuille M, Burdzy D. The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. Religions. março de 2011;2(1):51–76. DOI 10.3390/rel2010051.
12. Ximenes CD de C. A utilização do coping religioso/espiritual como estratégia de enfrentamento entre os pacientes na oncologia: uma revisão narrativa. 2019.
13. Dal’Bosco EB, Floriano LSM, Skupien SV, Arcaro G, Martins AR, Anselmo ACC. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. Rev Bras Enferm. 13 de julho de 2020;73:e20200434. DOI 10.1590/0034-7167-2020-0434.
14. Farinha FT, Bom GC, Manso MMFG, Razera APR, Mondini CC da SD, Trettene A dos S. Fatores relacionados ao uso do *coping* religioso por cuidadores informais: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 18 de junho de 2021;74:e20201227. DOI 10.1590/0034-7167-2020-1227.
15. Martins BG, Silva WR da, Maroco J, Campos JADB. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. J bras psiquiatr. 13 de maio de 2019;68:32–41. DOI 10.1590/0047-2085000000222.

16. Vignola RCB [UNIFESP. Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS): adaptação e validação para o português do Brasil. 27 de fevereiro de 2013 [citado 28 de janeiro de 2024]; Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/48328>.
17. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto Psicol Estud. dezembro de 2005;10:507–16. DOI 10.1590/S1413-73722005000300019.
18. Lovibond S. H. Lovibond P. F. & Psychology Foundation of Australia. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales* (2nd ed.). Psychology Foundation of Australia.
19. Psychometric properties and measurement invariance of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21) across cultures - Bibi - 2020 - International Journal of Psychology - Wiley Online Library [Internet]. [citado 10 de janeiro de 2024]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijop.12671>.
20. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP da. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. Rev Saúde Pública. junho de 2010;44:559–65. DOI 10.1590/S0034-89102010000300021.
21. Dantas ESO. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. Interface (Botucatu). 8 de janeiro de 2021;25:e200203. DOI 10.1590/Interface.200203.
22. Abreu ACBM, Almeida BC, Ramalho FL de S, Fermoseli AF de O, Oliveira JS de. consequências da covid-19 para saúde mental em profissionais da saúde da linha de frente. Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS. 18 de novembro de 2022;7(3):21–21.
23. Carolina de Oliveira Machado, Jucielly Ferreira da Fonseca, Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador, Eder Samuel Oliveira Dantas, Lannuzya Veríssimo e Oliveira. Impactos da Covid-19 na saúde mental da equipe de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: uma

revisão de escopo | Revista Eletrônica Acervo Saúde. 16 de novembro de 2022 [citado 28 de janeiro de 2024]; Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11188>.

24. Scorsolini-Comin F, Rossato L, Cunha VF da, Correia-Zanini MRG, Pillon SC. A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da COVID-19. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro [Internet]. 23 de outubro de 2020 [citado 28 de janeiro de 2024];10. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3723>. DOI 10.19175/recom.v10i0.3723.

25. Silva-Costa A, Griep RH, Rotenberg L. Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e depressão, ansiedade e estresse entre trabalhadores de unidades de saúde. Cad Saúde Pública. 16 de março de 2022;38:e00198321. DOI 10.1590/0102-311X00198321.

26. Appel AP, Carvalho AR da S, Santos RP dos. Prevalence and factors associated with anxiety, depression and stress in a COVID-19 nursing team. Rev Gaúcha Enferm. 22 de setembro de 2021;42:e20200403. DOI 10.1590/1983-1447.2021.20200403.

27. Giusti EM, Pedrolí E, D’Aniello GE, Stramba Badiale C, Pietrabissa G, Manna C, et al. The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study. Frontiers in Psychology [Internet]. 2020 [citado 10 de janeiro de 2024];11. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01684>.

28. Ribeiro CL, Maia ICV de L, Pereira L de P, Santos V da F, Brasil RFG, Santos JS dos, et al. Ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem de uma maternidade durante a pandemia de COVID-19. Esc Anna Nery. 8 de julho de 2022;26:e20220041. DOI 10.1590/2177-9465-EAN-2022-0041pt.

29. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. Brain, Behavior, and Immunity. 1º de agosto

de 2020;88:559–65. DOI 10.1016/j.bbi.2020.04.049.

30. Impactos da Covid-19 na saúde mental da equipe de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão de escopo | Revista Eletrônica Acervo Saúde. 16 de novembro de 2022 [citado 10 de janeiro de 2024]; Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11188>.

31. Mahamid FA, Bdier D. The Association Between Positive Religious Coping, Perceived Stress, and Depressive Symptoms During the Spread of Coronavirus (COVID-19) Among a Sample of Adults in Palestine: Across Sectional Study. *J Relig Health*. 1º de fevereiro de 2021;60(1):34–49. DOI 10.1007/s10943-020-01121-5.

32. Pirutinsky S, Cherniak AD, Rosmarin DH. COVID-19, Mental Health, and Religious Coping Among American Orthodox Jews. *J Relig Health*. 1º de outubro de 2020;59(5):2288–301. DOI 10.1007/s10943-020-01070-z.

33. Prazeres F, Passos L, Simões JA, Simões P, Martins C, Teixeira A. COVID-19-Related Fear and Anxiety: Spiritual-Religious Coping in Healthcare Workers in Portugal. *Int J Environ Res Public Health*. 30 de dezembro de 2020;18(1):220. DOI 10.3390/ijerph18010220.

34. Kim SC, Quiban C, Sloan C, Montejano A. Predictors of poor mental health among nurses during COVID-19 pandemic. *Nurs Open*. 20 de novembro de 2020;8(2):900–7. DOI 10.1002/nop2.697.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



ANSIEDADE, DEPRESSÃO, STRESS E *COPING* RELIGIOSO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVIRUS

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) para participar de um estudo intitulado “Ansiedade, depressão, estresse e *coping* religioso em profissionais de enfermagem durante a pandemia do novo coronavírus”, que tem como objetivo comparar os níveis de ansiedade, depressão e estresse de profissionais de enfermagem atuantes em UTI adulto/covid-19 com um grupo de profissionais ativos de outras áreas, bem como analisar as estratégias de enfrentamento religioso/espiritual utilizadas pelos mesmos.

Nesse momento, detectar os níveis de estresse, ansiedade e depressão que podem ser desencadeados nos profissionais é fundamental para que seja dado o devido encaminhamento assistencial a essa população.

Caso concorde em participar, sua participação consiste em responder um formulário online com informações sociodemográficas e de trabalho e duas escalas. Uma que analisa o nível de estresse/ansiedade e depressão dos enfermeiros e, um outro instrumento que visa conhecer as estratégias de enfrentamento religioso/espiritual utilizadas pelos mesmos.

O tempo estimado para responder a escalas é de aproximadamente 15 minutos. Você será esclarecida (o) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e também é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

Os benefícios envolvem o conhecimento do perfil de estresse, ansiedade e depressão dos profissionais. Os resultados irão subsidiar o suporte psicológico aos mesmos, melhorando então a qualidade de vida e, conseqüentemente, a qualidade da assistência em saúde, além de subsidiar ações de promoção à saúde dos profissionais.

A sua participação é totalmente voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. Nesta pesquisa, os riscos são mínimos e você não terá nenhuma despesa. Os casos graves de ansiedade e depressão identificados nos profissionais serão encaminhados para atendimento multiprofissional no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, um serviço da Rede de Atenção à Saúde do município de Botucatu/SP.

Caso necessário, será garantido o direito à assistência integral e gratuita ao participante, devido a danos decorrentes da participação na pesquisa e pelo tempo que for necessário.

Será assegurada a manutenção do sigilo, anonimato e privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica (Item IV.3.e, da Resolução CNS nº. 466 de 2012).

A divulgação dos resultados da análise será realizada sob forma de trabalhos científicos, com divulgação em eventos e periódicos científicos em âmbito nacional e internacional, e você não será identificada (o) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa.

Em qualquer fase do estudo você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para eventuais dúvidas. A pesquisadora Silmara Meneguim poderá ser encontrada no telefone (14) 98138-6272.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu. Assim, se for necessário, você poderá entrar em contato com o CEP da FMB pelo telefone (14) 3880-1609, no horário de funcionamento de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12.00 e das 13.30 às 17horas ou Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo.

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa e autorizo a

divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Após aprovação do CEP o termo de consentimento será elaborado em 2 vias, sendo uma entregue ao participante da pesquisa (envio eletrônico) e outra será mantida em arquivo pelo pesquisador.

Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você concorda em participar da pesquisa?

() Concordo

() Não Concordo

Data: ____ / ____ / ____ . **Assinatura:** _____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS



ANSIEDADE, DEPRESSÃO, STRESS E *COPING* RELIGIOSO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVIRUS

Local de trabalho: _____ Iniciais: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Estado civil: ☐ com companheiro ☐ sem companheiro

Tem filhos? 1. Sim 2. não

Escolaridade: ☐ Fundamental ☐ Médio ☐ Superior

Renda familiar: 1- ☐ Até R\$1.000,00 2- ☐ de R\$1.100,00 a 3.000,00
3- ☐ De R\$3.000,00 a 5.000,00 4- ☐ Mais 5.000,00

Religião: 1. Católico 2. Não católico

Turno de trabalho: 1. Manhã 2. Tarde 3. Noite

Tempo de atuação profissional (em meses): _____

Tempo de atuação na unidade que trabalha (em meses): _____

Chegou a ser afastada durante a pandemia? 1. Sim 2. Não

Se sim, qual o motivo? _____

Horas de trabalho semanal durante a pandemia: _____

ANEXO A - *DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE – SHORT (DASS-21)*



ANSIEDADE, DEPRESSÃO, STRESS E *COPING* RELIGIOSO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVIRUS

Instruções:

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0, 1, 2** ou **3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0** Não se aplicou de maneira alguma
- 1** Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2** Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte de tempo
- 3** Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3

4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0 1 2 3
9	Preocupe-me com situações em que pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0 1 2 3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3

ANEXO B - ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL (CRE)



ANSIEDADE, DEPRESSÃO, STRESS E *COPING* RELIGIOSO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVIRUS

Estamos interessados em saber se, e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você.

Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu nos últimos três anos. Por favor, descreva-a em poucas palavras:

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima.

Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo:**Tentei dar sentido à situação através de Deus.**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

- Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (1);

- Se você tentou **um pouco**, circule o (2);

- Se você tentou **mais ou menos**, circule o (3);

- Se você tentou **bastante**, circule o (4); e

- Se você tentou **muitíssimo**, circule o (5).

Lembre-se: Não há opção certa ou errada. Marque só uma alternativa em cada questão. Seja sincero (a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1.Orei pelo bem-estar de outros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2.Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3.Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4.Procurei trabalhar pelo bem-estar social

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5.Procurei ou realizei tratamentos espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6.Procurei em Deus força, apoio e orientação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7.Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8.Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9.Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10.Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11.Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12.Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13.Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14.Pratiquei atos de caridade moral e/ou material

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15.Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

16.Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

17.Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

18.Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

19.Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

20.Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

21. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

22. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

23. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

24. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

25. Orei para descobrir o objetivo de minha vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

26. Fui a um templo religioso

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

27. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

28. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

29. Procurei por um total re-despertar espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

30. Confiei que Deus estava comigo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

31. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

32. Pensei que Deus não existia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

33. Questionei se até Deus tem limites

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

34. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

35. Pedi perdão pelos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

36. Participei de sessões de cura espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

37. Questionei se Deus realmente se importava

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

38. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

39. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

40. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

41. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

42. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, Reik, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

43. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

44. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

45. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

46. Procurei auxílio nos livros sagrados

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

47. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

48. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

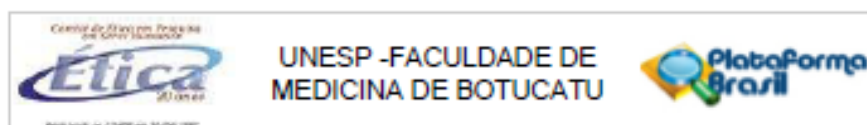
49. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



ANSIEDADE, DEPRESSÃO, STRESS E *COPING* RELIGIOSO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVIRUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANSIEDADE, DEPRESSÃO, STRESS E COPING RELIGIOSO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVIRUS

Pesquisador: Silmara Meneguim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34858020.0.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

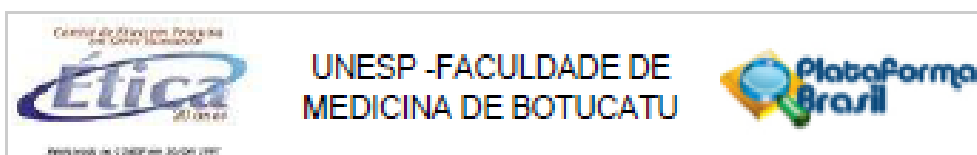
Número do Parecer: 4.154.907

Apresentação do Projeto:

As informações descritas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos e arquivo - Informações Básicas da Pesquisa.

Os autores apresentam a pandemia por Corona vírus, quanto ao período e local onde surgiu, os principais sintomas causados pela infecção e possíveis sintomas de saúde mental que podem ocorrer em profissionais de saúde no período de pandemia. Descrevem período de início como em 2020, os sintomas como um quadro gripal, sendo de tosse e febre, podendo evoluir para uma pneumonia e em casos mais graves para dispnéia e até o óbito. E justificam a realização da pesquisa diante dessa situação avaliada pelos pesquisadores como crítica para os profissionais de saúde, envolvidos no atendimento, diagnóstico e tratamento de pacientes com COVID-19, pois estariam sujeitos a desenvolver diversos sintomas de saúde mental, devido ao crescente número de casos, carga horária de trabalho, falta de equipamento de proteção individual e disseminação da cobertura pela mídia, e de falta de medicamentos específicos para o tratamento e falta de apoio no trabalho desses profissionais. Os autores propõem avaliação de saúde mental e estratégias de enfrentamento nessa situação em profissionais de saúde no período de pandemia por coronavírus. Como metodologia descrevem que serão aplicados questionários a profissionais de enfermagem que atuam em UTI e a outros profissionais em atividade, para identificar nível de estresse, de ansiedade, identificar como atuam aspectos espirituais e religiosos, além de obter dados

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 13.615-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1809 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Protocolo: 4.164.807

demográficos e profissionais (data de nascimento, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar bruto de trabalho, e se o profissional foi afastado durante, por algum motivo, durante a pandemia). Serão utilizados os seguintes instrumentos: - Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21), a qual tem como objetivo de medir e diferenciar os sintomas de ansiedade e depressão; constituída de 21 itens distribuídos em três fatores: (1) sintomas inespecíficos relacionados a depressão e ansiedade, como humor deprimido, presença de afeto negativo, insônia e irritabilidade; (2) sintomas específicos para depressão como anedonia (perda da capacidade de sentir prazer) e ausência de afeto positivo; e (3) sintomas de ansiedade como tensão somática e hiperatividade. -Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE), a qual diz respeito a um conjunto de estratégias, sendo cognitivas e comportamentais, para o enfrentamento de situações de estresse. Quando o indivíduo utiliza os recursos considerados religiosos para este enfrentamento, diz-se que ele está utilizando o coping religioso, e pode resultar em efeitos benéficos (CRE positivo) efeitos deletérios (CRE negativo). A escala de CREbreve será empregada e possui 49 itens associados ao CRE positivo (34 itens) e CRE negativo (15 itens) cujas respostas são dadas na forma de escala de Likert variando 1 a 5, e receberão pontuação para a análise e compreensão dos dados. Para avaliação dos resultados os pesquisadores descrevem que as médias serão comparadas por teste de t Student e testes não paramétricos de Mann-Whitney. A correlação entre as variáveis será explorada pelo coeficiente de correlação de Spearman; e a que será avaliada a variação dos escores CRE-Breve e de ansiedade/depressão/estresse frente às variáveis sociodemográficas e laborais.

Tamanho da amostra: 140 participantes (70 profissionais de enfermagem e 70 outros profissionais).

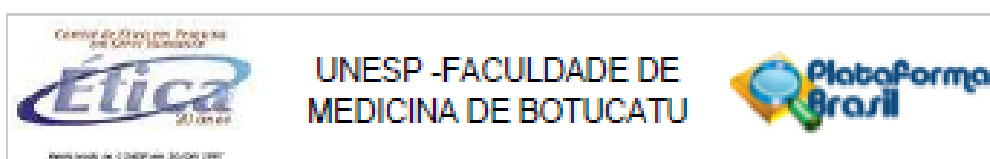
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário -Comparar ansiedade/depressão/ estresse e Coping religioso espiritual (CRE) em profissionais de enfermagem atuantes em UTI adulto/covid-19 com um grupo de profissionais ativos de outras áreas. Objetivo Secundário: -Avaliar se ansiedade/depressão/ estresse está associada às estratégias de enfrentamento religioso espiritual de profissionais de enfermagem; -Identificar as variáveis clínicas e sociodemográficas relacionadas à ansiedade/depressão/estresse e ao CRE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão associados ao tempo disponibilizado para responder às questões propostas na

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 13.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1809 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.104.907

pesquisa e a descrição de sentimentos e percepções que é inerente à pesquisa proposta. Os benefícios podem ser diretos desde que, o participante poderá ser encaminhado para atenção a um possível quadro de elevada ansiedade. E benefícios indiretos, desde que os resultados podem identificar e promover assistência adequada aos profissionais de enfermagem na situação de trabalho avaliada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto será desenvolvido como mestrado acadêmico do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FMB, de Júlio Cesar Ap. Gomes orientado pela profa Silmara Meneguín. Trata-se de pesquisa de observação de caráter transversal que será realizada a partir de dados obtidos dos questionários para avaliação nível de ansiedade e depressão. Serão convidados 70 profissionais da UTI adulto do HEB e 70 outros profissionais como grupo controle. Instrumentos de coleta de dados e o TCLE serão enviados eletronicamente aos participantes. Os pesquisadores descrevem que se comprometem a comunicar o Núcleo de Ensino e Pesquisa, sobre os participantes que apresentarem altos níveis de ansiedade, depressão e estresse durante o período de coleta de dados. Cronograma indica que a coleta de dados deverá ter início em agosto de 2020. Possui orçamento R\$100,00 que será obtido por financiamento próprio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentadas as anuências Institucionais do HEB e da FMB para realização do projeto no Hospital Estadual de Bauru, apresentados TCLEs para profissionais de enfermagem e outros profissionais, diferenciando que o objetivo é avaliar o nível de ansiedade para profissionais que continuam trabalhando durante o período da Pandemia ou profissionais que atuam em UTI adulto /Covid 19. É apresentada a folha de rosto, porém sem assinatura dos responsáveis, responsável pela pesquisa ou pela instituição

Recomendações:

Apresentar relatório final de atividades após finalização da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Chácara Butignoli, s/n	CEP: 13.615-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1809	E-mail: cep@fmb.unesp.br

 Centro de Ética em Pesquisa em Saúde UNESP - Botucatu	UNESP - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU	 Plataforma Brasil
---	--	---

Continuação do Parecer: 4.154.907

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1592380.pdf	17/07/2020 11:27:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoBauru.pdf	17/07/2020 11:24:46	Silvana Meneguim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMestrado_outrosprofissionais_rev.pdf	17/07/2020 11:23:28	Silvana Meneguim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMestrado_enfermagem_rev.pdf	17/07/2020 11:22:48	Silvana Meneguim	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rostoassinada.pdf	17/07/2020 10:20:06	Silvana Meneguim	Aceito
Outros	Termo_botucatu.pdf	10/07/2020 12:53:32	Silvana Meneguim	Aceito
Outros	TERMO_BAURU.pdf	10/07/2020 12:52:57	Silvana Meneguim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 20 de Julho de 2020

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignoli, s/n		CEP: 13.615-970
Bairro: Rubião Junior		
UF: SP	Município: BOTUCATU	
Telefone: (14)3860-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br	