

 <p>ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA</p>	<p>PSICO</p> <p>Psico, Porto Alegre, v. 55, n. 1, p. 1-14, jan.-dez. 2024 e-ISSN: 1980-8623 ISSN-L: 0103-5371</p>
<p>http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2024.1.43046</p>	

SEÇÃO: ARTIGOS

Religiosidade dos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da pandemia de COVID-19

Religiosity of health professionals acting on the front line of the COVID-19 pandemic
Religiosidad de los profesionales de la salud que trabajaran en la primera línea de la pandemia del COVID-19

**Manuela da Silva
Couto¹**

orcid.org/0000-0002-7098-2914
manuela_couto@outlook.com

Diego Chemello¹

orcid.org/0000-0003-2051-2321
chemello.diego@gmail.com

Patrícia Chagas¹

orcid.org/0000-0001-9808-2187
patriciachagas.ufsm@hotmail.com

Recebido em: 31 mar. 2022.

Aprovado em: 24 maio 2022.

Publicado em: 13 dez. 2024..

Resumo: Objetivou-se avaliar a religiosidade dos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da pandemia da COVID-19. Este é um estudo transversal, quantitativo, descritivo e analítico, desenvolvido com profissionais de saúde por meio de uma pesquisa on-line utilizando a ferramenta Google Forms. Utilizou-se um questionário contendo dados sociodemográficos, clínicos e do trabalho, além da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. Participaram 100 profissionais da saúde, com média de idade de 33,3±8,3 anos, sendo a maioria do gênero feminino (81,0%). Em relação à Escala de Religiosidade da Duke – DUREL, a subescala correspondente à religiosidade organizacional computou a mediana de 4 pontos, considerada baixa religiosidade; a subescala de religiosidade não organizacional, computou 3,5 pontos, definida como alta; e a religiosidade intrínseca, 6 pontos, considerada alta. Os resultados do estudo mostraram que os profissionais de saúde que atuavam na linha de frente da COVID-19 possuíam religiosidade organizacional baixa, religiosidade não organizacional alta e religiosidade intrínseca alta.

Palavras-chave: religiosidade, profissionais, COVID-19, enfrentamento

Abstract: The objective was to evaluate the religiosity of health professionals who worked on the front line of the COVID-19 pandemic. Cross-sectional, quantitative, descriptive and analytical study, developed with health professionals online through the Google Forms tool. A questionnaire containing sociodemographic, clinical and work data and the Duke Religiosity Scale – DUREL was used. 100 health professionals participated, with a mean age of 33.3±8.3 years, most of them female (81.0%). Regarding the Duke Religiosity scale – DUREL, the subscale corresponding to organizational religiosity computed a median of 4 points, considered low religiosity; the non-organizational religiosity subscale computed 3.5 points, defined as high; and intrinsic religiosity, 6 points, considered high. The results of the study showed that healthcare professionals working on the front lines of COVID-19 had low organizational religiosity, high non-organizational religiosity and high intrinsic religiosity.

Keywords: religiosity, professionals, COVID-19, confrontation

Resumen: El objetivo fue evaluar la religiosidad de los profesionales de la salud que trabajaran en la primera línea de la pandemia del COVID-19. Estudio transversal, cuantitativo, descriptivo y analítico, desarrollado con profesionales de la salud en línea a través de la herramienta Google Forms. Se utilizó un cuestionario con datos sociodemográficos, clínicos y laborales y la Escala de Religiosidad de Duke – DUREL. Participaron 100 profesionales de la salud, con una edad media de 33,3±8,3 años, la mayoría del sexo femenino (81,0%). En cuanto a la escala Duke Religiosity – DUREL, la subescala correspondiente a la religiosidad organizacional computó una mediana de 4 puntos, considerada baja religiosidad; la subescala de religiosidad no organizacional calculó 3,5 puntos, definida como alta; y religiosidad intrínseca, 6 puntos, considerado alto. Los resultados del estudio mostraron que los profesionales de la salud que trabajaran en la primera línea de COVID-19 tenían una religiosidad organizacional baja, una religiosidad



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

no organizacional alta y una religiosidad intrínseca alta.

Palabras clave: religiosidad, profesionales, COVID-19, confrontación

A *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) é uma doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, que pode apresentar um quadro clínico no indivíduo variando de infecções assintomáticas a graves. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 80% dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou apresentar poucos sintomas, enquanto aproximadamente 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória. Desses, aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório (Ministério da Saúde, 2020).

No Brasil, o primeiro caso da doença foi registrado em São Paulo: um homem de 61 anos testou positivo para a SARS-CoV-2, no dia 25 de fevereiro de 2020, após retornar da Itália. A rápida escalada da COVID-19, com disseminação em nível global, fez com que a OMS a considerasse uma pandemia, tornando-se uma emergência de saúde pública (Wang et al., 2020).

Diante do surgimento da pandemia de COVID-19, os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da COVID-19 estão entre as pessoas mais expostas aos riscos de infecção por esta doença. Essa situação é um dos maiores desafios aos profissionais de saúde, pois, além do maior risco de exposição ao vírus, eles possuem muitas vezes longas jornadas de trabalho, estresse emocional, fadiga, síndrome de Burnout, violência física e psicológica (Organização Pan-americana da Saúde [OPAS], 2020).

Nesse contexto, o suporte físico, psíquico e religioso deve ser levado em consideração. Percebe-se, atualmente, a grande influência da religiosidade sobre a vida dos indivíduos, exercendo influência na forma com que esses se relacionam com os outros, seu pensar e na maneira de lidar com questões do cotidiano, como por exemplo, a maneira de lidar com a pandemia da COVID-19 (Crispim et al., 2020).

Levando em conta as questões relacionadas

à religiosidade, na perspectiva de explorar esse assunto diante da pandemia da COVID-19, este estudo tem como objetivo avaliar a religiosidade como suporte para os profissionais de saúde durante a pandemia.

Método

Delineamento e participantes do estudo

O estudo teve uma abordagem quantitativa, de caráter descritivo, analítico e transversal. A população do estudo foi composta por 100 profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos) com idade superior a 18 anos, que atuavam diretamente na linha de frente da COVID-19. Para este estudo foram considerados "linha de frente da COVID-19" os profissionais citados que atenderam diretamente pacientes com COVID-19 nas unidades de tratamento intensivo, emergências e internações.

Foram excluídos do estudo os profissionais da saúde que estivessem afastados, aposentados ou que não estivessem atuando na linha de frente da COVID-19. A amostra foi por conveniência, e a coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e novembro de 2021.

Instrumentos da pesquisa e coleta de dados

Este estudo abordou os dados sociodemográficos, clínicos e de religiosidade. Os dados foram coletados pelo meio digital através de questionário disponibilizado por um *link* gerado através da ferramenta Google Forms. O *link* da pesquisa foi enviado por *e-mail* e mídias sociais para profissionais da saúde que atendiam na linha de frente da COVID-19.

Por se tratar de uma pesquisa *online*, o estudo não foi circunscrito geograficamente ou a um serviço de saúde específico. Definiu-se que o público-alvo da pesquisa seriam enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas que atuassem na linha de frente da COVID-19 nas unidades tratamento intensivo, emergências

e interações de diferentes regiões do Brasil. Os espaços virtuais e as estratégias de coleta de dados *online* serão descritos a seguir.

Envio do link do questionário por aplicativo de mensagem por e-mail e mídias sociais (WhatsApp e via messenger no Facebook). Essa estratégia teve como objetivo localizar os enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas que atuavam na linha de frente da COVID-19 através de profissionais conhecidos para que eles respondessem ou repassassem o questionário para profissionais que atuavam na linha de frente da COVID-19.

Os dados sociodemográficos avaliados (idade, sexo, estado civil, formação acadêmica e religião), as doenças crônicas (hipertensão, diabetes, cardiopatia, bronquite/asma e transtorno depressivo), medicamentos (antitérmicos, analgésicos, tranquilizantes, sedativos e ansiolíticos) e informações sobre o trabalho frente à linha da COVID-19 foram avaliados por meio de questionário estruturado.

Para avaliar a religiosidade dos participantes, foi utilizada a Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. Este instrumento já foi utilizado em várias pesquisas internacionais, sendo empregado em mais de 100 estudos, e seu uso já foi validado para o Brasil (Lucchetti et al., 2012). Esta escala possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: religiosidade organizacional (RO), que se refere ao item número um e que envolve práticas religiosas públicas, tais como assistir a serviços religiosos ou participar de grupos relacionado a atividades religiosas; religiosidade não organizacional (RNO), constituída pelo item 2 e que se refere às atividades religiosas privadas como oração e estudo íntimo das escrituras; e religiosidade intrínseca (RI), formada pelos itens 3 a 5, que avalia o grau pessoal de compromisso religioso ou motivação religiosa, uma forma de demonstrar a religiosidade como um meio para algum fim importante (Moreira-Almeida et al., 2008).

As pontuações da Escala de DUREL estão dispostas em uma escala Likert, que inclui de

1 a 5 opções para a RI, e de 1 a 6 opções para a RO e RNO. Todos os tipos de religiosidade são analisados separadamente (Moreira-Almeida et al., 2008). As dimensões RO e RNO foram dicotomizadas em "religiosidade alta" quando escores entre 1 e 3 e "religiosidade baixa" quando escores entre 4 e 6. A dimensão RI foi considerada como "religiosidade alta" quando a somatória dos escores das respostas obteve valores entre 3 e 6 e "religiosidade baixa" quando escores entre 7 e 16 (Caldas et al., 2019).

Análise de dados

Os dados foram armazenados em planilha Excel 2010 e analisados com o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0. A normalidade da distribuição dos dados quantitativos foi verificada com o teste de Kolmogorov-Smirnov e variáveis com distribuição normal foram descritas por média e desvio padrão, e variáveis assimétricas, por mediana e intervalo interquartil. Variáveis categóricas foram descritas na forma de valores absolutos e relativos. A comparação entre as medidas quantitativas foi realizada com os testes T de Student, ANOVA, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, com Post Hoc Diferença Mínima Significativa e Dunn, respectivamente. Foram consideradas significativas as análises com $P < 0,05$.

Aspectos éticos

Durante a realização desta pesquisa, os cuidados éticos foram observados rigorosamente conforme os princípios estabelecidos da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Brasil, 2012).

A pesquisa foi submetida para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), e só foi iniciada após a aprovação pelo mesmo (Parecer 4.911.080, CAEE 48652621.0.0000.5346).

Resultados

Foram avaliados 100 profissionais de saúde, com média de idade de $33,3 \pm 8,3$ anos (intervalo de 21 a 57 anos), sendo a maioria do gênero feminino (81,0%). Em maior número, estavam os técnicos de enfermagem (41,0%) e enfermeiros (39,0%), com curso técnico (36,0%) ou especialização (32,0%), atuando em unidade clínica para atendimento de COVID-19 (48,0 %).

A maior parte dos profissionais de saúde avaliados declarou considerar sua saúde boa (65,0%) e não realizarem nenhum tratamento de saúde (63,0%). Entre os que realizavam algum tratamen-

to de saúde, os mais frequentemente citados foram bronquite/asma (11,0%) ou transtorno depressivo (7,0%). O uso de antipirético, analgésico ou relaxante muscular foi relatado por 46,0% dos participantes, e o uso de tranquilizante, sedativo, ansiolítico ou remédio para dormir, por 28,0% dos avaliados. A maioria da amostra relatou ser otimista (94,0%) a maior parte do tempo (69,0%).

Mais frequentemente, os entrevistados eram católicos (41,0%), consideravam importante ter uma religião (86,0%) e acreditavam que a religiosidade auxiliava no momento da pandemia (84,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de profissionais de saúde atuando diretamente na linha de frente da COVID-19 (N=100).

Características	N (%)
Idade em anos (média±DP)	33,3±8,3
Gênero	
Feminino	81 (81,0)
Masculino	19 (19,0)
Formação acadêmica	
Técnico em enfermagem	41 (41,0)
Enfermeiro	39 (39,0)
Médico	15 (15,0)
Fisioterapeuta	5 (5,0)
Escolaridade	
Curso técnico	36 (36,0)
Especialização	32 (32,0)
Superior completo	20 (20,0)
Mestrado	9 (9,0)
Doutorado	3 (3,0)
Local de trabalho	
Unidade clínica Covid-19	48 (48,0)
Unidade de Terapia Intensiva Covid-19	36 (36,0)
Emergência Covid-19	16 (16,0)
Autopercepção de saúde	
Muito boa	22 (22,0)
Boa	65 (65,0)
Nem ruim nem boa	11 (11,0)
Ruim	1 (1,0)
Muito ruim	1 (1,0)
Realiza tratamento de saúde	
Não	63 (63,0)

Sim	37 (37,0)
Bronquite ou asma	11 (11,0)
Transtorno depressivo	7 (7,0)
Hipertensão	3 (3,0)
Diabetes <i>Mellitus</i>	1 (1,0)
Cardiopatia	0 (0,0)
Faz uso de algum medicamento	
Antipirético, analgésico ou relaxante muscular	
Não	54 (54,0)
Sim	46 (46,0)
Tranquilizante, sedativo, ansiolítico ou remédio para dormir	
Não	72 (72,0)
Sim	28 (28,0)
Considera-se otimista	
Sim	94 (94,0)
Não	6 (6,0)
Com que frequência ao dia	
O tempo todo	11 (11,0)
A maior parte do tempo	69 (69,0)
Um pouco de tempo	19 (19,0)
Em nenhum momento	1 (1,0)
Religião	
Católica	41 (41,0)
Espírita	17 (17,0)
Não tem, mas acredita num ser superior	15 (15,0)
Evangélica	14 (14,0)
Umbanda	7 (7,0)
Ateu (não acredita em Deus ou deuses)	3 (3,0)
Outra	3 (3,0)
Considera importante ter uma religião	
Sim	86 (86,0)
Não	14 (14,0)
Acredita que a religiosidade auxilia neste momento	
Sim	84 (84,0)
Não	16 (16,0)

DP: Desvio padrão.

Na Tabela 2, apresentamos as variáveis relacionadas à pandemia observadas pelos profissionais de saúde. Em relação a preocupações com a COVID-19, os profissionais se consideravam razoavelmente preocupados em adquirir a doença (42,0%) e muito preocupados em transmitir a

doença para alguém de sua família ou próxima (77,0%). A maioria informou que, desde o início da pandemia, sentiu nervosismo (57,0%) e tristeza (66,0%) em um pouco de tempo.

Quando consultados sobre quais estratégias de enfrentamento foram utilizadas desde o início

da pandemia, a mais frequentemente citada foi a utilização de redes sociais (63,0%), seguida de rezas e orações (58,0%), ouvir música (51,0%), a prática de atividade física (47,0%) e comer (47,0%).

A maioria considerou as novas variantes preocupantes (77,0%), embora já tenha sido vacinada

(99,0%), o que trouxe maior tranquilidade (88,9%). As estratégias consideradas mais importantes, além da vacinação, foram o uso de máscaras (94,0%) e a lavagem frequente das mãos (91,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Variáveis relacionadas à pandemia observadas por profissionais de saúde atuando diretamente na linha de frente da COVID-19 (N=100)

Variáveis	N (%)
O quanto fica preocupado de contrair Covid-19	
Não fica preocupado	10 (10,0)
Pouco preocupado	25 (25,0)
Razoavelmente preocupado	42 (42,0)
Muito preocupado	23 (23,0)
O quanto fica preocupado em transmitir Covid-19 para alguém de sua família ou próxima	
Não fica preocupado	0 (0,0)
Pouco preocupado	5 (5,0)
Razoavelmente preocupado	18 (18,0)
Muito preocupado	77 (77,0)
Desde o início da pandemia, com que frequência se sentiu nervoso	
Em nenhum momento	6 (6,0)
Um pouco de tempo	57 (57,0)
A maior parte do tempo	31 (31,0)
O tempo todo	6 (6,0)
Desde o início da pandemia, com que frequência se sentiu entristecido	
Em nenhum momento	12 (12,0)
Um pouco de tempo	66 (66,0)
A maior parte do tempo	19 (19,0)
O tempo todo	3 (3,0)
Desde o início, quais suas estratégias de enfrentamento da pandemia	
Utilizando redes sociais	63 (63,0)
Rezando ou orando	58 (58,0)
Ouvindo música	51 (51,0)
Praticando atividade física	47 (47,0)
Comendo	47 (47,0)
Lendo	36 (36,0)
Usando medicamentos	21 (21,0)
Fazendo terapia	17 (17,0)
Meditando	15 (15,0)
As novas variantes da Covid-19 causam preocupação	
Sim	77 (77,0)
Não	23 (23,0)
Já foi vacinado	

Sim	99 (99,0)
Não	1 (1,0)
Depois de vacinado sentiu mais tranquilidade em relação à doença	
Sim	88 (88,9)
Não	11 (11,1)
Além da vacina, quais estratégias considera importantes	
Uso de máscaras	94 (94,0)
Lavagem frequente das mãos	91 (91,0)
Distanciamento social	72 (72,0)

Nota: Os dados faltantes foram um para "depois de vacinado sentiu mais tranquilidade em relação à doença".

Na avaliação da religiosidade pela Escala de DUREL, a classificação dos índices de religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI) foi realizada segundo os parâmetros padronizados. Na totalização dos dados, a subescala

correspondente à religiosidade organizacional computou a mediana de 4 pontos, considerada baixa religiosidade; a subescala de religiosidade não organizacional, computou 3,5 pontos, definida como alta; e a religiosidade intrínseca, 6 pontos, considerada alta (Tabela 3).

Tabela 3 – Escores da escala DUREL (*Duke University Religious Index*) – Índice de Religiosidade de profissionais de saúde atuando diretamente na linha de frente da COVID-19 (N=100)

Questões	Mediana e II
Religiosidade Organizacional (RO)	4,0 (3,0-5,0)
Religiosidade não organizacional (RNO)	3,5 (2,0-5,0)
Religiosidade intrínseca (RI)	6,0 (4,0-8,0)

II: Intervalo interquartil.

Médicos apresentaram RO baixa comparada à de técnicos de enfermagem, enfermeiros e fisioterapeutas (P=0,001). Além disso, médicos apresentaram índice de RNO baixa compara-

tivamente aos de técnicos de enfermagem e fisioterapeutas (P=0,001), bem como RI menor que a de técnicos de enfermagem e enfermeiros (P<0,001) (Tabela 4).

Tabela 4 – Comparação de medidas de escores de religiosidade de acordo com a formação de profissionais de saúde atuando diretamente na linha de frente da Covid-19 (N=100)

Escore	Formação				P
	Técnico enferma- gem N=41 Média±DP	Enfermeiro N=39 Média±DP	Fisioterapeuta N=5 Média±DP	Médico N=15 Média±DP	
DUREL					
RO	3,6 ^a ±1,3	4,0 ^a ±1,1	3,6 ^a ±2,3	5,2 ^b ±0,8	0,001
RNO	3,1 ^a ±1,5	3,8 ^{b,c} ±1,5	3,6 ^{a,c} ±2,3	5,1 ^b ±1,3	0,001
RI	5,0 ^a (3,0-6,0)	6,0 ^a (4,0-8,0)	5,0 ^{a,b} (3,0-12,5)	11,0 ^b (8,0-13,0)	<0,001

P: Teste ANOVA com Post Hoc DMS – Diferença mínima significativa (letras minúsculas sobrescritas diferentes indicam diferença estatística significativa, letras iguais, sem diferença); e para os marcados com asterisco sobrescrito, Teste de Kruskal-Wallis, com Post Hoc de Dunn e as medidas estão apresentadas na forma de mediana e intervalo interquartil.

DP: Desvio padrão; II: Intervalo interquartil; RO: Religiosidade organizacional; RNO: Religiosidade não organizacional; RI: Religiosidade intrínseca.

A idade dos profissionais apresentou uma correlação inversa fraca com o escore da escala DUREL em relação aos domínios de religiosidade organizacional ($r: -0,280$; $P=0,006$) e religiosidade intrínseca ($r: -0,255$; $P=0,013$) mostrando que quanto maior a idade, mais alta é a religiosidade (P : coeficiente de correlação de Pearson).

Na escala DUREL, as dimensões religiosidade organizacional ($p=0,007$; teste t de Student) e religiosidade intrínseca ($p=0,026$; teste de Mann-Whitney) foram mais baixas entre os homens em relação às mulheres.

Discussão

Este estudo avaliou 100 profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos) que atuavam na linha de frente da COVID-19 e verificou-se que eles apresentavam religiosidade organizacional (práticas religiosas públicas) baixa, religiosidade não organizacional (atividades religiosas privadas como a oração) alta e religiosidade intrínseca (compromisso religioso ou motivação religiosa) alta.

Nossa pesquisa demonstrou que os profissionais de saúde têm uma religiosidade organizacional baixa, sugerindo que a religião na sociedade moderna vem apresentando um desencontro entre as taxas de crença individual e os índices de prática religiosa institucional (Moniz, 2017). Parece existir uma nova forma de religiosidade não institucionalizada, em que a igreja passa a ser entendida como uma instituição de adesão voluntária, onde prevalecem as escolhas individuais e as tendências do crer sem necessariamente ter que participar das práticas religiosas públicas. Assim, as organizações religiosas e os seus serviços de mediação com o sagrado passam a ser usados especialmente para os desejos pragmáticos e utilitários como, por exemplo, os casamentos, batizados, funerais e não necessariamente religiosas dos indivíduos (Moniz, 2017; Duque & Vázquez, 2020; Sofiati & Moreira, 2018; Oliveira & Boin, 2017).

Em contrapartida, verificou-se uma alta prática de atividades religiosas individuais, sugerindo a

importância da religião na vida dos profissionais de saúde, apesar da baixa atividade religiosa social. Esses profissionais apresentaram resultados altos em relação à RNO pelo fato de a maioria praticar atividades religiosas individuais (como orações, meditação, preces, leituras de escrituras religiosas, programas de televisão ou rádio religiosos, ou qualquer que seja a manifestação privada para enfrentar as situações adversas da vida). Isso indica que o termo ser religioso para os profissionais está mais ligado a algo pessoal do que institucional. Desta forma, verifica-se que a religião não pode ser mensurada apenas pelo quanto se frequenta uma igreja, e sim pelo significado atribuído aos mesmos e pelas práticas religiosas individuais.

Desenvolver um tipo de religiosidade exige do indivíduo uma maior reflexão sobre a própria vida e sobre as suas experiências. A espiritualidade reflexiva conduz à expansão do ego, na qual o indivíduo assume deliberadamente uma postura de exploração da sua vida interior, procurando respostas, sentidos e significados morais para a elaboração do seu ego (Moniz, 2017).

O simples ato de orar gera alívio das tensões, desviando o pensamento dos problemas e aflições, ligando o indivíduo à espiritualidade maior, com Deus, com o Universo, e desta forma contribuindo para fortalecer as pessoas e trazendo benefícios para a melhoria da saúde, maiores possibilidades de sucesso em empreendimentos ou mesmo auxiliando a cura de doenças (Zenevich et al., 2013). Isso pode justificar o aumento de buscas pelo termo "oração" no Google em março de 2020 (período inicial da pandemia da COVID-19), para o nível mais alto já registrado. O aumento da busca *online* mostrou-se não apenas como uma alternativa às igrejas físicas que restringiram suas atividades presenciais para tentar diminuir a disseminação do vírus, mas, em especial, os resultados documentam que a principal razão para o crescente interesse pela oração se deva a uma demanda intensificada por religião: as pessoas usam a oração para lidar com as adversidades (Bentzen, 2021).

Constatou-se, também, que a avaliação da

RI apresentou-se alta, demonstrando que os profissionais de saúde percebem a religião como algo de extrema importância no contexto de suas vidas e a sua influência nos comportamentos e decisões.

Os resultados obtidos em nosso estudo estão em consonância com um estudo realizado com 305 estudantes de medicina, o qual evidenciou, através do uso da escala de religiosidade de DUREL, baixa RO, bem como alta RNO e RI (Ferreira et al., 2016).

A religiosidade é uma estratégia de enfrentamento que pode ser utilizada em períodos estressantes da vida, por meio de crenças, atitudes ou práticas religiosas. Tem como objetivo reduzir o estresse emocional causado por acontecimentos que fogem ao controle pessoal, tornando-o mais suportável. Desta forma, o enfrentamento religioso positivo relaciona-se com um aumento do bem-estar psicológico e a religiosidade intrínseca alta com mais remissões de depressão (Prazeres et al., 2020).

Um estudo realizado com 569 americanos, três a cinco dias após o atentado de 11 de setembro, mostrou que 90% dos participantes relataram ter se voltado à religião para lidar com as consequências dos ataques terroristas (Schuster et al., 2001). Em outra pesquisa realizada com iranianos cronicamente afetados pelo gás mostarda no desastre da guerra entre Irã e Iraque (1980-1988) também se observou que a religião foi um fator importante para enfrentar os traumas deixados por esse evento (Ebadi et al., 2009). Verifica-se que a religiosidade e as crenças particulares aumentam em resposta a desastres naturais imprevisíveis (Bentzen, 2019). Nossos resultados demonstram que os profissionais de saúde que trabalham na linha de frente do COVID-19 também utilizaram a religiosidade como estratégia para suportar a pandemia.

De fato, a religiosidade vem sendo usada como enfrentamento em situações de estresse. Outro estudo que buscou avaliar a religiosidade e a espiritualidade, bem como as consequências para a saúde mental do isolamento realizado durante a pandemia de COVID-19 no Brasil, atestou que

houve um alto uso de crenças religiosas e espirituais, e que estas foram associadas a melhores resultados de saúde, níveis mais altos de esperança e níveis mais baixos de medo, preocupação e tristeza nos grupos mais religiosos (Lucchetti et al., 2020). O envolvimento religioso colabora para diminuir a vulnerabilidade a eventos estressantes, dando sentido à vida, e tendo papel relevante para a promoção da esperança, trazendo sentido e propósito para a vida das pessoas, fator que contribui para a qualidade de vida e saúde física e mental (Oliveira & Menezes, 2018).

Em eventos críticos o estresse afeta muitos indivíduos, mas as respostas individuais variam de acordo com diferentes estratégias de enfrentamento. Essas referem-se aos esforços comportamentais e cognitivos que auxiliam para reduzir a pressão de uma situação difícil e a níveis mais baixos de estresse (Baboré et al., 2020). Em nosso estudo, os profissionais de saúde relataram como estratégias de enfrentamento na pandemia da COVID-19 a utilização de redes sociais, além de rezar e orar, ouvir música, praticar atividade física e comer.

Em outro estudo realizado também com 657 profissionais de saúde durante a COVID-19, verificou-se que a atividade física foi o comportamento mais usado (59%), seguido por ioga (25%), envolvimento com religião e/ou espiritualidade baseada na fé (23%), meditação (23%) e psicoterapia (26%) (Shechter et al., 2020).

Enfrentar uma emergência de saúde pública como a COVID-19 e todas as dúvidas associadas a esse novo vírus possivelmente favoreceu ainda mais a ansiedade. Porém, o desafio encontrado também pode resultar em transformações positivas à medida que os indivíduos aproveitam suas habilidades de enfrentamento (Baboré et al., 2020).

Em nosso estudo, os médicos apresentaram religiosidade menor quando comparados a algumas das categorias de profissionais da saúde avaliadas. Em outro estudo com 1.125 médicos norte-americanos que buscou descrever suas características religiosas e compará-las com as da população geral dos Estados Unidos, os médi-

cos eram menos propensos a levar suas crenças religiosas para todas as outras atividades da vida (58% vs. 73%), mas apresentavam maior probabilidade de se considerar espirituais, embora não religiosos (20% vs. 9%), e de enfrentar os principais problemas da vida sem confiar em Deus (61% vs. 29%) (Curlin et al., 2005). A religiosidade deixada de lado pelos médicos pode estar associada ainda ao modelo biomédico, que não considera tanto a dimensão sociocultural e que predomina a formação médica (Pinto & Falcão, 2014).

Em contrapartida, um estudo realizado com 2.097 médicos mostrou que a maioria acreditava em Deus (65,2%) e 51,2 % se autodeterminaram religiosos, 24,8% espirituais, 12,4% agnósticos e 11,6% ateus, com a oração relatada por 44,7% dos médicos (Robinson et al., 2017). Esses achados corroboram outra pesquisa realizada com 3.630 estudantes de medicina no Brasil sobre religiosidade e espiritualidade, identificando que 81,8% frequentavam cultos religiosos menos de uma vez por semana e 55,8% passavam mais de uma vez por semana em atividades religiosas particulares (Lucchetti et al., 2013). Nessa perspectiva, nos últimos anos, tem-se verificado um interesse entre as relações de religiosidade, espiritualidade e saúde, refletindo um aumento crescente sobre a ligação entre elas na área médica. A ciência confirma uma associação positiva entre envolvimento religioso e saúde, demonstrando que o envolvimento religioso está associado a menores prevalências de tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo, obesidade, além de melhor adesão nutricional e farmacológica no controle de colesterol alto, hipertensão arterial, diabetes mellitus e, por consequência, menor índice de doenças cardiovasculares (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2019).

No presente estudo, a idade dos profissionais apresentou uma correlação inversa fraca com o escore da escala DUREL em relação aos domínios religiosidade organizacional e religiosidade intrínseca mostrando que, quanto maior a idade do indivíduo, mais alta é a sua religiosidade. Estas dimensões também foram mais baixa entre os homens em relação às mulheres. Esses achados

se alinham com os dados disponíveis na literatura, indicando que as mulheres e as pessoas com mais idade possuem maior envolvimento religioso (Zenevicz et al., 2013; Guerrero-Castañeda et al., 2019; Ofstedal et al., 2019; Saad & Medeiros, 2017; Li et al., 2016). A religiosidade é um elemento fundamental de força, esperança e disposição na vida do ser que envelhece, e diversas vezes usada como refúgio para as adversidades encontradas ao longo da vida (Oliveira & Menezes, 2018).

Referente à filiação religiosa, os resultados do nosso estudo mostraram que a grande maioria dos profissionais referiu ser católicos e consideravam importante ter uma religião, além de acreditar que a religiosidade auxiliava no momento da pandemia. O Brasil, devido à sua história de colonização e à cultura latino-americana, é considerado um país religioso. De acordo com os últimos dados do Censo Demográfico Nacional de 2010, dos mais de 190 milhões de brasileiros, 64,73% se autodeclararam católicos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012). Apesar de predominar o catolicismo no censo de 2010, os dados mostram que a proporção de católicos no Brasil diminuiu consideravelmente entre 1980 e 2010, caindo de 88,3% para 65,4%. Essas transformações ocorreram, principalmente, devido ao número relativo de pentecostais, que aumentou acentuadamente no período, de aproximadamente 3% para 20%, além da a religião espírita e das pessoas sem filiação religiosa (Coutinho & Golgher, 2014).

Nossa pesquisa também mostrou um número expressivo de profissionais de saúde que relataram sentir-se tristes ou nervosos em algum momento durante a pandemia da COVID-19, e um pequeno número relatou transtorno depressivo. Encontrou-se também um importante percentual de profissionais que faziam uso de tranquilizantes, sedativos, ansiolíticos, remédios para dormir e, também, uso de antipirético, analgésico ou relaxante muscular. Possivelmente, os desafios e o estresse enfrentados pelos profissionais de saúde que atuam na linha de frente da pandemia da COVID-19 podem ter sido um gatilho para o aparecimento ou a intensificação dos sintomas

de ansiedade e depressão e para a utilização de medicamentos para reduzir esses sintomas (Bao et al., 2020).

Um estudo transversal realizado na cidade de Wuhan, na China, com 1.257 profissionais de saúde, revelou o impacto que o coronavírus causou na saúde mental desses profissionais, relatando percentuais consideráveis de sintomas depressivos (50,4%), ansiedade (44,6%), insônia (34,0%) e angústia (71,5%) (Lai et al., 2020). Esses achados corroboram outro estudo realizado nesse cenário, do qual 564 de 1.563 profissionais de saúde chineses entrevistados durante o surto de COVID-19 apresentavam sintomas de insônia (Zhang et al., 2020).

O agravamento da COVID-19 tem sido relacionado com algumas comorbidades como diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas (Yang et al., 2020). Em nossa pesquisa, as comorbidades dos profissionais de saúde mais frequentemente citadas foram bronquite/asma, transtorno depressivo e hipertensão. Nesse sentido, entendemos que sentimentos de ansiedade e preocupação podem se intensificar nos profissionais da saúde por não terem sido afastados do trabalho e por conhecerem os riscos à saúde da COVID-19. Os profissionais atuantes na linha de frente e que são portadores de outras doenças, podem ser marcados por sentimentos de medo diante de uma doença ainda considerada nova e que, por vezes, leva ao óbito (Vedovato et al., 2021).

O contexto da pandemia requer maior atenção ao trabalhador de saúde também no que se refere aos aspectos relacionados à sua saúde mental, sendo recorrente o relato de aumento de transtornos depressivos, aumento do uso de medicamentos, sintomas psicossomáticos e medo de se infectarem ou transmitirem a infecção aos membros da família (Fundação Oswaldo Cruz, 2020). Em nosso estudo, quando questionamos sobre o sentimento de preocupação relacionado à pandemia da COVID-19, os profissionais de saúde se consideravam razoavelmente preocupados em adquirir a doença e muito preocupados em transmiti-la a alguém de sua família ou pessoas

próximas. O medo, sobretudo em relação ao risco de expor-se ao vírus e, por conseguinte, contaminar suas famílias, foi a emoção mais evidente e enfaticamente relatada por enfermeiros em um estudo que buscou identificar os desafios enfrentados na pandemia (Góes et al., 2020). Corroborando esses achados, outros estudos mostraram que o medo de ficar infectado e contaminar outras pessoas, especialmente familiares, foi um dos maiores desafios que os profissionais de saúde tiveram de enfrentar (Lai et al., 2020; Cabarkapa et al., 2020; Urooj et al., 2020; Brust-Renck et al., 2021).

Dentro deste contexto, os profissionais de saúde durante a pandemia passaram por mudanças não apenas na sua rotina de trabalho, mas observou-se que o medo relacionado ao risco de contaminação hospitalar os levou a adotar medidas severas de cuidados pessoais no ambiente familiar, por medo de transmitir a COVID-19 a pessoas da família. Isso os levou a se adaptar a nova realidade de forma abrupta, inicialmente até evitando contato com a família, o que afetou significativamente o estado psicológico desses profissionais (Portugal et al., 2020).

Considerações finais

Este estudo buscou avaliar a religiosidade dos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da pandemia da COVID-19 e verificou-se que eles apresentavam religiosidade organizacional baixa, religiosidade não organizacional alta e religiosidade intrínseca alta. Além disso, os resultados do estudo mostram que, independentemente de crenças e práticas religiosas, a religião tem sido uma estratégia de enfrentamento, sendo possível perceber a influência da religiosidade durante a pandemia.

Referências

Baboré, A., Lombardi, L., Viceconti, M. L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M., Candelori, C., Bramantí, S. M., Trumello, C. (2020). Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Research*, 293, Article 113366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113366>

- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), E37-E38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
- Bentzen, J. S. (2019). Acts of God? Religiosity and Natural Disasters Across Subnational World Districts. *The Economic Journal*, 129, 2295-2321. <https://doi.org/10.1093/ej/uez008>
- Bentzen, J. S. (2021). In crisis, we pray: Religiosity and the COVID-19 pandemic. *J Econ Behav Organ*, 192, 541-583. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.10.014>
- Brasil. (2012). Conselho Nacional de Saúde/MS. Resolução 466/12. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*.
- Brust-Renck, P. G., Ferrari, J., Zibetti, M. R., & Serralta, F. B. (2021). Influência da percepção de risco sobre a COVID-19 no sofrimento psicológico dos profissionais de saúde. *Psico*, Porto Alegre, 52(3), 1-11. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2021.3.41408>
- Chabarkapa, S., Nadjidai, S. E., Murgier, J., & Ng, C. H. (2020). The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain Behav. Immun. Health*, 8, Article 100144. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100144>
- Caldas, R. E. L., Carvalho, R. S., Campelo, R. M., Maitelli, L. P., Bom, I. O., Arrial, E. M., & Santos, H. D. H. (2019). Difusão do conhecimento através das diferentes áreas da medicina 3. In R. F. Cosmoski, D.L (Ed.), *Avaliação do impacto da religiosidade na vida de estudantes universitários com ansiedade e depressão*. (pp. 224-238). Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.823192312>
- Coutinho, R. Z., & Golgher, A.B. (2014). O cenário em mudança da filiação religiosa no Brasil entre 1980 e 2010: idade, período e perspectivas de coorte. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 31(1), 73-98. <https://doi.org/10.1590/S0102-30982014000100005>
- Crispim, D., Silva, M. J. P., Cedotti, Câmara, M., & Gomes, S. A. (2020). Comunicação Difícil e COVID-19: Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia. *Associação Médica de Minas Gerais*, 1(1), 17-28.
- Curlin, F. A., Lantos, J. D., Roach, C.J., Sellergren, S. A., & Chin, M. H. (2005). Religious characteristics of U.S. physicians: a national survey. *J Gen Intern Med*, 20(7), 629-634. <http://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0119.x>
- Duque, E., & Vázquez, J. D. (2020). Quanto interessa a religião católica aos jovens? Um estudo a partir do caso português. *Rev cultura y religión*, 14(2), 17-35. dx.doi.org/10.4067/S0718-4727202000020010
- Ebadi, A. Ahmadi, F., Ghanei, M., & Kazemnejad, A. (2009). Spirituality: A key factor in coping among Iranians chronically affected by mustard gas in the disaster of war. *Nursing & Health Sciences*, 11(4), 344-350. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00498.x>
- Ferreira, A. G. C., Oliveira, J. A. C., & Jordán, A. P. W. (2016). Spirituality and health education: a proposal for transversality in the student's perspective. *Interdisciplinary Journal of Health Education*, 1(1), 3-12. <https://doi.org/10.4322/ijhe2016005>
- Fundação Oswaldo Cruz. & Ministério da Saúde. (2020). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid. *Recomendações para gestores 2020*. Fiocruz; MS.
- Góes, F. G. B. Silva, A. C. S. S., Santos, A. S. T., Pereira-Ávila, F. M. V., Silva, L. J., Silva, L. F., & Goulart, M. C. L. (2020). Challenges faced by pediatric nursing workers in the face of the COVID-19 pandemic. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4550.3367>
- Guerrero-castañeda, R. F., Menezes, T. M. O., Prado, M. L., & Galindo-Soto, J. A. (2019). Espiritualidad y religiosidad para la trascendencia del ser anciano. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 259-265. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0840>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Censo demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência (2012).
- LAI J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- LI, S., Okereke, O. I., Chang, S., Kawachi, I., & Weele, T. J. V. (2016). Religious service attendance and lower depression among women - a prospective cohort study. *Ann Behav Med*, 50(6), 876-884. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9813-9>
- Lucchetti G., Lucchetti, A. L. G., Peres, M. F., Leão, F. C., Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2012). Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). *J Relig Health*, 51(2), 79-86. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9429-5>
- Lucchetti, G., Oliveira, L. R., Koenig, H. G., Leite, J. R., Lucchetti, A. L. G., & SBAME Collaborators (2013). Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBAME. *BMC Medical Education*, 13(162), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-162>
- Lucchetti, G. E., Góes, L. G., Amaral, S. G., Ganadjian, G. T., Andrade, I., Almeida, P. O. A., Carmo, V. M., & Manso, M. E. G. (2020). Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatr*, 67(6) 672-679. <https://doi.org/10.1177/0020764020970996>
- Ministério da Saúde. (2020). *Coronavirus (covid-19): O que é covid-19*.
- Moniz, J. B. (2017). Os desafios da religiosidade contemporânea: análise das teorias da individualização religiosa e espiritual. *Revista Lusófona de Ciência das Religiões*, 20, 393-405. <https://research.ulusofona.pt/publications/os-desafios-da-religiosidade-contempor%C3%A2nea-an%C3%A1lise-das-teorias-da-7>

Moreira-Almeida, A., Peres, M. F., Aloe, F., Neto, F. L., & Koenig, H. G. (2008). Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Rev psiquiatr clin.*, 35(1), 31-32. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>

Ofstedal, B.M., Chiu, C., Jagger, C., Saito, Y., & Zimmer, Z. (2019). Religion, Life Expectancy, and Disability-Free Life Expectancy Among Older Women and Men in the United States. *Journals of Gerontology*, 74(8), 107-118. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby098>.

Oliveira, A., & Boin, F. (2017). A pluralidade de experiências do sagrado nas sociedades contemporâneas. *Religare*, 14(2), 343-362. <https://doi.org/10.22478/ufpb.1982-6605.2017v14n2.36455>

Oliveira, A. L. B., Menezes, T. M. (2018). O significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, 71, 774. <https://doi.org/10.1177/0020764020970996>

Organização Pan-americana da Saúde. (2020). Surto da doença coronavírus (COVID-19): direitos, papéis e responsabilidades dos trabalhadores da saúde, incluindo as principais considerações sobre segurança e saúde ocupacional.

Pinto, A. N., Falcão, E. B. M. (2014). Religiosidade no Contexto Médico: entre a Receptividade e o Silêncio. *Revista brasileira de educação médica*, 38(2), 38-46. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100006>

Portugal, J. K. A., Reis, M. H. S., Barão, E. J. S., Souza, T. T. G., Guimarães, R. S., Almeida, L. S., Pereira, R. M. O., Freire, N. M., Germano, S. N. F., Garrido, M. S. (2020). Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 46, 1-6. <https://doi.org/10.25248/reas.e3794.2020>

Prazeres, F., Passos, L., Simões, J. A., Simões, P., Martins, C., & Teixeira, A. (2020). COVID-19-Related Fear and Anxiety: Spiritual-Religious Coping in Healthcare Workers in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010220>

Robinson, K. A., Cheng, M. R., Hansen, P. D., & Gray, R. J. (2017). Religious and spiritual beliefs of physicians. *J Relig Health*, 56(1), 205-225. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0233-8>

Saad, M., Medeiro, S. R. (2017). Implications for public health of the religiosity-longevity relation. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(10). <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.10.837>

Shechter, A., Diaz, F., Moises, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J.L. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Gen. Hosp. Psychiatr*, 66, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.007>

Schuster M. A. Stein, B. D. Jaycox, L., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., Zhou, A. J., Kanouse, D., Morrison, J. L., & Berry, S. H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345(20), 1507-1512. <https://doi.org/10.1056/NEJM200111153452024>

Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2019). *Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arquivos brasileiros de cardiologia*. <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf>

Sofati, F. M., & Moreira, A. S. (2018) Catolicismo brasileiro: um painel da literatura contemporânea. *Religião e sociedade*, 38(2), 277-301. <https://doi.org/10.1590/0100-85872018v38n2cap10>

Urooj, U., Ansari A., Siraj, A., Khan, S., & Tariq, H. (2020). Expectations, Fears and Perceptions of doctors during Covid-19 Pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2643>

Vedovato, T. G., Andrade, C. B., Santos, D. L., Bitencourt, S. M., Almeida, L. P., & Sampaio, J. F. S. (2021). Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva?. *Revista Brasileira de saúde ocupacional*, 46, 1-15. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000028520>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R.C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5),1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Yang J., Zheng, Y., Gou, X., Pu, K., Chen, Z., Guo, Q., Ji, R., Wang, H., Wang, Y., & Zhou, Y. (2020). Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis*, 94, 91-95. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017>

Zenevicz, L., Moriguchi, Y., & Madureira, V. S. F. (2013). The religiosity in the process of living getting old. *Rev da Escola Enfermagem USP*, 47(2), 433-439. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200023>

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, F., Xue, Q., Peng, M., Min, B., Tian, Q., Leng, H., Du, j., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F., Yan, T., Dong, H., Han, Y., Wang, Y., Cosci, F., & Wang, H. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychother Psychosom*, 89(4), 242-250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

Manuela da Silva Couto

Mestre em Gerontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em Santa Maria, RS, Brasil. Enfermeira especialista pela Residência Multiprofissional no Programa de Atenção Clínica Especializada com Ênfase em Infectologia e Neurologia da Universidade Franciscana (UFN), em Santa Maria, RS, Brasil.

Diego Chemello

Doutor em Cardiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Professor do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em Santa Maria, RS, Brasil.

Patrícia Chagas

Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil, com estágio pós-doutoral no Centro de Investigación Cardiovascular (CSIC-ICCC) do Hospital Sant Pau, IIB-Sant Pau, em Barcelona, Espanha. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva e Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em Santa Maria, RS, Brasil. Líder do GIANA - Grupo de Investigação em Avaliação Nutricional e Aterosclerose.

Endereço para correspondência

Patrícia Chagas

Universidade Federal de Santa Maria
Av. Roraima, 1000, prédio 26E, sala 220B
Bairro Camobi, 97105-900
Santa Maria, RS, Brasil

Os textos deste artigo foram revisados pela SK Revisões Acadêmicas e submetidos para validação do(s) autor(es) antes da publicação.