



INTERCÂMBIO

Frequência institucional religiosa como atividade essencial: uma investigação sobre saúde mental e religiosidade organizacional

Religious institutional frequency as an essential activity: an investigation into mental health and organizational religiosity

*Gustavo Bianchini Porfírio**

*David Livingstone Alves Figueiredo***

*Daiane Priscila Simão-Silva****

*Abrão José Melhem Junior*****

Resumo: O presente trabalho buscou explorar e investigar as possíveis relações entre a frequência religiosa institucional com a saúde mental durante a pandemia de Covid-19. Foi utilizada uma metodologia de pesquisa quantitativa, transversal e do tipo descritivo-correlacional com voluntários que responderam um formulário online. O número de respondentes analisados foi de 224, dos quais 58% católicos e 42% evangélicos. Observou-se que a prevalência de sintomas de ansiedade foi um fator preditor sobre “frequentar menos a instituição religiosa durante a pandemia” (OR 2,5). Maiores sintomas de ansiedade foram relatados no sexo feminino, em pessoas mais jovens, em católicos e em respondentes que relataram menor sentimento de proximidade com Deus e menor manutenção de práticas religiosas durante a pandemia. Evangélicos e católicos apresentaram alta RI (religiosidade intrínseca), entretanto observou-se maior índice de religiosidade organizacional (RO) e não organizacional (RNO) entre os evangélicos. Entre os homens e entre evangélicos, maiores frequências à instituição religiosa estavam associadas com menores níveis de ansiedade. Maior nível de escolaridade se associou com menores sintomas de ansiedade e menor frequência religiosa. Aspectos doutrinários da reforma protestante podem ter sido fator de influência para as diferenças observadas nos índices de religiosidade entre católicos e evangélicos. Nossos dados enfatizam o papel das instituições religiosas no suporte psicoemocional dos frequentadores. O estudo da saúde mental e os fatores associados é algo complexo. O presente trabalho evidencia essa complexidade, assim como o papel da religiosidade que deve ser melhor explorado em estudos futuros.

Palavras-chave: Pandemia. Psicologia da religião e da espiritualidade. Coping religioso. Práticas religiosas.

Abstract: The present study sought to explore and investigate the possible relationships between institutional religious attendance and mental health during the Covid-19 pandemic. A quantitative, transversal, and descriptive-correlational research methodology was conducted with volunteers

* Bacharel em Psicologia (Centro Universitário Campo Real, Guarapava-PR). ORCID: 0000-0001-9770-3033. Contato: gustavobp.psicologo@gmail.com

** Professor Adjunto, Chefe do Departamento de Medicina e Coordenador do Programa de Residência Médica da UNICENTRO (Guarapuava-PR). Doutor em Ciências Médicas (USP, São Paulo-SP). ORCID: 0000-0002-5446-296X. Contato: davidlafigueiredo@gmail.com

*** Doutora em Genética (UFPR, Curitiba-PR), com período sanduíche no Karolinska Institutet (Suécia). ORCID: 0000-0002-1633-9899. Contato: dpscientist@gmail.com

**** Membro e supervisor da COREME da UNICENTRO (Guarapuava-PR). Professor colaborador do Curso de Medicina da UNICENTRO (Guarapuava-PR). Residência Médica em Clínica Médica (UFPR, Curitiba-PR). ORCID: 0000-0003-0018-1641. Contato: abraomelhemjr@gmail.com

who answered an online form. The number of respondents analyzed was 224. Among these, 58% are Catholics, and 42% are Evangelicals. The prevalence of anxiety symptoms was a predictor of “attending less to a religious institution during the pandemic” (OR 2.5). More significant anxiety symptoms were reported in females, younger people, Catholics, and respondents who reported a lower feeling of closeness to God and lower maintenance of religious practices during the pandemic. A higher rate of Organizational (OR) and Non-Organizational (RNO) Religiosity was observed among Evangelicals and high RI for Evangelicals and Catholics. Among men and evangelicals, higher attendance to religious institutions was associated with lower anxiety levels. Higher education level was associated with lower anxiety symptoms and lower religious attendance. Influences of doctrinal aspects of the Protestant Reformation may have influenced the differences observed in the indices of religiosity between Catholics and Evangelicals. Our data emphasize religious institutions’ role in the congregants’ psycho-emotional support. The understanding of mental health and associated factors is complex. The present study highlights this complexity and reinforces the importance of further studies.

Keywords: Pandemic. Psychology of Religion and Spirituality. Religious coping. Religious practices.

Introdução

A pandemia de Covid-19, com início no final de 2019, trouxe impacto severo na economia (Lemos; Almeida-Filho; Firmo, 2020), com consequente agravamento das vulnerabilidades sociais (Pires; Carvalho; Xavier, 2020). Todos esses fatores colocaram em risco o estado de saúde mental da população (Pereira et al., 2020). Dados anteriores ao início da pandemia já apontavam transtornos depressivos e ansiosos como muito prevalentes na população global. Em 2018, a depressão afetava mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2018). A ansiedade apresenta números semelhantes e, no Brasil, atinge 9,3% da população, uma das maiores taxas do planeta (OMS, 2017).

Diante de situações de risco, o ser humano desenvolve um processo de adaptação (Myers; Dewall, 2019) que pode desencadear reações naturais de estresse na busca de enfrentar os desafios apresentados. Dentre as formas de enfrentamento focadas na emoção destaca-se a espiritualidade ou *coping* religioso espiritual (CRE), prática que utiliza a fé e a religiosidade para lidar com os problemas da vida e demais situações de estresse (De Oliveira; Queluz, 2016) buscando facilitar uma resolução, prevenir ou aliviar consequências de um sofrimento (Machado; Holanda, 2016).

Uma ampla diversidade de estudos, conforme revisão realizada por Saad; Masiero; Battistella (2001) relaciona o envolvimento espiritual e religioso com saúde mental e física, além de melhor adaptação a situações de estresse e promoção do estilo de vida. O contexto social vivenciado numa igreja ou templo tem sido associado a efeitos protetivos em relação à depressão por, dentre outros aspectos, diminuir sentimentos de isolamento e solidão (Ronneberg et al., 2016), além da relação com a promoção de regras sociais que facilitam a vida comunitária, a cooperação e o suporte mútuo (Koenig, 2009).

No cenário da pandemia, governantes de todo o mundo buscaram implementar medidas de enfrentamento; dentre estas, as medidas de restrição de presença física dos fiéis nas igrejas e templos. No Decreto Nº 10.292, de 25 de março de 2020, as atividades religiosas de qualquer natureza foram consideradas como atividades essenciais “indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim considerados aqueles que, se não atendidos, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde

ou a segurança da população [...]”. Esse mesmo decreto determinou que as atividades religiosas de qualquer natureza poderiam ocorrer, desde que obedecidas as determinações do Ministério da Saúde. Devido às orientações de secretarias estaduais e municipais, em diferentes momentos as atividades religiosas em grupo foram restritas completa ou parcialmente como medida de contenção à propagação do vírus (ALVES, 2021).

De caráter exploratório, o presente trabalho buscou observar possíveis relações entre a saúde mental com o fenômeno do período de restrições ao culto religioso durante o primeiro ano da pandemia. Observar essas relações é importante para o debate sobre a classificação de atividade essencial que a instituição religiosa recebeu durante o período da pandemia, e com isto, ampliar a discussão e fornecer subsídios para a construção de caminhos de enfrentamento para o país.

Metodologia

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo descritivo-correlacional (Campos, 2018), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste, campus Irati (PR), sob o Parecer Nº 4.373.121 e CAEE Nº 36878420.8.0000.8967.

A coleta de dados foi realizada a partir de divulgação via mídias sociais, por meio de um questionário construído na plataforma *Google Forms* oferecida gratuitamente pela empresa Google LLC. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi adaptado ao instrumento virtual dada a necessidade de novos meios e instrumentos de pesquisa para a situação de pandemia, limitando o contato físico conforme orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS).

A amostra da pesquisa se formou por conveniência não probabilística, contando com a voluntariedade de participação das pessoas que receberam a pesquisa pelas mídias e contatos dos pesquisadores, sendo inicialmente disparada *online* na região Centro-Oeste do Paraná. Os critérios de inclusão foram: pessoas com mais de 18 anos, que responderam completamente ao questionário e, voluntariamente, cederam seus dados através de TCLE.

O questionário foi constituído de dados sociodemográficos, perguntas sobre a frequência a culto, escala DASS-21 (Martins et al., 2019), Escala de Religiosidade da Duke-DUREL (Moreira-Almeida et al., 2008). e) e Questionário Objetivo seguindo uma escala do tipo Likert de 0 a 4 pontos. (0 = Discordo Totalmente e 4 = Concordo Totalmente) com as seguintes perguntas: 1) Consegui me sentir em contato com Deus durante o fechamento de minha instituição religiosa (Alminhanha; Moreira-Almeida, 2009); 2) Mantive minhas práticas religiosas apesar do fechamento de minha instituição religiosa (Dein et al., 2020); 3) Senti que minha fé ou crença foi abalada após o fechamento de minha instituição religiosa (Alminhanha; Moreira-Almeida, 2009); 4) A falta de contato físico com as pessoas de minha comunidade religiosa me deixou desamparado (Salsman et al., 2005); 5) Senti que durante o fechamento de minha instituição religiosa perdi o sentido que guiava minha vida (Paloutzian, 2017).

O escore de Duke-Durel representa um fenômeno religioso mais acentuado com valores mais próximos de 1 e menos acentuado com valores mais próximos de 5 e

separa a religiosidade em organizacional (RO), não organizacional (RNO) e intrínseca (RI). A RO se refere à frequência que uma pessoa frequenta sua instituição religiosa, a RNO busca mensurar a frequência de realização de práticas religiosas privadas e não institucionais e a religiosidade intrínseca avalia a dimensão que se refere ao grau de comprometimento e motivação religiosa pessoal; nesta última, o instrumento se utiliza de uma somatória de três perguntas para a mensuração (KOENIG; BÜSSING, 2010).

Para a verificação da normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a análise de comparação entre grupos, foram utilizados os testes: 1) Teste exato de Fisher, 2) Teste não paramétrico de Mann-Whitney, 3) Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Para análise de correlação, foi utilizado o coeficiente de correlação tau de Kendall (Field, 2009). Os resultados foram considerados significativos com $p < 0,05$ para análise de correlação e comparação.

Resultados

Foram obtidas 256 respostas, das quais 1 não autorizou o uso de seus dados e 9 não informaram frequência atual ao culto religioso, resultando em 246 respostas válidas para análise. No que se refere aos aspectos sociodemográficos da amostra, foi observado que a maioria se declarou do gênero feminino (68%) e de raça branca (82%). A faixa etária variou entre 18 e 75 anos, sendo a idade média de 38 anos. No gênero masculino, a idade média foi maior (41 anos) do que entre os do gênero feminino (37 anos). A maioria da amostra relatou o estado civil de casado (56%), ensino superior completo e/ou pós-graduação (77%). As religiões cristãs apareceram com maior frequência (91%). Dentre os cristãos, no gênero masculino, em sua maior parte, o grupo era composto por evangélicos (61%), e, no gênero feminino, por católicos (63%).

Os aspectos sociodemográficos da amostra estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Dados Sociodemográficos Gerais

	F n (%)	M n (%)	Global n (%)
N	167 (68%)	79 (32 %)	246 (100%)
Idade	36,7 ± 14,6	40,5 ± 13,64	37,93 ± 14,42
Etnia			
Branca	145 (87%)	57 (72%)	202 (82%)
Parda	16 (9%)	7 (9%)	23 (9%)
Amarela	3 (2%)	8 (10%)	11 (4%)
Preta	2 (1%)	7 (9%)	9 (4%)
Indígena	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)
Estado Civil			
Casado	77 (46%)	60 (76%)	137 (56%)
Solteiro	82 (49%)	18 (23%)	100 (40%)
Outros	8 (5%)	1 (1%)	9 (4%)

	F n (%)	M n (%)	Global n (%)
Escolaridade			
Secundário	46 (27%)	17 (21%)	63 (26%)
Superior completo	28 (17%)	35 (32%)	53 (21%)
Pós-Graduação	93 (56%)	37 (47%)	130 (53%)
Residência			
Área urbana	164 (98%)	77 (97%)	241 (98%)
Área rural	3 (2%)	2 (3%)	5 (2%)
Denominação Religiosa			
Católica	105 (63%)	25 (32%)	130 (53%)
Evangélica	46 (28%)	48 (61%)	94 (38%)
Espírita	6 (4%)	0 (0%)	6 (2%)
Religiões de matrizes africanas	4 (2%)	1 (1%)	5 (2%)
Religiões de matrizes orientais	2 (1%)	0 (0%)	2 (1%)
Ateus, agnósticos ou sem religião	3 (2%)	2 (3%)	5 (2%)
Outros cristãos	0 (0%)	2 (3%)	2 (1%)
Múltiplas formas de crenças	1 (1%)	1 (1%)	2 (1%)

F: sexo feminino; M: sexo masculino.

As análises de comparação e correlação foram realizadas apenas para a amostra de evangélicos e católicos (224 casos), dado o baixo número de respostas para as demais religiões. Para fins de análise, as variáveis de desfecho e predição foram reconfiguradas em dois grupos: ansiedade, depressão e estresse reclassificados em: G1: normal + leve; G2: moderado, severo e extremante severo. A frequência de participação em eventos religiosos foi reclassificada em: G1 - participar uma vez por mês ou menos na instituição religiosa; G2 - participar uma vez por semana ou mais.

As associações com p -valor inferior a 0,20 foram inseridas no modelo logístico (Tabela 2). Foram realizados dois modelos de regressão logística binária: no modelo bruto apenas a ansiedade foi considerada preditora das frequências de participação em eventos religiosos. Em um segundo modelo essa associação foi ajustada para as variáveis escolaridade, estado civil, cor ou raça, profissão.

Tabela 2 – Regressão logística binária em dois modelos, bruto e ajustado, para predição da frequência de participação em eventos religiosos durante a pandemia.

		ODDS RATIO (IC95%)	P
Modelo bruto			
<i>Constante</i>		0,5	
Ansiedade	Normal/Leve	Referência	
	Moderada/Severa/Muito Severa	2,2 (1,2 – 3,8)	0,005

		ODDS RATIO (IC95%)	P
Modelo ajustado			
<i>Constante</i>		1,9	0,365
Ansiedade	Normal/Leve	Referência	
	Moderada/Severa/Muito Severa	2,5 (1,3– 4,6)	0,003

Variáveis de ajuste: Escolaridade, Estado civil, Cor ou raça, Profissão.

Optou-se por prever a categoria: “Participar uma vez por mês ou menos de eventos religiosos”. Dessa forma, observou-se que a prevalência de sintomas de ansiedade prediz “frequentar menos a instituição religiosa” independentemente das variáveis de ajuste (OR 2,5).

A tabela 3 apresenta comparações entre os grupos femininos e masculinos em relação à saúde mental, religiosidade e frequência na instituição religiosa.

Tabela 3. Comparações entre mulheres e homens cristãos para efeitos psicológicos, índice de religiosidade e relatos de frequência.

		Gênero Feminino	Gênero Masculino	p ¹
		n (%)	n (%)	
Efeitos Psicológicos				
<i>Ansiedade</i>				
	Normal	64 (42%)	55 (75%)	
	Leve	8 (5%)	5 (7%)	
	Moderado	25 (17%)	6 (8%)	
	Severo	13 (9%)	3 (4%)	
	Extremamente Severo	41 (27%)	4 (6%)	p < 0,05
Índice de Religiosidade Duke – DUREL				
<i>RNO</i>				
	Mais do que uma vez ao dia	30 (20%)	18 (25%)	
	Diariamente	85 (56%)	45 (62%)	
	Duas ou mais vezes por semana	18 (12%)	7 (10%)	
	Uma vez por semana	5 (3%)	1 (1%)	
	Poucas vezes por mês	7 (5%)	1 (1%)	
	Raramente ou nunca	6 (4%)	1 (1%)	p > 0,05
RI (Somatório, ranqueamento pelos autores)				
	Alta (3 a 6)			
	Média (7 a 10)	129 (85%)	68 (93%)	
	Baixa (11 – 15)	18 (12%)	3 (4%)	
		4 (3%)	2 (3%)	p < 0,05
Relatos de frequência				
<i>Frequência durante a pandemia</i>				
	Uma vez por mês ou menos – 94 (62%)	Uma vez por mês ou menos – 29 (40%)		
	Uma vez na semana ou mais – 57 (38%)	Uma vez na semana ou mais – 44 (60%)		p² < 0,05

1. Valores de significância para Teste Z, Teste U de Mann-Whitney e Tau C de Kendall.
2. Valores de significância para teste Exato de Fisher e Tau C de Kendall.

Observou-se maiores porcentagens de sintomas de ansiedade no gênero feminino, menor RI e menor frequência ao culto durante a pandemia.

A Tabela 4 apresenta comparações realizadas entre métricas relacionadas nos grupos cristãos de católicos e evangélicos.

Tabela 4. Comparações entre denominações Católicas e Evangélicas por Efeitos Psicológicos, Alterações na Frequência.

	Católico (a) n (%)	Evangélico (a) n (%)	p ¹
Efeitos Psicológicos			
<i>Ansiedade</i>			
Normal	56 (43%)	63 (67%)	
Leve	8 (6%)	5 (5%)	
Moderado	24 (19%)	6 (7%)	
Severo	12 (9%)	4 (4%)	
Extremamente Severo	29 (23%)	16 (17%)	p < 0,05
Frequência institucional			
<i>Uma vez por mês ou menos antes da pandemia</i>	41 (32%)	10 (11%)	
<i>Uma vez na semana ou mais antes da pandemia</i>	89 (68%)	84 (89%)	
<i>Uma vez por mês ou menos durante a pandemia</i>	86 (66%)	39 (39%)	
<i>Uma vez na semana ou mais durante a pandemia</i>	44 (34%)	57 (61%)	p < 0,05
Índice de Religiosidade Duke – DUREL			
<i>RNO – Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?</i>			
Mais que uma vez ao dia	25 (19%)	23 (25%)	
Diariamente	71 (55%)	59 (62%)	
Duas ou mais vezes por semana	16 (12%)	9 (10%)	
Uma vez por semana	5 (4%)	1 (1%)	
Poucas vezes por mês	6 (5%)	2 (2%)	
Raramente ou nunca	7 (5%)	0 (0%)	p < 0,05
<i>RI (Somatório, ranqueamento pelos autores)</i>			
Alta (3 a 6)	112 (86%)	85 (90%)	
Média (7 a 10)	13 (10%)	8 (9%)	
Baixa (11 – 15)	5 (4%)	1 (1%)	p > 0,05

1. Valores de significância para teste U de Mann-Whitney e Tau C de Kendall. Religiosidade organizacional não relatada visto já ser uma comparação entre frequências na instituição.

O grupo de católicos apresentou maiores níveis de ansiedade e menores frequências à instituição religiosa durante a pandemia, bem como menor RNO.

A tabela 5 apresenta comparações entre grupos de sintomas de ansiedade com faixa etária organizada em grupos conceituais, perguntas da Escala Likert construída para a pesquisa e com dados de Escolaridade.

Tabela 5. Comparações entre grupos de sintomas de ansiedade com faixa etária, Escala Likert e Escolaridade.

	Grupo 1 (Ansiedade Normal e Leve)	Grupo 2 (Ansiedade Moderada, Severa e Extremamente Severa)	p¹
Faixa Etária			
Adulto Jovem (18 a 40 anos)	71 (54%)	65 (71%)	
Adulto Maduro (41 a 60 anos)	48 (36%)	23 (25%)	
Idoso (61 anos ou mais)	13 (10%)	4 (4%)	p < 0,05
Frequência institucional			
<i>Uma vez por mês ou menos durante a pandemia</i>	62 (47%)	61 (66%)	
<i>Uma vez por semana ou mais durante a pandemia</i>	70 (53%)	31 (34%)	p < 0,05
Escala Likert			
<i>1) Consegui me sentir em contato com Deus durante o fechamento de minha instituição religiosa</i>			
Discordo	4 (3%)	11 (12%)	
Não sei dizer	13 (10%)	16 (17%)	
Concordo	115 (87%)	65 (71%)	p < 0,05
<i>2) Mantive minhas práticas religiosas apesar do fechamento de minha instituição religiosa</i>			
Discordo	12 (9%)	19 (21%)	
Não sei dizer	17 (13%)	14 (15%)	
Concordo	103 (78%)	59 (64%)	p < 0,05
<i>3) Senti que minha fé ou crença foi abalada após o fechamento de minha instituição religiosa</i>			
Discordo	112 (85%)	62 (67%)	
Não sei dizer	9 (7%)	10 (11%)	
Concordo	11 (8%)	20 (22%)	p < 0,05
Escolaridade			
Ensino Fundamental Completo	2 (1%)	1 (1%)	
Ensino Médio Completo	24 (18%)	31 (34%)	
Superior	30 (23%)	19 (21%)	
Pós-Graduação	76 (58%)	41 (44%)	p < 0,05

1. Valores de significância para Teste U de Mann-Whitney e Tau C de Kendall.

Observou-se maior prevalência de sintomas de ansiedade em grupos mais jovens e grupos de menor frequência institucional durante a pandemia. Grupos de maiores sintomas de ansiedade relataram de forma significativa concordar menos sobre se sentir em contato com Deus e manter as práticas religiosas durante a pandemia, assim como concordaram mais sobre sentir que tinham a fé ou crença abalada e apresentaram menor grau de escolaridade.

A tabela 6 apresenta comparações entre grupos de frequência na instituição religiosa com sintomas de ansiedade, índice de religiosidade Duke-DUREL e escolaridade.

Tabela 6. Comparações entre grupos de frequência na instituição religiosa durante a pandemia com sintomas psicológicos e índice de religiosidade DUREL

	Uma vez por mês ou menos durante a pandemia n (%)	Uma vez na semana ou mais durante a pandemia n (%)	p ¹
Efeitos Psicológicos			
<i>Ansiedade</i>			
Normal	58 (47%)	61 (60%)	
Leve	4 (3%)	9 (9%)	
Moderado	21 (17%)	10 (10%)	
Severo	10 (8%)	6 (6%)	
Extremamente Severo	30 (25%)	15 (15%)	p < 0,05
DUREL			
<i>RNO</i>			
Mais do que uma vez ao dia	25 (20%)	23 (23%)	
Diariamente	63 (51%)	67 (66%)	
Duas ou mais vezes por semana	16 (13%)	9 (9%)	
Uma vez por semana	5 (4%)	1 (1%)	
Poucas vezes por mês	7 (6%)	1 (1%)	
Raramente ou nunca	7 (6%)	0 (0%)	p < 0,05
<i>RI (Somatório, ranqueamento pelos autores)</i>			
Alta (3 a 6)	99 (80%)	98 (97%)	
Média (7 a 10)	18 (15%)	3 (3%)	
Baixa (11 – 15)	6 (5%)	0 (0%)	p < 0,05
Escolaridade			
Ensino Fundamental Completo	0 (0%)	3 (3%)	
Ensino Médio Completo	25 (20%)	30 (30%)	
Superior	24 (20%)	25 (25%)	
Pós-Graduação	74 (60%)	43 (42%)	p < 0,05

1. Valores de significância para teste U de Mann-Whitney e Tau C de Kendall. Religiosidade Organizacional não relatada visto já ser uma comparação entre frequências na instituição.

Maiores sintomas de ansiedade foram observados no grupo de menor frequência institucional religiosa. Para os índices de religiosidade, observou-se, de forma significativa, maior RNO e RI para o grupo de maior frequência institucional religiosa. Maiores níveis de escolaridade estiveram associados com uma menor frequência institucional religiosa como, também, com menor ansiedade.

Discussão

Desde o surgimento da pandemia de Covid-19, diversas transformações ocorreram nos hábitos e costumes da população, inclusive nos ritos religiosos. Essas mudanças, além das consequências econômicas e na saúde em geral, trouxeram impactos diretos à saúde mental (Ornell et al., 2020). Toda transformação ambiental ocasiona também uma alteração psicofisiológica. Uma reação natural a situações novas como meio de sobrevivência e enfrentamento de perigos é a *ansiedade* (Sardinha; Nardi, 2014);

entretanto, a mesma também pode adquirir caráter negativo e prejudicial ao ocasionar quadros clínicos relacionados a transtornos de humor (APA, 2015).

A literatura mostra que o envolvimento religioso se relaciona com melhor enfrentamento (*coping*) no estresse, menor depressão, suicídios, ansiedade e abuso de substâncias (Koenig (2009). Um estudo polonês envolvendo uma população de católicos durante o período da pandemia de Covid-19 observou que o *coping* religioso esteve associado com melhor qualidade de vida e menor índice de ansiedade gerada pelo medo do vírus (Dobrakowski, 2021).

Em nosso estudo, observamos que a ansiedade foi um preditor independente da frequência às instituições religiosas durante a pandemia, de forma que, no grupo de pessoas que frequentaram menos a instituição, foi observado maior índice de ansiedade (OR 2,5). Conforme Ronneberg et al. (2016), a participação em um grupo religioso pode reduzir sentimentos de isolamento e solidão, assim, oferece ao sujeito a possibilidade de um bem-estar social por meio da integração social ocasionada pelo vínculo e suporte social oferecido pela comunidade, compreendendo também a dimensão da regulação social oferecida ao frequentador (Stroppa; Moreira-Almeida, 2008; Koenig, 2001; Holt et al., 2018). A literatura também associa a participação em comunidades religiosas solidárias com benefícios na saúde mental para indivíduos com doenças mentais, incluindo depressão, tentativas de suicídios e estresse (Weber; Pargament, 2014).

Ao comparar o índice de ansiedade entre os gêneros da amostra, observamos maiores sintomas de ansiedade no gênero feminino. Esses achados são concordantes com a literatura (WHO, 2017). Moutinho et al. (2017), utilizando o mesmo instrumento utilizado em nosso estudo (DASS-21), observaram maiores associações de sintomas de estresse e depressão no gênero feminino. Isso pode ser explicado pelo fato de que em muitas culturas as mulheres assumem um amplo leque de responsabilidades e vivenciam muitas vezes uma sobrecarga de atividades, além das altas prevalências de situações de violência e abusos que o grupo vivencia (Serafim et al., 2021). No contexto da pandemia, esses aspectos tornaram-se mais evidentes, com um aumento de 22,2% de violência não letal contra mulheres (FBSP, 2020). Um outro aspecto envolvido pode ser a menor frequência à instituição religiosa entre as mulheres do nosso estudo, contrariando autores que têm relatado maiores frequências institucionais para mulheres cristãs (Loewenthal; Macleod; Cinnirella, 2002; Scalco; Araújo; Bastos, 2011), além de maiores níveis de religiosidade, independente da religião (Jarvis et al., 2005). Os mesmos autores identificaram que maiores níveis de religiosidade estavam associados a melhores quadros em saúde mental. Ao considerar o poder preventivo em saúde mental da religiosidade geral, (Thomas; Barbato, 2020), essa baixa frequência em nosso estudo pode estar associada a uma menor prática do *coping* religioso-espiritual (CRE) e conseqüentemente, em menor contato com os benefícios gerados pela sua utilização em situações de dificuldade.

Mais que ortodoxia, a ortopraxia tem um papel fundamental na vida religiosa. A religiosidade intrínseca pode contribuir, dentre outros aspectos, para uma maior frequência à instituição religiosa, uma vez que a motivação pode partir das próprias convicções do sujeito e não são apenas dependentes de situações ambientais. A menor ansiedade entre homens, bem como a maior frequência às instituições observada em nosso estudo,

pode ser explicada pela maior religiosidade intrínseca ($p < 0,05$). Contrário aos nossos achados, outros autores têm relatado (Martinez; Almeida; Carvalho, 2012; Martinez et al., 2014) maiores níveis de RI em mulheres. Essa diferença pode ser efeito de diferentes metodologias de coleta de dados. O fato de termos adotado uma amostragem não probabilística é um fator limitante.

Observamos um menor nível de ansiedade entre os evangélicos. Esse fato pode estar relacionado com a prática religiosa. Ao comparar os grupos católicos e evangélicos, não observamos diferenças em relação à dimensão de religiosidade intrínseca (RI). Porém, identificamos maior religiosidade organizacional (RO) e maior religiosidade não organizacional (RNO) entre evangélicos. O alto índice de RI, apesar de menor RO e RNO entre católicos, pode ser resultado do n amostral e pelas limitações metodológicas da coleta de dados. A RNO se relaciona com práticas privadas de religiosidade e pode impactar a frequência às instituições religiosas, fato concordante com a observação de menor frequência entre os católicos, os quais apresentaram maior nível de ansiedade.

Essas diferenças observadas entre os dois grupos de cristãos podem ser entendidas à luz de questões doutrinárias com impacto nas tradições. A reforma protestante iniciada por Lutero teve como fundamentos teológicos a doutrina do sacerdócio universal do crente, a compreensão do próprio cristão como templo, e que não havia separação entre secular e sagrado, sendo todas as coisas para a glória de Deus, conforme compreensão protestante da carta de Paulo à igreja de Corinto (1 Cor 10.31). Nesse sentido, a reforma ressignifica o conceito estabelecido no tripé dia santo (domingo)-clero-templo (Wachholz; Sell, 2018). Assim, observa-se no grupo de evangélicos uma visão de que na igreja se realiza um momento de celebração e adoração, que é apenas uma parte de uma totalidade de devoção a Deus (Kivitz, 2014).

A alta RI de ambos os grupos pode indicar que isoladamente um elevado nível de RI pode não promover maiores níveis de RO e RNO, mas quando isso é observado à luz dos aspectos doutrinários de cada crença, nota-se uma relação positiva entre as três dimensões quando esses se associam com práticas e doutrinas que se fundamentam em uma vivência de sacerdócio constante. Isso pode indicar também que a vivência das três dimensões da religiosidade propostas por Koenig e Büssing (2010) se associa com melhores quadros de saúde mental. Maiores investigações poderiam avaliar o quanto os aspectos doutrinários influenciam de forma universal os seguidores, considerando a possibilidade de que cada um pode se apropriar deles de forma pessoal e interpretá-lo à uma luz própria e subjetiva e isso pode influenciar para a construção de um *coping* religioso-espiritual positivo, fundamental para melhores quadros em saúde mental.

A pandemia teve um impacto significativo na frequência a cultos, não apenas pela restrição legal, mas também pelo medo de contaminação. Entre os evangélicos, observou-se uma maior frequência pré e durante a pandemia. O fato de alguns líderes evangélicos terem incentivado a presença nos cultos (Massuchin; Santos, 2021) e posturas anti-isolamento (Carletti; Nobre, 2021) também pode ter influenciado os nossos dados. Nossos achados sobre a saúde mental entre católicos e evangélicos devem ser analisados de acordo com a complexidade que o fenômeno exige, considerando as condutas adotadas pelos líderes sacerdotais durante o período de restrições, os aspectos doutrinários

de cada crença, a forma com que cada pessoa vive a sua religião e a conexão entre as três dimensões da religiosidade com as formas de utilização do recurso do *coping* religioso.

O grupo que relatou maiores sintomas de ansiedade foi o que discordou mais acerca de sentir-se em contato com Deus durante a pandemia e concordou mais sobre sentir que perdeu o sentido que guiava suas vidas. Viktor Frankl (2017), o pai da logoterapia, defendia que qualquer sofrimento é passível de ser enfrentado quando há um sentido para ele, um significado que permeia este acontecimento. Nesse aspecto, a religião e a espiritualidade podem contribuir no processo de significação e propósito (Paloutzian, 2017).

Maiores escolaridades e idades estiveram associadas com menor ansiedade, o que concorda com o estudo de Costa et al. (2019) e Lobo; e Rieth (2021). Apenas a maior escolaridade se relacionou com menor frequência institucional religiosa. Esse segmento populacional, de acordo com a literatura, apresenta outros meios de coping, como maior acesso aos serviços de saúde (Batista et al., 2020), maior prática de exercícios físicos durante a pandemia (Crochemore-Silva et al., 2021), menor impacto na renda (Bezerra et al., 2020), maior consciência sobre os riscos do Covid-19 e adesão voluntária às medidas restritivas de distanciamento social (Lima et al., 2020). Esse dado evidencia a complexidade e o aspecto multifatorial da ansiedade que permeia a dimensão biopsicossocial.

Como Paulo Dalgalarro (2008) propõe, apesar das dificuldades metodológicas, na maior parte das vezes a religião parece fazer bem à saúde. Assim, ao se pesquisar sobre saúde e religião, é fundamental o reconhecimento dos limites dos autores, dos métodos, dos instrumentos e da capacidade de análise diante da imensa complexidade e riqueza do objeto de investigação proposto. Um fator limitante do presente estudo é o desenho metodológico transversal e não de coorte, o que restringe teorias e hipóteses de correlação sobre as alterações em saúde mental e na religiosidade ocasionadas pela pandemia.

Conclusão

A pandemia trouxe impacto significativo para a saúde mental. Sintomas de ansiedade, depressão e estresse adquiriram novos contornos, espaços e contextos na vida das pessoas. Nossos achados concordam com a proposta de Dalgalarro (2008), de que a religião é um objeto privilegiado na interlocução entre saúde e transtornos mentais.

Ao pensar em saúde mental em uma população cristã, é pertinente considerar a afirmativa de Lewis (2017), de que, se Cristo é convidado a “entrar”, ele fornecerá o tratamento completo à pessoa que o permitiu. Cabe ao pesquisador refletir sobre as condições que possibilitam esse “deixar entrar” em um momento de pandemia, no qual diferentes modos de interagir com esse Cristo se apresentam enquanto outros se restringem. Assim, esse tratamento completo proposto pelo autor pode ser crucial para um momento de crise e dificuldades, o que leva à uma exigência de rever as possibilidades e condições do “deixar entrar” por aqueles responsáveis pelos ritos, celebrações e congregações.

Ao considerar a frequência institucional religiosa como atividade essencial, se reconhece a sua importância para a manutenção da saúde mental dos frequentadores e a sua relação com o bem-estar humano.

Referências

- ALMINHANA, L. O.; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/E). *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 36, pp. 153-161, 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA); Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948p.
- ALVES, R. A. Igrejas fechadas: rezar na pandemia?. *Acta Semiotica*, pp. 149-172, 2021.
- BATISTA, A. et al. Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS), 2020.
- BEZERRA, A. C. V. et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, pp. 2411-2421, 2020.
- CARLETTI, A.; NOBRE, F. A Religião Global no contexto da pandemia de Covid-19 e as implicações político-religiosas no Brasil. *Revista Brasileira de História das Religiões*, v. 13, n. 39, 2021.
- CAMPOS, Luiz Fernando de Lara. *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia*. Campinas: Alínea Editora, 2018.
- COSTA, C. O. et al. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 68, pp. 92-100, 2019.
- CROCHEMORE-SILVA, I. et al. Prática de atividade física em meio à pandemia da COVID-19: estudo de base populacional em cidade do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, pp. 4249-4258, 2020.
- DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DE OLIVEIRA, P. F.; QUELUZ, F. N. F. R. A espiritualidade no enfrentamento do câncer. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 8, n. 2, pp. 142-155, 2016.
- DEIN, S. et al. COVID-19, mental health and religion: An agenda for future research. 2020.
- DOBRAKOWSKI, P. P. et al. Religious Coping and Life Satisfaction during the COVID-19 Pandemic among Polish Catholics. The Mediating Effect of Coronavirus Anxiety. *Journal of clinical medicine*, v. 10, n. 21, pp. 4865, 2021.

FRANKL, Viktor Emil. *Em busca de sentido*. 41ª Ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2017.

FIELD, Andy. *DISCOVERING STATISTICS USING SPSS*. 3ª Ed. Sage: London, 2009.

Fórum Brasileiro de Saúde Pública (FBSP). *Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19*. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2021.

HOLANDA, Adriano Furtado. *Fenomenologia e psicologia da religião no brasil: Fundamentos, Desafios e Perspectivas*. In ESPERANDIO, Mary Rute Gomes.; FREITAS, Maria Helena de (Orgs). *Psicologia da Religião no Brasil*. Curitiba: Juruá, 2017.

HOLT, C. L. et al. Role of religious social support in longitudinal relationships between religiosity and health-related outcomes in African Americans. *Journal of behavioral medicine*, v. 41, n. 1, pp. 62-73, 2018.

JARVIS, G. E. et al. Religious practice and psychological distress: The importance of gender, ethnicity and immigrant status. *Transcultural Psychiatry*, v. 42, n. 4, pp. 657-675, 2005.

KIVITZ, Ed R. *Quebrando paradigmas*. Guiame, 31 de maio de 2014. Disponível em <<https://guiame.com.br/colonistas/ed-rene-kivitz/quebrando-paradigmas.html>>. Acesso em 03 de fev. de 2022.

KOENIG, H. G. Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 31, n. 1, pp. 97-109, 2001.

KOENIG, H. G. Research on Religion, spirituality, and Mental Health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, v. 54, n. 5, pp. 283-291, 2009.

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

LEMOS, P.; De ALMEIDA-FILHO, N.; FIRMO, J. COVID-19, desastre do sistema de saúde no presente e tragédia da economia em um futuro bem próximo. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 4, n. 4, pp. 39-50, 2020.

LEWIS, Clive Staples *Cristianismo Puro e simples*. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2017.

LIMA, D. L. F. et al. COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, pp. 1575-1586, 2020.

LOBO, L. A. C.; RIETH, C. E. Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em debate*, v. 45, pp. 885-901, 2021.

LOEWENTHAL, K. M.; MACLEOD, A. K.; CINNIRELLA, M. Are women more religious than men? Gender differences in religious activity among different religious groups in the UK. *Personality and Individual Differences*, v. 32, n. 1, pp. 133-139, 2002.

MACHADO, Jéssyca Lais Cleto.; HOLANDA, Adriano Furtado. Religiosidade e bem-estar psicológico no contexto da clínica psicoterápica: um estudo fenomenológico. In FREITAS, Maria Helena de; ZANETTI, Nicole Bacellar; PEREIRA, Sergio Henrique Nunes (Orgs.). *Psicologia, religião e espiritualidade*. Curitiba: Juruá, 2016.

MARTINEZ, E. Z. et al. Investigação das propriedades psicométricas do Duke Religious Index no âmbito da pesquisa em Saúde Coletiva. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 22, pp. 419-427, 2014.

MARTINEZ, E. Z.; ALMEIDA, R. G. dos S.; CARVALHO, A. C. D. Propriedades da Escala de Religiosidade de Duke em uma amostra de pós-graduandos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 39, pp. 180-180, 2012.

MARTINS, B. G. et al. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 68, pp. 32-41, 2019.

MASSUCHIN, M. C.; SANTOS, M. B. A intersecção entre desinformação, religião e pandemia: a atuação de canais religiosos no youtube no contexto da covid-19. *Tropos: comunicação, sociedade e cultura (ISSN: 2358-212x)*, v. 10, n. 1, 2021.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 35, pp. 31-32, 2008.

MOUTINHO, I. L. D. et al. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 63, pp. 21-28, 2017.

MYERS, David G.; DeWALL, C. Nathan. *Psicologia*. 11ª Ed. Rio de Janeiro: LTC, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017. Disponível em <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>> acesso em: 09/08/2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Folha informativa – Depressão: Folha informativa atualizada em março de 2018. Disponível em <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095> acesso em: 09/08/2019.

ORNELL, F. et al. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Revista debates in psychiatry*, v. 2020, 2020.

PALOUTZIAN, Raymond F. Psicologia da religião na perspectiva global: Lógica, Abordagem e Conceitos. In ESPERANDIO, Mary Rute Gomes.; FREITAS, Maria Helena de (Orgs). Psicologia da Religião no Brasil. Curitiba: Juruá, 2017.

PEREIRA, M. D. et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(7): 1-35, e652974548.

PIRES, L. N.; CARVALHO, L.; XAVIER, L. de L. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. *Experiment Findings*, v. 21, 2020.

RONNEBERG, C. R. et al. The protective effects of religiosity on depression: A 2-year prospective study. *The Gerontologist*, v. 56, n. 3, pp. 421-431, 2016.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, v. 8, n. 3, pp. 107-112, 2001.

SALSMAN, J. M. et al. The link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Personality and social psychology bulletin*, v. 31, n. 4, pp. 522-535, 2005.

SARDINHA, Aline.; NARDI, Antonio Egidio. Estratégias de Manejo do Estresse e da Ansiedade. In MELO, Wilson Vieira (Org.). Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Novo Hamburgo: SINOPSYS, 2014.

SERAFIM, A. P. et al. Exploratory study on the psychological impact of COVID-19 on the general Brazilian population. *PLoS One*, v. 16, n. 2, p. e0245868, 2021.

SCALCO, D. L.; ARAÚJO, C. L.; BASTOS, J. L. Autopercepção de felicidade e fatores associados em adultos de uma cidade do sul do Brasil: estudo de base populacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 24, n. 4, pp. 648-657, 2011.

STROPPA, A; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: Inede, pp. 427-443, 2008.

THOMAS, J.; BARBATO, M. Positive religious coping and mental health among Christians and Muslims in response to the COVID-19 pandemic. *Religions*, v. 11, n. 10, p. 498, 2020.

WACHHOLZ, W.; SELL, W. Sacerdócio geral de todas as pessoas crentes: uma introdução a perspectiva de Martinho Lutero. *Revista Encontros Teológicos*, v. 33, n. 1, 2018.

WEBER, S. R.; PARGAMENT, K. I. The role of religion and spirituality in mental health. *Current opinion in psychiatry*, v. 27, n. 5, pp. 358-363, 2014.

Editora responsável: Patricia R. Souza

Recebido: 17 dez. 2021

Aprovado: 21 nov. 2022