

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Lilian Carla de Jesus

Coping religioso-espiritual em profissionais de enfermagem que atuam
em unidade de urgência e emergência

Ribeirão Preto
2011

Lilian Carla de Jesus

Coping religioso-espiritual em profissionais de enfermagem que atuam
em unidade de urgência e emergência

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título Mestre em Ciências,
Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção da saúde mental

Orientador: Ana Maria Pimenta Carvalho

Ribeirão Preto
2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Jesus, Lilian Carla de

Coping religioso-espiritual em profissionais de enfermagem que atuam em unidade de urgência e emergência. Ribeirão Preto, 2011.

83 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psiquiatria.

Orientador: Carvalho, Ana Maria Pimenta.

1. Enfermeiro. 2. Espiritualidade. 3. Estresse.

Nome: JESUS, Lilian Carla

Título: *Coping* religioso-espiritual em profissionais de enfermagem que atuam em unidade de urgência e emergência

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos aqueles que doam seu tempo, saúde e conhecimentos com vistas ao bem da humanidade.

Agradecimentos

À Deus, por ser o Pai Amado de todas as horas, a luz a me conduzir pelos caminhos da vida.

Aos meus pais Ana Cláudia de Jesus e Luiz Carlos de Jesus por todo amor e carinho que nunca me faltaram durante esta minha jornada.

A minha grande amiga e irmã do coração Carla Iraí Ferreira por todo apoio e amizade e a todos os demais amigos que estiveram comigo durante o tempo de realização deste projeto.

À Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho, minha orientadora e amiga, por todos os ensinamentos que me ministrou, e por toda a sua dedicação a este trabalho.

Ao Prof. Dr. Moacyr Lobo da Costa Júnior pelas orientações, disponibilidade e presença em todos os momentos que precisei.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto por ter me possibilitado realizar o curso de mestrado.

Ao Programa de Pós-Graduação e à CAPES pela concessão da bolsa de mestrado que me possibilitou realizar este trabalho.

À Unidade de Urgência e Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto que me disponibilizou o campo de pesquisa.

"O progresso não consiste somente nas obras materiais, na criação de máquinas poderosas e de toda ferramenta industrial; do mesmo modo não consiste em descobrir processos novos de arte, de literatura ou formas de eloquência. Seu mais alto objetivo é empolgar, atingir a idéia primordial, a idéia mãe que há de fecundar toda a vida humana, a fonte elevada e pura de onde hão de dimanar conjuntamente as verdades, os princípios e os sentimentos que inspirarão as obras de peso e as nobres ações."

Léon Denis

Resumo

JESUS, L.C. **Coping religioso-espiritual em profissionais de enfermagem que atuam em unidade de urgência e emergência**. 2011. 83f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

As pesquisas que tratam do *coping* religioso-espiritual (CRE) que vem sendo publicadas ainda não abordaram esta temática com relação ao profissional de enfermagem, profissional este submetido a vários fatores de estresse originados não só de sua prática laboral, mas também oriundos do cotidiano existente fora do local de trabalho. O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de verificar se os profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) se utilizam do *coping* religioso-espiritual para lidar com os fatores de estresse vivenciados tanto no trabalho como na vida particular. Trata-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa de natureza exploratória, no qual foram convidados a participar da pesquisa todos os profissionais de enfermagem da Unidade de Urgência e Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, obtendo-se uma amostra de 126 participantes aos quais foi entregue a cada profissional um envelope contendo o termo de consentimento, o Questionário Geral e a Escala CRE, que foram devidamente preenchidos fora do ambiente de trabalho e devolvidos à pesquisadora posteriormente. Os resultados mostraram que a média de CRE total foi de 3,66, a média de CREP foi de 3,11 e a média de CREN foi de 1,78 e que as mulheres fazem mais uso do *coping* religioso-espiritual positivo do que os homens. Com relação a situação de estresse referida pelos respondentes, verificou-se que a maioria relatou ter vivenciado uma situação de estresse em ambiente familiar (61,1%), que 25,4% relataram ter vivido uma situação de estresse no ambiente de trabalho, 2,4% referiam ter vivenciado situações de estresse em ambos os ambientes e 10,3% relataram não ter vivenciado nenhuma situação de estresse no período indicado. Apenas 0,8% não respondeu a pergunta. Os resultados obtidos por meio dos índices da escala CRE neste trabalho já eram esperados tendo em vista a religiosidade do povo brasileiro, especialmente a religiosidade da mulher brasileira, no entanto, não foi verificado o impacto do uso do *coping* religioso-espiritual para a saúde dessa categoria profissional, sendo necessários novos estudos, principalmente com relação ao impacto do uso da dimensão negativa do CRE, que, apesar de ter sido pouco utilizada pelos participantes deste estudo, trata-se de informação importante que pode afetar a saúde daqueles que fazem seu uso, cabendo aos futuros pesquisadores na área investigar também possíveis formas trabalhar este aspecto para a realização da promoção da dimensão espiritual dos profissionais de enfermagem.

Palavras-chave: enfermeiro; espiritualidade; estresse.

Abstract

JESUS, L.C. **Religious and spiritual coping among nursing professionals who work in emergency units.** 2011. 83p. Dissertation (MA) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Researches published in the area of spiritual/religious coping (SRC) still not addressed this issue related to nursing professionals who are submitted to different stress factors arising not only from their work practice, but also from their everyday life outside the workplace. This study aimed to verify if nursing staff (assistants, technicians and nurses) uses the spiritual/religious coping to deal with the stress factors experienced both at work and in private life. It is a cross-sectional, descriptive, and quantitative study in which all nurses of the Emergency Unit of the *Hospital das Clínicas* of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Medical School were invited to participate, obtaining a sample of 126 participants who were given an envelope containing a free consent form, the General Questionnaire, and the Spiritual Religious Coping Scale (SRCOPE Scale), which were completely filled out by the participants out of the workplace and then returned to the researcher. The results showed that the SRC average was 3.66, the positive SRC average was 3.11, the negative SRC average was 1.78, and that women make more use of positive spiritual/religious coping than men. Regarding the situation of stress mentioned by the participants, it was found that the majority reported having experienced a stressful situation in the family setting (61.1%); 25.4% reported having experienced a stressful situation in the workplace; 2.4% reported having experienced stressful situations in both environments; and 10.3% reported not having experienced any stressful situation during the period of the study. Only 0.8% of the participants did not answer the questions. The results obtained through the index of the SRC Scale were expected in view of the religiosity of the Brazilian people, especially the religiosity of Brazilian women, however, it was not seen the impact of the use of spiritual/religious coping for the health of this professional category, which warrants further studies, particularly with respect to the impact of the use of negative dimension of the SRC, which, although it was rarely used by the participants in this study, it is an important information that can affect the health of those who make its use, leaving it to future researchers in this area also investigate possible ways to work to achieve the promotion of the spiritual dimension of nursing professionals.

Keywords: nurse, spirituality, stress.

Resumen

JESUS, L. C. *Coping* religioso-espiritual en profesionales de Enfermería de unidad de urgencia y emergencia. 2011. 83p. Disertación (MA) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Investigaciones ya publicadas que tratan del *coping* religioso-espiritual (CRE) aún no abordaron esta cuestión en relación al profesional de enfermería que es sometido a diversos factores de estrés originados no sólo de sus prácticas laborales, sino también del cotidiano existente fuera del lugar de trabajo. Este estudio objetivó verificar si los profesionales de enfermería (auxiliares, técnicos y enfermeros) se utilizan del *coping* religioso-espiritual para hacer frente a los factores de estrés experimentados tanto en el trabajo como en la vida privada. Se trata de un estudio de corte transversal, descriptivo, y cuantitativo-exploratorio, en el cual fueron invitados a participar en la encuesta a todos los profesionales de enfermería de la Unidad de Urgencia y Emergencia del *Hospital das Clínicas* de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, teniendo una muestra de 126 participantes a los cuales fueron entregues un sobre que contenía un formulario de consentimiento, el Cuestionario General y la Escala CRE, que fueron debidamente rellenos fuera del ambiente del trabajo y devueltos a la investigadora posteriormente. Los resultados mostraron que el promedio de CRE total fue 3.66; el promedio de CREP fue 3,11; y el promedio de CREN fue de 1,78; y que las mujeres hacen más uso del *coping* religioso-espiritual positivo que los hombres. En cuanto a la situación de estrés mencionadas por los encuestados, se encontró que la mayoría reportó haber experimentado un ambiente familiar estresante (61,1%); 25,4% informaron que han vivido en un ambiente de trabajo estresante; 2,4% reportaron haber experimentado situaciones de estrés en ambos los ambientes; y 10,3% reportaron no haber experimentado alguna situación de estrés en el período indicado. Sólo el 0,8% no respondieron la pregunta. Los resultados obtenidos a través de los índices de la escala CRE ya eran esperados teniendo en vista la religiosidad del pueblo brasileño, en especial la religiosidad de las mujeres brasileñas, sin embargo, no fue verificado el impacto del uso del *coping* religioso-espiritual para la salud de esta categoría profesional, lo que justifica realizar más estudios, especialmente en relación al impacto del uso de la dimensión negativa del CRE, que, a pesar de tener sido poco utilizada por los participantes en este estudio, se trata de una información importante que puede afectar la salud de las personas que hacen su uso, dejando a los futuros investigadores investigar también las posibles formas de trabajar ese aspecto para la realización de la promoción de la dimensión espiritual de los profesionales de enfermería.

Palabras clave: enfermero; espiritualidad; estrés.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Métodos ou estratégias de <i>coping</i> religioso.....	26
Quadro 2-	Parâmetro utilizado para análise dos valores das médias de CRE quanto a sua utilização pelo respondente.....	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Proporção de indivíduos religiosos, não religioso e ateus em sete diferentes países.....	53
-----------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Características sócio demográficas dos profissionais de enfermagem.....	47
Tabela 2-	Dados descritivos dos fatores da escala CRE referentes à população total do estudo.....	48
Tabela 3-	Dados descritivos dos fatores da escala CRE referentes aos profissionais de enfermagem que relataram ter vivenciado uma situação de estresse no ambiente de trabalho.....	49
Tabela 4-	Dados descritivos dos fatores da escala CRE referentes aos profissionais de enfermagem que relataram ter vivenciado uma situação de estresse no ambiente familiar.....	50

Lista de Siglas

CRE: *Coping* religioso-espiritual

CREN: *Coping* religioso- espiritual negativo

CRENinv: Coping religioso-espiritual negativo invertido

CREP: *Coping* religioso-espiritual positivo

CRE total: *Coping* religioso-espiritual total (CREP + CRENinv)

DesvP: Desvio Padrão

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Max: Máxima

Min: Mínima

N1: Fator negativo - reavaliação negativa de Deus

N2: Fator negativo - posicionamento negativo frente a Deus

N3: Fator negativo - reavaliação Negativa do Significado

N4: Fator negativo - insatisfação com o outro institucional

P1: Fator positivo - Transformação de Si e/ ou de Sua Vida

P2: Fator positivo - Ações em Busca de Apoio Espiritual

P3: Fator positivo - Oferta de Ajuda ao Outro

P4: Fator positivo - Posicionamento Positivo Frente a Deus

P5: Fator positivo - Busca Pessoal de Crescimento Espiritual

P6: Fator positivo - Ações em Busca do Outro Institucional

P7: Fator positivo - Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual

P8: Fator positivo - Afastamento Através de Deus, da Religião e/ ou Espiritualidade

Razão CREP/CREN: Razão entre CREN sobre CREP

USP: Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 Introdução	15
1.1 Conceituando Termos	15
1.2 Espiritualidade.....	15
1.3 Religião	20
1.4 Religiosidade.....	22
1.5 <i>Coping</i>	23
1.6 O <i>coping</i> religioso-espiritual	25
1.7. O <i>coping</i> religioso, seus métodos e estratégias	25
1.8 O estresse e a prática da enfermagem	28
2 objetivos e justificativas	34
3 Material e método	37
3.1 Tipo de estudo.....	37
3.2 Local do estudo	37
3.3 Amostra	37
3.4 Aspectos Éticos	38
3.4 Instrumento	38
3.5 Escala de <i>Coping</i> Religioso-Espiritual (Escala CRE)	39
3.6 Procedimento de Coleta de dados	43
3.7 Análise dos dados	43
3.8 Índices de avaliação da Escala de <i>Coping</i> religioso-espiritual	43
4 Resultados	46
5. Discussão	52
6 Conclusão	63
Referências	65
Apêndices	
Apêndice A – Termo de <i>consentimento</i> Livre e Esclarecido	76
Apêndice B – Questionário Geral.....	77
Anexos	
Anexo 1 – Termo de aprovação do Comitê de Ética	78
Anexo 2 – Escala de <i>coping</i> religioso-espiritual (Escala CRE).....	79
Anexo 3 – Protocolo de levantamento dos dados	81

1. Introdução

1.1 Conceituando termos

Para se entender em profundidade o que significa *coping* religioso-espiritual, faz-se necessário a definição de alguns termos como espiritualidade, religião e religiosidade.

Tem-se visto na literatura que essas palavras foram ganhando conotações diferentes ao longo do tempo e que várias vezes os seus significados foram confundidos e mesclados entre si. Este fato fica claro ao se analisar os contrastes existentes entre a abordagem psicológica tradicional e a abordagem psicológica moderna. No primeiro caso, por exemplo, a religião ganha significados mais amplos e não se diferencia da espiritualidade enquanto que no segundo caso a religião é estreitamente definida e é explicitamente diferenciada da espiritualidade (ZINNBAUER; PARGAMENT; SCOTT, 1999).

1.2 Espiritualidade

A Espiritualidade, apesar de ser um fenômeno humano universal e estar sendo estudada já há algumas décadas (CHIU et al., 2004) é ainda um termo cujo significado é muito questionado. Muitos trabalhos de revisão da literatura, cujo objetivo é, especialmente analisar e buscar uma definição, estão publicados e indexados nas várias bases de dados eletrônicas.

Apesar dessa discussão ainda mobilizar a produção de artigos com essa temática, faz-se necessário a apresentação do que vem sendo proposto até agora por alguns autores de relevância neste assunto, não para se encerrar a discussão, mas para que haja uma maior compreensão a respeito deste tema e para que ao se falar do *coping* religioso-espiritual, o seu significado seja mais facilmente compreendido.

O termo espiritualidade é derivado da palavra *spiritus*, que em Latim significa sopro (breath) ou vida (Hill et al, 2000; CHIU et al, 2004).

No entanto, ao se analisar as definições que estão sendo atribuídas à Espiritualidade, verifica-se que nem sempre estas se prendem ao seu significado etimológico, adquirindo aspectos mais amplos de acordo com a experiência de vida de cada pessoa, tornando-se um conceito único para cada indivíduo, que pode sofrer a influência da cultura e das crenças, do desenvolvimento e conceitos de vida (FLECK et al., 2003).

Dyson et al. (1997) em sua revisão da literatura verifica que a espiritualidade está fortemente ligada ao self, aos outros e em Deus, podendo este último receber qualquer definição vinculada ou não às crenças religiosas. Estes três termos, fornecem os elementos-chave para a compreensão da espiritualidade, mas outros temas emergentes como a esperança, o propósito e o significado na vida, conectividade, crenças e sistemas de crenças e expressões da espiritualidade, que podem adotar as mais variadas formas, podem ser articulados no contexto desses três elementos.

Meraviglia (1999), após realizar uma análise crítica sobre o assunto conclui que a espiritualidade é definida como as experiências e expressões de espírito da pessoa em um processo único e dinâmico que reflete a fé em Deus ou em um ser supremo, conexão com si mesmo, os outros, a natureza ou Deus e a integração da mente, corpo e espírito. A busca de significado para a vida e a oração são descritos como indicadores empíricos para avaliar a espiritualidade.

Duas pesquisadoras norte-americanas (BURKHART; TWADELL, 2001) em um trabalho cujo objetivo era diferenciar espiritualidade de religiosidade conforme a sua utilização na literatura de enfermagem, afirmam que esta se apresenta inconsistente quanto à definição destes termos, no entanto, as autoras percebem que alguns pesquisadores também discutem espiritualidade em termos de busca de propósito e sentido para a vida, relacionamento com si e com outras pessoas, mas que ela também pode ser encontrada por meio da arte, da literatura, da música ou da natureza.

Segundo Saad, et al. (2001), a espiritualidade é vista como um sistema de crenças que fornece vitalidade e significado aos eventos da vida e é também um sentimento que estimula um interesse por si mesmo e pelas demais pessoas e

contribui para o enfrentamento de certos sentimentos como a raiva, a culpa e a ansiedade.

Em outra pesquisa realizada (MCSHERRY; CASH, 2004) com a finalidade de explorar algumas das definições citadas para verificar se o conceito de espiritualidade pode ser considerado universal, as autoras igualmente verificaram que existem várias definições para este termo, sendo alguns baseados em diversos cenários e outros retóricos e analíticos que geram mais dúvida do que solução. As várias formas de definição e interpretação da espiritualidade ocorrem porque muitas das definições têm várias camadas de significado ou características definidoras. As autoras também dividiram o conceito de espiritualidade em duas formas principais sendo uma histórica ou “antiga”, que é baseada em descritores religiosos e teocêntricos e outra recente denominada “forma pós-moderna” que contém um infinito número de descritores que podem ser determinados fenomenológico e existencialmente como a busca de sentido e propósito na vida, criatividade e relacionamentos. Como conclusão, as autoras afirmam parecer não haver uma definição universal para a espiritualidade.

Chiu, et al. (2004) em sua revisão integrativa, cujo objetivo era explorar o modo como o conceito de espiritualidade foi relatado na literatura em saúde entre os anos de 1990 e 2000, verificou entre os setenta e três artigos analisados que a espiritualidade tem sido descrita em uma multiplicidade de formas, mas a maioria deles traz uma definição imprecisa do termo. Para analisar o material que obtiveram, os autores agruparam os artigos nos seguintes temas para a definição conceitual de espiritualidade: Realidade Existencial; Conectividade e relacionamentos; Transcendência e Poder, Força e Energia. O primeiro tema inclui a existência espiritual que é entendida como a busca de sentido e propósito na vida e inclui ainda a experiência, posto que os artigos definem a espiritualidade como sendo uma experiência individual. No segundo tema a espiritualidade é definida pelos autores como sendo as relações estabelecidas com o self, com outros indivíduos e com um Ser superior. Estas relações são alicerçadas pelo amor e pela harmonia. No terceiro tema, a transcendência é percebida como um elemento fundamental da espiritualidade e na última os dados recolhidos pelos autores indicaram que a espiritualidade vem sendo definida como uma energia criativa, uma motivação, orientação e um esforço para a inspiração.

Os autores também verificaram que houve uma alteração da definição de espiritualidade com o passar do tempo, saindo de uma forte identificação com a religião para um foco mais forte sobre os aspectos pessoais e humanistas.

Essa mudança na forma de se pensar espiritualidade é devida, sobretudo, a três condições sociais e históricas situadas no contexto do pensamento ocidental, sendo estas a diminuição da autoridade social da religião como um resultado do foco do Iluminismo na razão, o surgimento de uma espiritualidade pós-moderna que enfatiza as experiências espirituais e as tendências atuais sobre o papel político e ideológico da religião na sociedade em meio a um ressurgimento global da religião (PESUT et al, 2008).

Delgado (2005) em seu trabalho verificou que a espiritualidade possui quatro características principais que coincidem com as definições trazidas pelos demais autores, sendo elas: Sistema de crenças, na qual pode estar incluída não só as crenças como também a simples vontade de se acreditar; a Busca de Propósito, que se constitui em uma questão existencial por excelência, e pode estar vinculada a uma vocação ou missão para a qual a pessoa percebe estar sendo chamada, ocorrendo em muitos casos a mudança dos valores materiais para valores mais altruístas; Conexão, que inclui não somente a relação com si mesmo, demais pessoas e o mundo, mas também com Deus ou um Ser Superior. O senso de conexão pode ser obtido por meio da oração ou da meditação. Por fim, a autora coloca como última característica para a espiritualidade a Autotranscendência, levando em consideração que o termo transcendência é a crença de que é possível a existência de uma extensão para além de si e se refere à experiências metafísicas.

Em um estudo realizado com quarenta e seis enfermeiras cujo objetivo era verificar qual o significado de espiritualidade para estes profissionais, quatro temas principais emergiram das respostas, sendo eles: ser esperançoso; ter uma crença/sistema de crenças; manter relacionamento/ conexão e a expressão da espiritualidade (RAY; MCGEED, 2006).

Sessanna et al. (2007), em busca das definições de espiritualidade, analisaram noventa referências incluindo dez definições de dicionários, quatro definições de dicionários de sinônimos, duas referências que não faziam parte do domínio da enfermagem ou da área da saúde, uma referência de saúde, especificamente definindo espiritualidade médica, e setenta e três referências de

enfermagem, entre os anos de 1983 e 2005. As pesquisadoras verificaram que a maioria das referências utilizadas foi publicada entre 2000 e 2005, fato que, na opinião das autoras, sugere uma crescente sensibilização para a importância de se aderir e entender a espiritualidade na área do cuidado humano. Como resultado da análise das setenta e três referências de enfermagem, quatro temas principais para se definir a espiritualidade emergiram, sendo estes: A- Espiritualidade como sistemas religiosos de crenças e valores (espiritualidade = religião), B- Espiritualidade como o significado da vida, propósito e relação com os outros, C- Espiritualidade como sistemas não-religiosos de crenças e valores, D- Espiritualidade como um fenômeno metafísico e transcendental. Os atributos da espiritualidade inclusos nestes quatro temas foram agrupados em dois domínios principais, sendo estes: A- Intrínseco, inato e atributos ou propriedades intrapessoais, no qual estão incluídas as características intangíveis ou etéreas como santo, divino, transcendência, imaterial e celestial; B- Extrínseca, tangível, e atributos e propriedades interpessoais, que engloba características tais como as propriedades da igreja, o clero e a oração. As autoras concluem que uma definição de espiritualidade precisa ser ampla o suficiente para abranger os quatro temas apresentados no trabalho e que possa ser aceitável para os indivíduos de várias crenças e aqueles que são agnósticos ou ateus.

Yuen (2007) afirma que a espiritualidade pode ser enquadrada como uma compreensão de “algo maior que si mesmo”, que pode incluir o respeito a Deus, a um Poder Superior ou reverência à natureza.

Koenig et al. (2001) definiram espiritualidade como sendo a busca pessoal pela compreensão de respostas para as questões fundamentais sobre a vida, sobre o significado e sobre a relação com o sagrado, podendo ou não levar ou se originar do desenvolvimento de rituais religiosos ou da formação de uma comunidade, entretanto, em um trabalho mais recente (KOENIG, 2008), o mesmo autor propõe que haja duas definições principais para o termo, sendo uma voltada para a condução das pesquisas e outra para aplicar o que vem sendo descoberto no cuidado com os pacientes. No primeiro caso, o autor sugere que espiritualidade seja definida apenas como sendo a relação pessoal com o transcendente, já que adotar definições mais amplas pode prejudicar a pesquisa pelo fato de não serem mensuráveis. Para a segunda definição, o autor propõe que esta deve ser tão ampla

quanto possível para que todos possam ter as suas necessidades espirituais atendidas.

A partir dos estudos aqui citados, pode-se verificar quão complexo é o fenômeno que envolve a espiritualidade e que é devido a esta complexidade que elaborar uma única definição para este termo se torna difícil.

Segundo Burkhardt (2007) definir espiritualidade é semelhante à tentativa de se pegar o vento, que pode ser sentido, percebido e seus efeitos podem ser vistos, porém, este não pode ser contido dentro de limites impostos. Isto porque a espiritualidade é intangível em muitos aspectos e reflete a parte mais profunda do ser humano.

Para este estudo, no entanto, será utilizada a definição de Koenig (2001), por esta atender as necessidades deste trabalho.

1.3 Religião

Sabe-se que para as diferentes pessoas, participantes dos mais variados credos, o termo religião ganha diversas conotações, fato que geralmente torna a discussão sobre este assunto um pouco complicada (PARGAMENT 1997 p.24).

No entanto, na literatura científica, verifica-se que vários pesquisadores se ocuparam em atribuir uma definição específica para este termo no intuito de facilitar a realização de pesquisas nesta área.

Segundo Pargament (1997 p.32) religião é definida como sendo a busca por significado em formas relacionadas com o sagrado. Neste contexto, “significado” está relacionado com o valor que as pessoas atribuem às suas próprias vidas e o termo “sagrado” (HILL et al., 2000), é definido como sendo uma pessoa, um objeto, um princípio ou um conceito que transcende o self, e está relacionado a sentimentos de respeito, reverência e devoção. Para Pargament (1999), a participação nas congregações religiosas, as crenças religiosas, o envolvimento em rituais e preces são alguns dos muitos caminhos sagrados para se encontrar o significado, e a espiritualidade se torna aqui o coração e a alma da religião.

Esta relação com o sagrado pode-se verificar na própria origem do termo religião, que provem da raiz latina *religio* que significa uma ligação entre a humanidade e um Poder ou Força Superior (HILL et al., 2000).

A religião, de acordo com Pargament, Koenig e Perez (2000) possui cinco funções principais, sendo estas: fornecer significado à vida, oferecer aos indivíduos vários caminhos para se obter uma sensação de domínio e controle, fornecer conforto, favorecer a aproximação entre as pessoas e possibilitar a realização de grandes transformações na vida.

Koenig (2001) definiu religião como sendo um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos que tem por finalidade facilitar a aproximação com o sagrado ou transcendente (Deus, Poder Superior, etc), e (KOENIG, 2004) promover uma compreensão da nossa relação e responsabilidade para com as outras pessoas na convivência em comunidade.

Geralmente se baseia em um conjunto de escrituras que trazem em seus conteúdos o propósito e o significado do mundo e dos seres que nele habitam além de questões a respeito da vida após a morte (KOENIG, 2008).

Além disso, as religiões tipicamente oferecem um código moral de conduta que é seguido pelos membros de uma mesma comunidade religiosa (KOENIG, 2008).

Para a psicologia moderna, o termo religião vem sendo descrito como sendo uma construção tanto individual como institucional. (HILL; PARGAMENT, 2003).

Segundo PANZINI (2007), religião é ainda a crença na existência de um poder sobrenatural, que é considerado o criador e controlador do universo, e que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo.

A religião também pode ser vista de uma forma não tradicional já que este termo pode ser usado para designar um grupo de pessoas simplesmente guiadas por crenças e rituais em comum (KOENIG, 2008).

Por fim, na definição de religião, deve-se ter cuidado em não separá-la totalmente do conceito de espiritualidade como se ambas estivessem em pólos opostos, posto que a religião é em si mesma espiritual e possibilita aos indivíduos viver em uma realidade sagrada (CLARK, 2005).

A religião pode ser o único aspecto do funcionamento humano que não pode simplesmente ser reduzido ou explicado apenas pelos processos psicológicos,

sociais ou físicos básicos (PARGAMENT; MAGYAR-RUSSELL; MURRAY-SWANK, 2005).

1.4 Religiosidade

Os termos religiosidade e espiritualidade, embora conectados entre si, possuem significados diferentes.

O termo religiosidade inclui em sua definição as crenças pessoais (como a crença em Deus ou em um Poder Superior) e as crenças e práticas institucionais (HILL et al., 2000)

De acordo com Saad et al. (2001), religiosidade envolve geralmente grupos sociais que adotam um mesmo sistema de culto e doutrina, possuindo, portanto, características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas. É devido a este vínculo que a religiosidade tem com os mais variados sistemas de adoração que esta se diferencia da espiritualidade (FLECK et al., 2003).

De acordo com essas definições, percebe-se, então, que a religiosidade está fortemente ligada com as comunidades religiosas ou com instituições sociais, e, portanto, a sua definição baseia-se na compreensão de um determinado sistema de crenças ou dogmas assim como a participação em rituais e demais atividades oferecidas por uma instituição religiosa (BURKHART, 2001). A religiosidade é, portanto, o aspecto institucional da espiritualidade (HUFFORD, 2005).

Allport e Ross (1967) verificaram a existência de dois tipos de religiosidade, a religiosidade extrínseca que se origina da prática ritualística e é usada para promover conforto, segurança, status ou suporte social, sendo considerada uma forma de religiosidade utilitarista e a religiosidade intrínseca que, diferentemente da anterior, caracteriza-se pela interiorização total do credo religioso, o que significa que neste tipo de religiosidade o indivíduo internaliza certos valores tais como a humildade, a compaixão e o amor ao próximo e a religião não é vista como algo que deve ser usado apenas para o bem e usufruto próprio.

Para Koenig (2008) a religiosidade pode ser organizacional ou não organizacional. A religiosidade organizacional envolve serviços de atendimento

religioso, reuniões com pessoas do mesmo grupo religioso para a prática da oração ou da leitura das escrituras ou demais textos religiosos ou a realização de qualquer outra atividade relacionada com a religião adotada como, por exemplo, o evangelismo, a realização de encontros com a finalidade de angariar fundos para a instituição religiosa, entre outras. A religiosidade não organizacional se refere à atividade religiosa que é realizada de maneira privativa como fazer orações a Deus na própria residência, meditar, realizar a leitura de textos religiosos, assistir programas de televisão de conteúdo religioso ou a ainda realizar algumas práticas ritualísticas privativas como acender velas.

Bjarnason (2007), em sua análise conceitual sobre o termo, verificou que a religiosidade foi discutida em todos os artigos que serviram para a pesquisa por meio de três focos principais que foram considerados como sendo os atributos da religiosidade. São eles: a filiação religiosa, atividades religiosas (tais como a prática da oração e a frequência à igreja) e as crenças religiosas (como, por exemplo, a relação com um poder superior, a crença nas escrituras da religião adotada, entre outros).

Dalgalarrondo (2006) afirma que o surgimento de toda e qualquer religiosidade irá depender de contextos históricos, socioeconômicos, políticos e culturais determinados e irá ganhar diferentes sentidos de acordo com cada um desses contextos.

1.5 Coping

Há cerca de 30 anos vem ocorrendo uma grande proliferação de pesquisas sobre *coping* nas mais diversas áreas, como as ciências sociais, a medicina, a saúde pública e a enfermagem (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004). No entanto, sabe-se que o conceito de *coping* ganhou um maior delineamento a partir da década de 60, no mesmo período em que o estresse passou a ter maior interesse por parte dos pesquisadores (LAZARUS, 1993).

Coping é um processo que ocorre de acordo com uma determinada situação ou condição que é avaliada como sendo algo pessoalmente significativo e que

excede os recursos pessoais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984) e se refere aos pensamentos e ações utilizados pelas pessoas para lidar com os eventos estressantes da vida, podendo estar focado tanto nos problemas como nas emoções, ou seja, os indivíduos podem direcionar estes pensamentos e ações para a causa da situação-problema (*coping* focalizado no problema) ou para a regulação das emoções aflitivas (*coping* focalizado nas emoções) (FOLKMAN et al., 1987).

Percebe-se, então, que o processo de *coping* se inicia a partir de avaliações individuais, caracterizadas por uma intensa carga de emoções negativas, de uma situação considerada como ameaçadora e perigosa (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004) e que o modo com que o indivíduo escolhe suas estratégias de *coping* irão depender de seus recursos internos e externos como, por exemplo, a situação de saúde, as crenças, recursos materiais, suporte e habilidades sociais (RODRIGUES; CHAVES, 2008)

No entanto, apesar de geralmente estar posicionado entre a avaliação individual do estresse e os resultados relacionados à saúde, o *coping* também pode ser fonte geradora de estresse devido ao uso de algumas de suas estratégias e pelo fato de que pode ocorrer um fracasso ao se fazer o seu uso, ou seja, a estratégia pode não funcionar perante uma determinada situação estressante (EDWARDS; COOPER, 1988), podendo favorecer a instalação de uma crise e a continuidade do processo de estresse, fazendo com que ocorra uma nova avaliação do estressor (STUMM et al., 2008). Se, ao contrário, o *coping* for efetivo, ocorrerá a diminuição da emoção e o indivíduo obterá a solução do problema podendo ser superado o estressor (STUMM et al., 2008).

Apesar de graficamente representado nesta figura, o *coping* não é estático, sendo considerado um processo dinâmico posto que as estratégias a serem utilizadas emergem a partir não só da primeira avaliação como também das reavaliações posteriores que o indivíduo realiza da relação pessoa-ambiente (GUIDO, 2003).

Com relação ao uso desse termo por pesquisadores brasileiros, sabe-se que alguns utilizam expressões como “formas de lidar com” ou “estratégias de confronto” (STUMM et al., 2008) ou simplesmente fazem uso da palavra *enfrentamento* como sendo a sua tradução, entretanto, não há uma palavra na língua Portuguesa que

reflita a real complexidade de seu significado (STROPPIA; MOREIRA–ALMEIDA, 2008). Por este motivo, neste trabalho optou-se por manter o termo em inglês.

1.6 O *coping* religioso-espiritual

Muitas pessoas recorrem a orações, promessas, peregrinações, rituais, entre outras práticas de acordo com a sua religião ou com suas crenças pessoais (PAIVA, 2007), ou seja, utilizam-se da religião e da espiritualidade para enfrentarem situações de estresse. Quando elas fazem uso desses dois recursos ocorre o *coping* religioso-espiritual (PANZINI; ROCHA; BANDEIRA, 2007).

Vemos na literatura muitos autores fazerem uso de termos como “religious *coping*” e “spiritual *coping*”, assim como a tradução ou adaptação destes termos para o português em caso de pesquisas realizadas no Brasil.

No entanto, após a discussão em torno dos termos “espiritualidade”, “religião” e “religiosidade”, verifica-se que, apesar de possuírem significados distintos, a religião e a religiosidade se aproximam posto que ambas são consideradas como meios de se buscar a espiritualidade. Este fato faz com que os três termos estejam relacionados entre si.

Por esse motivo e pelo fato de muitas pesquisas abordarem os aspectos religiosos ao tratarem da espiritualidade, é que concordo com Panzini (2004) quando ela adicionou os termos *religioso* e *espiritual* para a caracterização dessa estratégia de enfrentamento. No entanto, para a discussão deste tema, serão utilizados os termos *coping* religioso ou *coping* espiritual conforme cada autor citado os utiliza.

1.7 O *coping* religioso, seus métodos e estratégias

De acordo com Pargament et al. (1998) o *coping* religioso é multidimensional e ajuda os indivíduos na busca de significados mediante situações de estresse. Além disso, pesquisadores apontam para a existência de vários métodos de *coping*

religioso que podem ser divididos em *coping* religioso positivo e *coping* religioso negativo (PARGAMENT et al., 1998; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008) como vemos no quadro 1. Estes métodos demonstram que a religião não é algo meramente passivo ou defensivo e que o *coping* religioso inclui métodos ativos, passivos e interativos abrangendo atividades focadas tanto no problema como na emoção (PARGAMENT et al., 2004).

Quadro 1. Métodos ou estratégias de *coping* religioso

	Métodos ou Estratégias	Descrição
Positivo	Ajuda através da religião	Esforço para prover conforto e suporte espiritual a outros.
	Apoio espiritual	Procurar conforto e segurança através do amor e cuidado de Deus.
	Apoio de membros e/ ou freqüentadores da instituição religiosa	Procura por conforto e segurança através do amor e cuidados dos membros e freqüentadores da instituição religiosa.
	Conexão espiritual	Busca de conexão com forças transcendentais
	<i>Coping</i> religioso colaboração	Tentar controlar e resolver os problemas em parceria com Deus.
	Foco religioso	Buscar alívio da situação estressante focando-se na religião.
	Purificação religiosa	Procurar limpeza espiritual por meio de ações religiosas.
	Perdão religioso	Buscar ajuda na religião para mudar os sentimentos de raiva, medo e mágoa associados a uma ofensa.
	Reavaliação religiosa benevolente	Redefinir o estressor através da religião como benevolente e potencialmente benéfico.
Negativo	<i>Coping</i> religioso delegação	Esperar passivamente que Deus resolva os problemas.
	Descontentamento religioso interpessoal	Expressão de confusão e insatisfação com membros e freqüentadores da instituição religiosa.
	Reavaliação de Deus como punitivo	Redefinir o estressor como sendo uma punição de Deus aos pecados individuais.
	Reavaliação demoníaca ou maléfica	Redefinir o estressor como fenômenos do mal ou atos do demônio.
	Reavaliação dos poderes de Deus	Redefinir os poderes de Deus para influenciar a situação estressante.
	Descontentamento espiritual	Expressão de confusão e descontentamento com Deus.
	<i>Coping</i> religioso autodireção	Buscar controle por meio da iniciativa individual, em vez de esperar ajuda de Deus.

Adaptado de Pargament et al. (1998)

Com relação às dimensões do CRE tem-se que o *coping* religioso positivo consiste em uma expressão do senso de espiritualidade, um relacionamento seguro com Deus, uma crença de que há um sentido para a vida e um senso de conexão espiritual com as demais pessoas. Já o *coping* religioso negativo, caracteriza-se por uma relação menos segura com Deus, uma visão ameaçadora do mundo e por uma luta religiosa em busca de significado (PARGAMENT et al., 1998).

Sabe-se que tanto os métodos negativos de *coping* religioso como os positivos exercem importante impacto tanto na saúde física quanto e, principalmente, na saúde mental, estando o *coping* religioso negativo associado a sinais de sofrimento emocional como a depressão, pior qualidade de vida, sintomas psicológicos e com a insensibilidade frente a outras pessoas. O *coping* religioso positivo se relaciona com menores índices de sintomas de distúrbios psicológicos, relatos de crescimento psicológico e espiritual, maior cooperativismo e melhor qualidade de vida (PARGAMENT et al., 1998; Pargament et al., 2004).

É importante ressaltar que ao lidarem com o estresse, as pessoas podem fazer uso de várias estratégias ou métodos do *coping* religioso em combinação uns com os outros (PARGAMENT et al., 1998).

Em posterior estudo, Pargament, Koenig e Perez (2000) trazem outros métodos de *coping* religioso positivo ou negativo além dos já citados. Como métodos de *coping* religioso negativo tem-se a súplica por uma intervenção direta, na qual o indivíduo pede a Deus por um milagre ou por uma intervenção divina (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000; PARGAMENT et al., 2001) e a marcação de fronteiras religiosas (*Marking religious boundaries*), que se caracteriza por demarcar claramente o que é aceitável ou não em termos de comportamento religioso e permanecer dentro desses limites (PARGAMENT et al., 2004).

Como métodos de *coping* religioso positivos tem-se a entrega religiosa ativa, na qual o indivíduo, depois de fazer tudo o que estava em seu alcance, entrega a situação ou o problema nas mãos de Deus; a orientação religiosa, na qual o indivíduo recorre à religião para encontrar um novo sentido para a vida quando o sentido antigo já não é mais viável; a conversão religiosa, onde se busca uma mudança radical na vida através da religião e a distração religiosa, na qual, as

peças se dedicam às atividades religiosas com o objetivo de mudar o foco do estressor (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000; PARGAMENT et al., 2004).

Todas as estratégias de *coping* religioso citadas correspondem às cinco funções básicas da religião (significado, controle, conforto, intimidade e transformação da vida) (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

Para Pargament, Magyar-Russell e Murray-Swank (2005) as várias formas de *coping* religioso podem depender das diferentes tradições de fé, denominações, culturas, e situações. Segundo os mesmos autores os métodos de *coping* incluem também a prece intercessora realizada nos momentos de sofrimento, canções de adoração e louvor em determinadas ocasiões como, por exemplo, em casamentos, realização de penitências ou rituais de purificação após a realização de um ato considerado como pecado; perdão religioso e ritos de passagens.

1.8 O Estresse e a prática da enfermagem

Selye (1956) definiu o estresse como sendo uma reação inespecífica do corpo a qualquer demanda interna e uma consequência do ato de viver. Sendo esta uma das primeiras definições do termo, verifica-se, com o passar do tempo, que esta foi sofrendo alterações. Atualmente, o estresse é visto como um processo (WATSON; GARDINER; HOGSTON et al., 2009) e um conjunto de funções desencadeadas a partir de modificações ocorridas tanto em âmbito físico quanto psicológico e que são consideradas como ameaças à integridade individual (SANTINI et al., 2005).

O estresse é, então, um mecanismo normal e necessário ao organismo, posto que em situações de perigo ou ameaça os indivíduos se apresentam mais sensíveis e atentos (SANTINI et al., 2005).

Tendo em vista essa definição, tem-se que qualquer experiência ou situação que gere sentimentos de tensão, ansiedade, medo ou ameaça, pode ser considerado um estressor (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001), dependendo, sobretudo, de uma avaliação individual para tal classificação e a partir da qual o indivíduo irá mobilizar recursos pessoais e organizacionais para enfrentá-lo (FERNANDES; MEDEIROS; RIBEIRO, 2008).

Sabe-se que o trabalho exerce influência em todos os aspectos da vida e conseqüentemente na saúde dos indivíduos. Isso porque o trabalho tanto pode ser fonte de prazer como fonte de ansiedade, preocupação e estresse.

Atualmente, com a globalização e os avanços tecnológicos, os trabalhadores necessitam se adaptar constantemente às mudanças no mercado de trabalho e se submeter a um ritmo acelerado, encontrando dificuldades em determinadas circunstâncias, para acompanhar essas rápidas mudanças (SOUSA; SANTOS, 2009).

Com os profissionais de enfermagem não é diferente, levando-se em consideração que, devido aos seus múltiplos estressores, esta profissão sofre o impacto total, imediato e concentrado do estresse (MENZANI; BIANCHI, 2009), que, como conseqüência, está fortemente presente no cotidiano destes trabalhadores (PRETO; PEDRÃO, 2009), tornando esta uma profissão com altos níveis de estresse (XIANYU; LAMBERT, 2006).

O trabalho do enfermeiro muitas vezes requer muita atenção devido às atividades com elevados níveis de dificuldade e responsabilidade, que se constituem em fatores psicossociais que condicionam a presença do estresse no trabalho. Somam-se como estressores: o ritmo acelerado, as jornadas excessivas, o turno de trabalho (ROCHA; MARTINO, 2010) e o reduzido número de funcionários tendo como conseqüência a sobrecarga de trabalho (BATISTA; BIANCHI, 2006).

Muitos estudos apontam que os profissionais de enfermagem possuem uma maior carga de trabalho em comparação com outros profissionais (HSU; CHEN; YU, et al, 2010).

Em um estudo realizado com 98 trabalhadores de enfermagem atuantes na emergência clínica de um hospital público de Porto Alegre – RS, verificou-se que 78,4% estavam medianamente ou muito estressados e que a maior fonte de estresse referida por essa população foi a carga de trabalho (PANIZZON; LUZ; FENSTERSEIFER, 2008).

A sobrecarga de trabalho também foi mencionada como sendo a principal fonte de estresse em uma pesquisa realizada cujo objetivo era fazer uma revisão da literatura para se verificar quais os estressores existentes no trabalho de enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva (SANTOS; CUNHA; ROBAZZI, 2010) e

em uma pesquisa realizada com 92 enfermeiras chinesas atuantes em um hospital universitário (XIANYU; LAMBERT, 2006).

Como mencionado anteriormente, a sobrecarga de trabalho pode advir das várias jornadas de trabalho que esses profissionais encaram, realizando jornadas duplas e por vezes triplas. Essa carga horária enlouquecedora à qual se submetem os trabalhadores é, sobretudo, devido aos baixos salários que na grande maioria das vezes são insuficientes, gerando dificuldades socioeconômicas (SECCO; ROBAZZI; SOUZA, 2010).

A dupla jornada de trabalho foi considerada como sendo o principal causador de estresse entre os enfermeiros em uma pesquisa bibliográfica realizada por Ferreira e Martino (2006), entre os anos de 2004 e 2005, para o qual foram selecionados artigos de revistas brasileiras de enfermagem, psicologia e psiquiatria indexadas nas bases eletrônicas de dados Lilacs, SciELO e Medline, artigos de revistas internacionais indexadas de acesso livre na Internet, teses, dissertações e livros referentes ao assunto. Percebe-se que o excesso de carga horária é também um importante gerador de estresse (FONTANA; SIQUEIRA, 2009).

Com relação a remuneração, pesquisas demonstram que esta é não só uma importante fonte de motivação no trabalho como também a maior fonte de insatisfação, já que muitos profissionais de enfermagem se consideram mal remunerados ao se levar em consideração as atribuições do cargo, a carga horária e a responsabilidades assumidas por eles (BATISTA; VIEIRA; CARDOSO, 2005).

O estresse na prática da enfermagem também é fruto da falta de experiência dos supervisores, da falta de comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos, de dificuldades no relacionamento com o paciente, familiares e acompanhantes do mesmo, o ambiente físico da unidade, a vivência direta com a dor e o sofrimento e muitas vezes com a morte (BATISTA; BIANCHI, 2006).

Com relação ao relacionamento interpessoal, muitas pesquisas demonstram ser este uma grande fonte de estresse, como se pode verificar em uma pesquisa realizada com 263 enfermeiros atuantes em Unidades de Terapia Intensiva dos vários hospitais de alta complexidade das principais capitais dos Estados brasileiros, onde atividades referentes à administração de pessoal foram consideradas como sendo o principal estressor dessa população (GUERRER; BIANCHI, 2008) e como se pode constatar em outro trabalho, realizado por Camelo (2006), no qual o

relacionamento interpessoal, seja ele com os pacientes ou com os membros da equipe de saúde, foi considerado um fator desgastante na atuação profissional entre as enfermeiras assistencialistas de um hospital privado do município de Araraquara – SP.

Já a presença da morte e a convivência com a mesma, também aparecem, em algumas pesquisas, como sendo importantes estressores, causando grande sofrimento para estes profissionais (LEITE; VILA, 2005; SPINDOLA; SANTOS, 2005; XIANYU; LAMBERT, 2006).

Outros problemas enfrentados incluem a indefinição do papel profissional, o achatamento dos salários, o mercado de trabalho que vem se tornando cada vez mais estreito (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001), situações críticas, sentimento de desvalorização, colegas de trabalho pouco competentes e sentimento de solidão perante a tomada de decisões difíceis (FERREIRA; MARTINO, 2006; MONTANHOLI, TAVARES, 2006), também fazem parte da rotina desses trabalhadores causando o estresse.

Su et al. (2009) verificaram que outras poderosas fontes de estresse para o profissional de enfermagem é a alta expectativa da sociedade frente ao trabalho desses profissionais, o desconhecimento do trabalho realizado pela enfermagem, a alta cobrança frente a ocorrência de um erro da equipe durante a prestação de cuidados, que muitas vezes vem acompanhada de acusações e insultos, as elevadas expectativas dos clientes que muitas vezes desejam que o cuidado seja prestado de acordo com a sua própria vontade, as altas expectativas da equipe médica, que em muitos casos possuem determinadas crenças a respeito do papel profissional dos enfermeiros e, por fim, as grandes expectativas dos gerentes de enfermagem.

Tendo em vista todos os estressores já citados, Winwood e Lushington (2006) dividem as fontes de tensão que envolvem os trabalhadores de enfermagem em três categorias principais, estando a primeira delas relacionada principalmente com as demandas físicas do trabalho, que inclui levantar, movimentar ou carregar objetos pesados, movimentar pacientes, percorrer grandes distâncias, subir e descer escadas, ter que realizar suas atividades de maneira rápida, em alguns casos de forma repetida, com pouco tempo para o descansar, realizar movimentos repetitivos

e realizar movimentos ou adotar determinadas posturas corporais que não são naturais do corpo.

A segunda categoria, de acordo com os autores está relacionada ao esforço mental que a enfermagem moderna exige como, por exemplo, ter que se concentrar em várias atividades ao mesmo tempo, manter elevada concentração durante a realização de procedimentos cirúrgicos, realizar o cálculo correto das medicações para vários pacientes, estar atento à toda aparelhagem que dá suporte ao paciente, não só com relação ao seu estado de conservação mas também à qualquer alteração que estes apresentem referentes às condições do paciente, seguir uma escala rigorosa de trabalho que, no entanto pode vir a ser modificada a depender da demanda, das circunstâncias e das rápidas modificações que ocorrem no trabalho.

A terceira categoria envolve as demandas essencialmente emocionais, como, por exemplo, a tensão emocional fruto da convivência com os pacientes e seus familiares, a equipe e conflitos com a chefia e com a equipe médica. Este último pode advir de vários motivos, tais como as diferenças de gênero, diferenças socioeconômicas, falta de compreensão e simpatia, ocorrendo também quando os profissionais enfermeiros tentam assumir mais responsabilidade profissional (TABAK; KOPRAK, 2007).

Mesmo com todos esses problemas apresentados, é interessante notar que pesquisas com o objetivo de se avaliar o estresse em profissionais de enfermagem apenas passaram a ser realizadas a partir de meados da década de sessenta juntamente com o surgimento da preocupação com o profissional irritado, desapontado e culpado e, primeiramente, tiveram como objetivo e foco analisar o estresse em profissionais de enfermagem, atuantes em unidades de terapia intensiva (BIANCH, 2000).

Há duas décadas, entretanto, verifica-se que há um grande interesse mundial em se estudar os efeitos do estresse nos profissionais de saúde, tanto no que diz respeito ao indivíduo como à organização (BURGESS; IRVINE; WALLYMAHMED, 2010).

Objetivos e Justificativa

2. Objetivos e justificativa

Atualmente, muitas pesquisas que abordam o tema da espiritualidade vêm sendo publicadas, sendo que, entre estas, algumas buscam discutir e verificar não só o conceito de espiritualidade como também o de religiosidade e demais termos envolvidos nesta temática ou procuram correlacionar a espiritualidade com a qualidade de vida em idosos, pacientes internados, pacientes oncológicos, portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana e pacientes portadores de outras doenças crônicas e diversos quadros de saúde física ou mental. Há aquelas ainda que possuem como foco analisar a espiritualidade de familiares e cuidadores e as que buscam demonstrar os efeitos positivos e negativos da espiritualidade na saúde.

Não se encontram, no entanto, muitas pesquisas publicadas que buscam verificar a espiritualidade dos mais diversos profissionais de saúde, assim como suas consequências, benefícios ou malefícios que possam influenciar não só sua saúde como a sua prática profissional de modo geral. Neste contexto estão as pesquisas relacionadas aos profissionais de enfermagem, onde as publicações têm, em grande parte, apenas o objetivo de verificar como o profissional enfrenta o estresse no trabalho e à quais estratégias recorre (BRITO; CARVALHO, 2003; COSTA; LIMA, 2003; BRITO; CARVALHO, 2004; EKEDAHL; WENGSTRÖM, 2006; RODRIGUES; CHAVES, 2008; DAL PAI; LAUTERT, 2009), ou demonstrar o impacto que elas exercem na vida deste profissional (DESBIENS; FILLION, 2007).

Tem-se, então, que os aspectos da espiritualidade ou da religiosidade aparecem, vez ou outra, como uma forma dos enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem lidarem com a morte, o sofrimento, em uma palavra, com o estresse.

Em uma dessas ocasiões, enfermeiros referem fazer uso da oração como uma forma de aliviar a tensão no trabalho (CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008), e em outra a oração aparece como uma forma de se conseguir apoio espiritual (SEYEDFATEMI; TAFRESH; HAGANI, 2007) ou como uma forma de se fugir da situação estressante (MARTINS; ROBAZZI, 2009). A prática de alguns rituais, como fazer o sinal da cruz, também é citada como uma forma de se enfrentar o momento de óbito de pacientes (SULZBACHER et al., 2009). Nestes trabalhos, no

entanto, não foi objetivo específico verificar o uso das crenças religiosas ou espirituais pelos profissionais bem como suas consequências.

Sabe-se que devido aos inúmeros estressores referidos pelos profissionais dessa categoria, há a necessidade dos mesmos fazerem uso de mecanismos pessoais não só para minimizarem os efeitos do estresse em suas vidas, como também para se adaptarem às diferentes situações geradoras de estresse (STUMM et al., 2008). Dentre os mecanismos pessoais de enfrentamento encontram-se as estratégias religiosas ou espirituais.

Apesar do lado positivo do uso de tais estratégias no enfrentamento de situações estressantes, sabe-se também que, por outro lado, estas mesmas estratégias podem agravar o estresse, gerando angústia e sentimentos de culpa.

Foi levando esses aspectos em consideração e devido ao fato das pessoas referirem recorrer à religião ou às suas crenças em momentos de estresse (PARGAMENT; KOENING; PEREZ, 2000), que o presente trabalho tem como objetivos avaliar o quanto os profissionais de enfermagem fazem uso do *coping* religioso-espiritual para lidarem com o estresse, sendo este originado de problemas pessoais ou no local de trabalho e se utilizam mais a dimensão positiva ou a dimensão negativa do CRE.

Material e Método

3 Material e método

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa de natureza exploratória.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP). Optou-se por escolher esta instituição para a realização da coleta de dados devido ao fato de que a literatura demonstra que os profissionais de enfermagem, que trabalham em unidades de urgência e emergência, estão mais sujeitos ao estresse.

3.3 Amostra

Participaram da pesquisa profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de ambos os sexos, que desempenhavam suas funções nos três períodos de trabalho: manhã, tarde e noite e que consentiram participar da pesquisa.

Inicialmente, a amostra foi calculada visando atender ao critério “razão participante/ Itens” (PASQUALI, 1999), que geralmente é utilizado para cálculo amostral quando são necessárias análises fatoriais.

De acordo com este critério, quando se conhece o número de dimensões ou fatores que o instrumento mede, utiliza-se uma razão mínima de 5:1 (PANZINI e BANDEIRA, 2005).

Como a escala CRE possui 87 itens, calculou-se que seriam necessários, no mínimo, 435 participantes.

No entanto, na Relação de Empregados fornecida pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, em primeiro de abril de dois mil e dez, verificou-se que neste período havia, ao todo, quatrocentos e sessenta e dois servidores entre auxiliares de enfermagem, técnicos e enfermeiros.

Considerando as perdas amostrais e tendo em vista a população da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, optou-se por abordar todos os profissionais das áreas já mencionadas.

3.4 Aspectos Éticos da pesquisa

Para que fosse atendida a resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1997), o projeto foi inicialmente encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado pelo referido órgão (anexo 1).

Como a coleta de dados ocorreu na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, foi necessária a autorização também do coordenador de pesquisas e da diretora de enfermagem da referida instituição.

Posteriormente foi feito contato com os enfermeiros chefes de cada unidade ou setor não apenas para esclarecê-los e informá-los a respeito do projeto como também para obter da parte deles consentimento para abordar os demais profissionais de enfermagem no próprio setor de trabalho, com vistas a entregar aos mesmos o termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o questionário utilizado nesta pesquisa.

3.5 Instrumento

A escala CRE, escala de *coping* religioso-espiritual (PANZINI e BANDEIRA, 2005), é uma adaptação brasileira da escala RCOPE (PARGAMENT KI, KOENING e PEREZ, 2000).

Sua instrução fornece os conceitos de *coping* religioso-espiritual e de estresse, solicita uma breve descrição da maior situação de estresse vivenciado nos últimos três anos e pede com que os itens sejam respondidos de acordo com o quanto a pessoa fez ou não o que está escrito para lidar com a situação estressante. Para tanto, as respostas de cada item são dadas em escala Likert de cinco pontos, sendo de 1-nem um pouco a 5-muitíssimo. (Anexo I)

3.6 Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE)¹

A Escala CRE é fruto da tradução e adaptação da RCOPE (PARGAMENT et al., 2000), uma escala multidimensional e composta por vários itens (PANZINI, 2004), e é a única escala brasileira que possibilita a mensuração do *coping* religioso-espiritual em seus aspectos positivos (CREP) e negativos (CREN).

Panzini (2004) relata que para a elaboração da Escala CRE, inicialmente, realizou-se a tradução da escala RCOPE por quatro juízes independentes. Feitas as traduções, todas foram comparadas pela pesquisadora, e a partir desta análise foi formulada uma tradução sintetizada que foi verificada por um Comitê de Especialistas, e posteriormente analisada por um psicólogo da religião e por religiosos que realizaram a adequação de alguns termos além de fazerem outras modificações.

A apresentação da tradução da escala RCOPE para 10 líderes religiosos, procedentes de diversas instituições religiosas ou credos religiosos, sendo estes a religião católica, a igreja Evangélica de Confissão Luterana, a Igreja Evangélica Batista, Nação Africana, a União Israelita e a religião espírita, teve como objetivos não só verificar a tradução da escala, mas também receber sugestões quanto à possíveis modificações e/ ou inclusão de novas frases, bem como a compreensão de cada uma delas e de seus termos. Objetivou-se também, diminuir o número de itens, de 105 (número total de frases da Escala RCOPE) para 63 (número correspondente à quantidade de frases já utilizada em outros trabalhos pelos

¹ PANZINI, R.G. **Escala de *coping* religioso-espiritual** (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com a saúde e qualidade de vida. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. 238p.

mesmos autores criadores da Escala RCOPE). A tradução da Escala RCOPE também foi entregue para apreciação à uma pessoa não pertencente a nenhuma religião, porém espiritualizada.

Como resultado desse processo, em relação a escala RCOPE original, foram acrescentados 33 novos itens, 28 foram alterados e 42 foram descartados, ficando a nova escala com 96 itens e recebendo a denominação de Escala de *Coping* Religioso-Espiritual devido às modificações citadas.

Após a realização dos procedimentos anteriormente citados, foi realizado um teste piloto com uma amostra de 50 participantes, sendo que 25 destes eram universitário e 25 eram estudantes do período noturno do ensino médio. Como resultados do teste, verificou-se que a versão piloto da escala possui uma boa fidedignidade ($\alpha = 0,96$), foram retirados seis itens e foram incluídos dois novos itens de *coping* religioso-espiritual negativo. Originou-se desta fase a escala CRE com 92 itens.

Como próxima fase, foi realizado o teste de campo para a validação da escala em uma amostra com 616 participantes, freqüentadores de diversas instituições religiosas. Como outros itens demonstraram problemas de compreensão ou não corresponderam aos testes estatísticos feitos, estes foram retirados e a escala passou a ter 87 itens, dos quais 66 correspondem a Dimensão CREP e 21 à Dimensão CREN.

Os 66 itens referentes ao CREP se subdividem em oito fatores, sendo estes:

Fator P1: Transformação de Si e/ ou de Sua Vida (14 itens - questões 17, 28, 30, 33, 34, 38, 43, 48, 49, 56, 65, 79, 82 e 86) - Refere-se a todo e qualquer mecanismo de CRE que traz como consequência uma transformação pessoal, seja esta externa ou interna na qual o indivíduo passa a agir mais de acordo com os princípios religiosos ou morais a que se filia, sendo fruto da revisão das próprias atitudes.

Fator P2: Ações em Busca de Apoio Espiritual (8 itens - questões 12, 29, 60, 46, 57, 66, 68 e 81): qualquer mecanismo de CRE no qual o indivíduo procura ajuda espiritual, orientação com entidades espirituais, tratamentos espirituais ou

simplesmente pratica ações visando uma maior conexão com a espiritualidade, seja por meio de outras pessoas, na família ou em instituições.

Fator P3: Oferta de Ajuda ao Outro (7 itens – questões 1, 3, 10, 24, 31, 55 e 62): Diz respeito a todo comportamento de CRE no qual o indivíduo, seja por meio de orações ou demais práticas caritativas, oferece ajuda a outras pessoas, tanto a nível individual, como familiar, institucional ou social.

Fator P4: Posicionamento Positivo Frente a Deus (11 itens – questões 2, 5, 11, 13, 25, 26, 40, 47, 58, 69 e 76): Refere-se aos comportamentos de CRE que podem se manifestar através de estabelecimento de limites religiosos, busca de apoio ou maior conexão com Deus e/ ou reavaliações positivas por meio d'Ele. Neste fator, os indivíduos colaboram com Deus ou a divindade adotada e também podem vir a realizar ações independentes da ajuda divina.

Fator P5: Busca Pessoal de Crescimento Espiritual (5 Itens – questões 67, 70, 71, 80 e 85): Todo comportamento de CRE no qual há uma busca individual de Deus e/ ou da espiritualidade, ou uma busca de si mesmo por meio da mesma e de Deus.

Fator P6: Ações em Busca do Outro Institucional (10 itens – questões 8, 14, 19, 21, 39, 44, 63, 74, 75 e 87): Refere-se a todo comportamento de CRE onde se busca uma aproximação com as instituições religiosas, seus membros, seus representantes e suas manifestações formais e institucionalizadas.

Fator P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual (5 itens – questões 16, 52, 54, 72 e 77): Diz respeito a todo comportamento de CRE no qual a pessoa procura, por meio de livros, programas de televisão ou rádio, um maior conhecimento religioso e/ ou espiritual.

Fator P8: Afastamento Através de Deus, da Religião e/ ou Espiritualidade (6 itens – questões 20, 22, 27, 37, 42 e 61): Todo comportamento de CRE no qual busca-se uma maior proximidade com Deus, com a religião ou com a espiritualidade

em uma tentativa de se afastar do problema ou situação estressante que está sendo vivenciada, sem, no entanto, fugir ou negar a existência do mesmo.

Com relação aos 21 itens referentes à Dimensão CREN, estes se encontram subdivididos na Escala de *Coping* Religioso-Espiritual em quatro fatores, sendo estes:

Fator N1: Reavaliação Negativa de Deus (8 itens – questões 4, 6, 23, 32, 50, 51, 83 e 84): Todo comportamento de CRE no qual ocorre uma reavaliação cognitiva negativa de Deus, suas características e seus desígnios, manifestando-se através de questionamentos sobre a Sua existência, Seus poderes, Seu amor, responsabilidades, etc, sendo acompanhado de sentimentos negativos como a mágoa, o desamparo, a revolta e a culpa.

Fator N2: Posicionamento Negativo Frente a Deus (4 itens – questões: 7, 35, 45 e 64): Refere-se a todo comportamento de CRE no qual a pessoa pede a Deus ou simplesmente espera que Ele assuma para Si todas as responsabilidades resolvendo a situação estressante sem que haja a participação do próprio indivíduo envolvido na questão.

Fator N3: Reavaliação Negativa do Significado (5 itens – questões 9, 36, 53, 59 e 78): Todo comportamento de CRE no qual a situação estressante é vista como conseqüência do Mal, estando este representado pelo demônio, diabo, espíritos malignos, mau-olhado, desejos negativos de outras pessoas, as trevas, a escuridão, o lado negro ou o Mal em si e tem caráter punitivo, ou seja, a situação de estresse vivenciada é vista como uma punição pessoal ou é percebida como sendo fruto de algo malévol.

Fator N4: Insatisfação com o outro institucional (4 itens – questões 15, 18, 44 e 73): Diz respeito a todo comportamento de CRE no qual é demonstrada insatisfação, desgosto ou mágoa às crenças religiosas ou espirituais adotadas e aos membros, líderes ou qualquer representante da instituição religiosa que faz parte.

3.7 Procedimento de Coleta de dados

Foi fornecido para cada profissional, que aceitou participar da pesquisa, um envelope contendo o termo de Consentimento Informado (Apêndice 1), que visa apresentar a pesquisa, convidar à participação e recolher a autorização do participante; um questionário geral (Apêndice II), que foi elaborado pelas autoras da pesquisa e que tem por finalidade caracterizar a população estudada, e o instrumento de mensuração de enfrentamento religioso, Escala CRE.

Os profissionais foram abordados em seus locais de trabalho, mas foi deixado a critério dos mesmos preencher os questionários no local de trabalho, no domicílio ou qualquer outro lugar de sua escolha.

Para os que não devolveram o questionário preenchido no momento da abordagem, foi estipulada, com cada profissional, a data e o local de entrega. O intervalo de tempo para a devolução foi estipulado entre três e sete dias.

3.8 Análise dos dados

Com relação à escala CRE serão apresentados os dados descritivos considerando o CRE positivo, o CRE negativo, a razão CREP/CREN e o CRE total e resultado de comparação entre sexos e categorias profissionais.

3.9 Índices de avaliação da Escala de *Coping* religioso-espiritual

Segundo Panzini (2004) a avaliação da escala é feita por meio de quatro índices principais, sendo eles:

1. CRE POSITIVO: Refere-se ao nível de *coping* religioso-espiritual positivo praticado pela pessoa e é obtido por meio da média das 66 questões da dimensão CREP da Escala CRE. Seus valores variam entre 1,00 e 5,00 e quanto mais elevado seja o valor, maior será o uso do CRE positivo pelo avaliado.
2. CRE NEGATIVO: Refere-se ao nível de *coping* religioso-espiritual negativo praticado pela pessoa, sendo obtido por meio da média das 21 questões da dimensão CREN da Escala CRE.
3. Razão CREN/ CREP: Refere-se à percentagem de CREN utilizado em relação ao total de CREP. É obtido por meio da divisão simples entre os dois. O valor da razão pode variar entre 0,20 e 5,00, sendo que quanto mais elevado for este valor, maior é o uso de CREN em relação ao uso de CREP e quanto menor for, maior é o uso de CREP em relação ao de CREN.
4. CRE TOTAL: É obtido por meio da média entre o índice CRE POSITIVO e a média das respostas invertidas aos 21 itens de CRE Negativo da Dimensão CREN. Sendo assim, CRE TOTAL= [CRE POSITIVO, CRE NEGATIVO INVERTIDO]. O valor é situado entre 1,00 e 5,00 e representa o panorama conjunto da quantidade de CRE exercido pelo avaliado.

Com relação aos parâmetros de interpretação dos escores, os valores foram concedidos pela autora da escala por meio de correio eletrônico (Anexo 3). Os valores são exibidos no Quadro 2.

Quadro 2. Parâmetro utilizado para análise dos valores das médias de CRE quanto a sua utilização pelo respondente

Nenhuma ou Irrisória	1,00 a 1,50
Baixa	1,51 a 2,50
Média	2,51 a 3,50
Alta	3,51 a 4,50
Altíssima	4,51 a 5,00

Resultados

4. Resultados

A amostra foi composta por 126 participantes, sendo 25 homens, 98 mulheres e três participantes que não quiseram se identificar. Em relação ao total de profissionais, 30 eram enfermeiros, 87 técnicos de enfermagem, 9 auxiliares de enfermagem. Em relação ao estado civil, 35 eram solteiros, 71 estavam casados, 19 encontravam-se divorciados e 1 viúvo.

Com relação à religião professada, 56 se consideravam católicos, 23 sem religião, mas espiritualizados, 19 espíritas, 18 evangélicos, 5 participantes de outras religiões, 2 multireligiosos, 2 que se consideraram ateus e 1 protestante.

A idade da amostra variou entre 24 e 58 anos, com média de 38,5 anos e desvio padrão de 9,4. O tempo de profissão em média foi de 13,4 anos, sendo o mínimo de um ano e o máximo de 37 anos, sendo que o desvio padrão foi de 8,6. Na Tabela 1 são apresentadas as características e os dados sócio demográficos da amostra do estudo.

Com relação aos índices da escala, a média de CRE total entre os 126 participantes foi de 3,66 (Min= 2,79, Max= 4,58 e DesvP = 0,36), a média de CREP foi de 3,11 (Min= 1,12, Max= 4,83 e DesvP = 0,80) e média de CREN foi de 1,78 (Min=1, Max= 4,29, DesvP= 0,54).

Entre as mulheres a média de CRE total foi de 3,72 variando entre 2,93 e 4,58 (desvio padrão = 0,33), a média de CREP foi de 3,27 (Min= 1,17, Max= 4,50, DesvP = 0,70) e a média de CREN foi de 1,81 (Min = 1,00, Max = 3,10 e DesvP = 0,50).

Em relação aos homens, a média de CRE total foi de 3,45, sendo o mínimo de 2,95 e o máximo de 4,23, com desvio padrão de 0,37; a média de CREP foi de 2,61 (Min = 1,12, Max = 4,83 e DesvP = 0,92) e a de CREN foi de 0,70 (Min = 1,00, Max = 4,29 e DesvP = 0,70).

Foram também calculadas as médias, o mínimo, a máxima e o desvio padrão para todos os fatores de *coping* religioso-espiritual referente à amostra total como se pode ver na tabela 2.

Tabela 1: Características sócio demográficas dos profissionais de enfermagem.

Característica	N	%
Gênero		
Feminino	98	77,7
Masculino	25	19,8
Não identificado	03	2,4
Idade		
20 --- 30	27	21,4
31 --- 40	42	33,3
41 --- 50	30	23,8
51 --- 60	17	13,5
Não identificado	10	7,9
Estado civil		
Solteiro	35	27,7
Casado	71	56,3
Divorciado	19	15,1
Viúvo	01	0,8
Categoria Profissional		
Auxiliar	09	7,1
Técnico	87	69
Enfermeiro	30	23,8
Religião		
Ateu	2	1,6
Sem religião, mas espiritualizado	23	18,2
Católico	56	44,4
Evangélicos	18	14,3
Espíritas	19	15,1
Multireligioso	02	1,6
Protestante	01	0,8
Outras	05	4

Tabela 2: Dados descritivos dos fatores da escala CRE referentes à população total do estudo

Fatores	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
P1	1,00	5,00	3,39	1,00
P2	1,00	5,00	2,46	2,46
P3	1,00	5,00	3,03	0,87
P4	1,18	5,00	4,07	0,78
P5	1,00	5,00	3,06	0,99
P6	1,00	5,00	2,61	1,07
P7	1,00	5,00	2,38	0,96
P8	1,00	5,00	3,10	1,00
N1	1,00	4,63	1,45	0,61
N2	1,00	4,50	2,26	0,90
N3	1,00	5,00	2,13	0,85
N4	1,00	3,50	1,56	0,62

A amostra foi dividida em dois grupos principais de acordo com a pergunta aberta da escala CRE na qual se pede ao participante que descreva uma situação de estresses vivenciada nos últimos três anos. Os dois grupos citados são:

- Grupo 1: profissionais de enfermagem que relataram ter vivido uma situação de estresse no trabalho
- Grupo 2: profissionais de enfermagem que relataram ter vivenciado uma situação de estresse no ambiente familiar.

Dos 126 participantes, 32 (25,4%) profissionais relataram ter vivido uma situação de estresse no ambiente de trabalho e 77 (61,1%) relataram ter vivido uma

situação de estresse em ambiente familiar. Além destes, 3 (2,4%) referiam ter vivenciado situações de estresse em ambos os ambientes e 13 (10,3%) relataram não ter vivenciado nenhuma situação de estresse no período referido e 1 (0,8%) pessoa não respondeu a pergunta.

Obedecendo aos objetivos deste trabalho e tendo em vista a quantidade de participantes em cada amostra foram calculados os dados descritivos para os dois grupos citados. Podem-se ver os resultados nas tabelas a seguir:

Tabela 3: Dados descritivos dos fatores da escala CRE referentes aos profissionais de enfermagem que relataram ter vivenciado uma situação de estresse no ambiente de trabalho

Fatores	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
P1	1,00	5,00	3,47	1,03
P2	1,00	5,00	2,38	0,88
P3	1,71	5,00	3,16	0,80
P4	1,18	4,91	4,07	0,77
P5	1,00	5,00	3,22	1,00
P6	1,00	5,00	2,46	1,06
P7	1,00	5,00	2,35	1,00
P8	1,17	4,67	3,24	0,93
N1	1,00	4,63	1,45	0,70
N2	1,00	4,00	2,31	0,85
N3	1,00	5,00	2,25	0,99
N4	1,00	3,50	1,75	1,68

Tabela 4: Dados descritivos dos fatores da escala CRE referentes aos profissionais de enfermagem que relataram ter vivenciado uma situação de estresse no ambiente familiar

Fatores	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
P1	1,00	4,93	3,45	0,96
P2	1,00	4,88	2,57	1,02
P3	1,00	4,86	3,06	0,87
P4	1,73	5,00	4,14	0,74
P5	1,00	4,80	3,05	0,99
P6	1,00	4,60	2,72	1,08
P7	1,00	4,20	2,42	0,95
P8	1,00	4,83	3,11	0,98
N1	1,00	3,38	1,44	0,53
N2	1,00	4,50	2,29	0,92
N3	1,00	4,00	2,13	0,80
N4	1,00	3,50	1,51	0,61

Além dos dados descritivos, também foi realizado o teste de Kruskal-Wallis, que é uma prova bastante útil para decidir se k amostras independentes provêm de populações diferentes (SIEGEL, 1975).

Inicialmente, o teste foi aplicado para se comparar as categorias profissionais, (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) não se obtendo diferenças significativas entre esses grupos de profissionais no que diz respeito ao uso de estratégias de *coping* religioso-espiritual ($p=0,615 > 0,05$).

Posteriormente, foi aplicado o teste de Mann-Whitney para se comparar os gêneros em relação ao CRE total, ao CREP e ao CREN, encontrando-se resultados significativos em relação ao *coping* religioso-espiritual total e em relação ao *coping* religioso-espiritual positivo (CRE total $p=0,001$; CREP $p= 0,000$; CREN $p=0,130$; $\alpha=0,05$).

Discussão

Discussão

Verificou-se, neste estudo, que os participantes se constituíram em sua maioria por mulheres, fato já esperado, posto que a enfermagem é uma profissão que historicamente está vinculada à população feminina.

Viu-se, também, que houve uma grande diversidade religiosa entre os profissionais, mas com o predomínio de algumas religiões tais como o catolicismo, o espiritismo e a religião evangélica, fato este que também já era esperado, tendo em vista os dados oferecidos pelo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) de 2000, no qual do total de uma população de 169.872.856 habitantes, 124.980.132 se declaravam católicos, 26.184.941 se declaravam evangélicos e 2.262.401 se declaravam espíritas (IBGE, 2000).

Neste estudo, verificou-se que a média geral da população referente ao uso do *coping* religioso-espiritual é considerada alta de acordo com os parâmetros fornecidos pela elaboradora da escala CRE (Anexo 3). É necessário pontuar, contudo, que tais parâmetros referem-se a amostra da cidade de Porto Alegre.

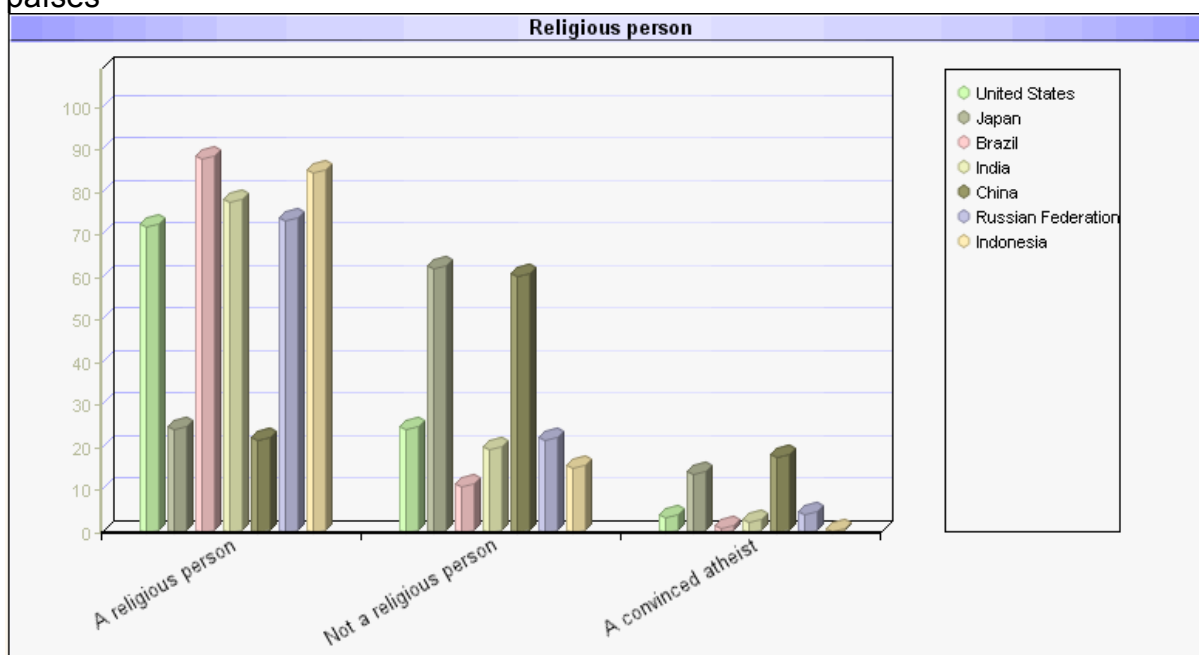
Sabe-se que a espiritualidade é considerada como um fator importante para a maioria absoluta da população mundial (MOREIRA-ALMEIDA, 2010) e que uma grande parcela dessa população se considera como sendo religiosa, como se pode ver na Figura 1, onde o Brasil aparece como o país com maior porcentagem.

Não se tem muitos estudos sistematizados com o objetivo de interpretar a formação da religiosidade na cultura brasileira, porém pode-se verificar que esta é uma característica bastante marcante do brasileiro (ANDRADE, 2009), sendo então muito remota a possibilidade desta característica não se refletir no ambiente de trabalho de algum modo. Em uma pesquisa realizada por Moreira-Almeida, et al (2010) com o objetivo de descrever o envolvimento religioso na população brasileira e sua relação com as variáveis sócio demográficas, na qual participaram 3.007 indivíduos, sendo 2,346 adultos maiores que 18 anos e 661 adolescentes de 14 a 17 anos, habitantes de 143 cidades escolhidas aleatoriamente em todo território nacional, verificou-se que 95% adota uma religião, 83% considera a religião muito importante e 37% frequenta, pelo menos uma vez por semana, serviços religiosos. Os autores também apresentaram a porcentagem referente à filiação religiosa adotada pela população do estudo, sendo esta: 68% católicos, 23% protestantes/

evangélicos e 2,5% espíritas kardecistas, sendo que pouco mais de 10% referiu frequentar mais que uma religião. No presente trabalho, 1,6% da população referiu adotar mais de uma religião, no entanto, como os próprios autores do artigo anteriormente citado coloca, esta informação pode estar subestimada já que muitas pessoas podem aderir a diversas tradições religiosas sem, no entanto, frequentá-las formalmente, sendo cabível relatar que nem todas as pessoas gostam de assumir que frequentam várias religiões ou praticam rituais de outras filiações religiosas.

A fé religiosa também apareceu como fonte de forças para a execução das atividades laborais entre aos 10 profissionais enfermeiros que fizeram parte de um estudo descritivo de corte quantitativo realizado em um hospital público de São Paulo (TEIXEIRA; LEVÈVRE, 2007).

Figura 1: Proporção de indivíduos religiosos, não religioso e ateus em sete diferentes países



Fonte: www.worldvaluessurvey.org

Em relação às médias de CREP e CREN, verificou-se, neste estudo que a média de CREP é considerada intermediária e que o fator de *coping* religioso-espiritual positivo que alcançou maior média, tanto de forma geral como no enfrentamento de situações estressantes vivenciadas no trabalho e na vida pessoal, foi o fator P4: Posicionamento Positivo Frente a Deus, que se revela em atitudes

como suplicar, contar, colaborar se aproximar e/ ou se apoiar em Deus (Panzini, 2004).

Em revisão recente realizada por Moreira-Almeida e Stroppa (2010) os autores verificaram que a literatura produzida até então a respeito do impacto da religiosidade e da espiritualidade na saúde mental vem demonstrando que há uma relação positiva entre estes aspectos e melhores indicadores de saúde com ênfase na religiosidade intrínseca. Tendo em vista os resultados deste trabalho e pensando em produções futuras, pode-se, então, questionar qual o impacto do uso do *coping* religioso-espiritual na saúde mental dos profissionais de enfermagem, já que muitos relataram fazer um uso positivo do CRE.

Em referência ao fator de CREP mais utilizado pelos respondentes, vamos encontrar alguns itens que fazem parte deste conjunto tais como o item 11 – Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo, e o item 26 – Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem, itens que se referem à súplica, que de acordo com o dicionário eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa versão 2.0a possui como significado “oração a Deus ou a um santo para se obter uma graça muito grande”. Sobre este tema, tem-se que os estudos que vem sendo publicados não fornecem base para que se possa defender com segurança a comprovação científica do poder da oração na saúde humana, isso devido às falhas metodológicas e ausência de reprodutibilidade dos resultados desses trabalhos (SAVIOLE, 2007), além disso, muitos pesquisadores também duvidam que se possa testar a eficácia da oração (PESSINI, 2007), no entanto, a falta de comprovação científica parece não interferir em seu uso e se demonstra como uma prática costumeira entre adeptos das mais variadas religiões, cabendo aos pesquisadores interessados nessa área investigar os efeitos dessa prática na vida dos profissionais de enfermagem e seu impacto tanto na vida pessoal como no ambiente de trabalho.

Pode-se verificar também que a utilização do *coping* religioso-espiritual, em especial o CREP, foi maior entre as mulheres que entre os homens. Com relação ao envolvimento religioso feminino, Moreira-Almeida, et al (2010) verificou que na população brasileira o envolvimento religioso é maior nas mulheres do que nos homens, dados estes, segundo o autor, semelhantes aos dados de outros países, como por exemplo os Estados Unidos. Com base nessas informações, já era esperado que houvesse diferença entre os gêneros e que a maior porcentagem do uso de *coping* religioso-espiritual fosse maior para o gênero feminino. No entanto,

há a necessidade de novos estudos que visem analisar o uso do CRE e sua importância nos dois gêneros, já que principalmente para as mulheres a religiosidade aparece como um importante fator para se lidar com situações estressantes (MOREIRA-ALMEIDA et al, 2010).

Já em relação ao CREN, o valor encontrado revela uma utilização baixa em relação ao mesmo. Dos fatores dessa dimensão, o que mais foi utilizado como estratégia de enfrentamento, foi o Fator N2: Posicionamento Negativo Frente a Deus. Neste fator, o indivíduo se porta de maneira inversa ao fator P4, delegando a Deus toda a responsabilidade de resolver a causa de seu estresse. A utilização desse fator também apareceu nos resultados de uma pesquisa realizada por Mellagi (2009) cujo objetivo era investigar as modalidades de CRE em 80 homens, portadores de HIV/AIDS, sendo estes adeptos da religião católica (50) e da religião evangélica pentecostal/ neopentecostal (30). Segundo o autor citado esse fator abrange estratégias delegantes e passivas, podendo o indivíduo que faz o seu uso distorcer a realidade e ter menos êxito em enfrentar o problema. Devido a esse motivo é que não se deve desconsiderar o uso do CREN para a população do presente trabalho, posto que o uso dessa estratégia pode interferir na saúde destes profissionais e na prática laboral. Entretanto, o presente trabalho não avaliou a relação entre o uso do *coping* religioso-espiritual negativo e as condições de saúde destes profissionais de enfermagem. Considera-se que isto deve ser objeto de estudos futuros.

Com relação ao estresse vivenciado no ambiente de trabalho, verificou-se que os dados aqui obtidos vão ao encontro de situações de estresse referidas pelos profissionais de enfermagem em outros estudos. Das causas apontadas pelos trabalhadores, problemas com a chefia foi uma das que mais se destacou.

Muitos estudos trazem que a relação com a chefia se constitui em um importante problema para os membros da equipe de enfermagem, o que pode ser consequência do fato de a chefia não estar preparada para resolver os diversos problemas que surgem no setor em que atua, não considerar como importantes os problemas trazidos pelos demais funcionários, não buscar com os mesmos as soluções cabíveis para se enfrentar as dificuldades e não conseguir distribuir os funcionários de modo a alocá-los nas atividades que mais gostariam de realizar (MARTINS; ROBAZZI; PLATH, 2007). Além disso, sabe-se que em grande parte dos hospitais, a estrutura organizacional da enfermagem é rígida, havendo centralização

do poder decisório, o que torna a comunicação verticalizada onde as ordens partem de cima para baixo da pirâmide hierárquica e as informações que partem da base se perdem ou sofrem distorção, fazendo com que em muitos casos as decisões tomadas por parte da chefia não correspondam à realidade dos trabalhadores e das situações vivenciadas nos setores (SPAGNOL; FERNANDES, 2004). Podem ser estes os motivos que levaram os profissionais a referirem as situações vivenciadas com a chefia como sendo a principal causa de estresse, e responderem à questão com frases como: “Pesos e medidas diferentes por parte da chefia imediata”, “Cobrança de chefia” e “Falta de respeito na relação chefia/ colaborador”.

Outro motivo de estresse referido com relação ao ambiente de trabalho foi o fato de muitos profissionais terem dificuldades em se relacionar com os demais colegas de trabalho.

Esta causa de estresse no ambiente de trabalho também foi citada em outro estudo que demonstra que há uma considerável carga de estresse gerada pelo mau relacionamento entre os colegas de trabalho, que interfere não só na assistência prestada como também na satisfação no trabalho (CORONETTI et al, 2006).

Alguns profissionais também trouxeram como sendo causa de estresse as mudanças ocorridas no setor como, por exemplo, o remanejamento de pessoal, já outros relataram também como sendo um importante estressor o próprio ambiente físico em que exercem suas ocupações, bem como sua organização e estrutura.

Com relação a este último fator, estudos demonstram que a falta de organização do ambiente de trabalho além de outros aspectos organizacionais das instituições hospitalares são queixas frequentes entre os profissionais de enfermagem.

Em uma pesquisa realizada (MAURO et al., 2010) em um hospital universitário do Rio de Janeiro, no qual participaram 296 trabalhadores de enfermagem atuantes nas enfermarias, verificou-se que, ao se avaliar as condições de trabalho da instituição 53,9% referiam má distribuição do espaço físico.

A inadequação dos locais de trabalho dos profissionais de enfermagem também foi verificada em outro estudo realizado com 30 enfermeiros que ocupavam cargos de chefia em unidades de internação de um hospital universitário, onde 83,3% relataram vestiários e banheiros insuficientes e inadequados, 70% afirmaram

serem inadequados os sistemas de saída de emergência, 66,7% referiu serem inadequados os sistemas de prevenção de incêndios ou explosões, além de relatarem outros problemas como espaço insuficiente para trabalhar em função do excesso de pessoas e equipamentos, sistema de armazenamento inadequado e/ou inseguro, ventilação/ climatização assim como temperatura ambiente inadequado (DUARTE; MAURO, 2010).

Outra causa de estresse entre os profissionais de enfermagem que apareceu em algumas respostas dos participantes desse estudo foi o assédio moral no ambiente de trabalho.

Tem-se que o Assédio Moral no Trabalho se constitui na exposição repetitiva e prolongada dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras durante a jornada de trabalho, podendo ocorrer, em caso de ambiente hospitalar, entre colegas de enfermagem ou demais membros da equipe de saúde, pacientes e familiares (LISBOA, 2010), atingindo grande número de trabalhadores (XAVIER et al., 2008).

Sabe-se que humilhações em público e a portas fechadas, com ameaças, depreciação da imagem profissional, boatos maldosos, cobranças absurdas por parte da chefia, delegação de tarefas que não podem ser realizadas, além de outras situações são as principais formas de assédio moral identificadas na enfermagem (THOFEHRN et al. 2008).

Os profissionais de enfermagem também relataram como gerador de estresse o excesso de trabalho devido ao número de pacientes a receberem cuidados e ao pouco tempo para a prestação do mesmo.

De acordo com Secco, et al. (2010) a carga de trabalho pode ser classificada em duas categorias principais, sendo elas: 1- carga de materialidade externa ao corpo do trabalhador, onde estão incluídas as cargas físicas como o ruído, iluminação inadequada, etc.; as cargas químicas oriundas dos diversos produtos químicos utilizados como, por exemplo, os desinfetantes e quimioterápicos; as cargas biológicas provindas do contato com microorganismos patológicos como bactéria e vírus; as mecânicas, referentes à tecnologias utilizadas, às condições de instalação e manutenção dos materiais e equipamentos; e 2- carga de materialidade interna, que se subdivide em cargas fisiológicas referentes aos esforços físicos e visuais, além de posições corporais incomodas utilizadas para a realização das

atividades laborais, sobrecarga de atividades, horas extras e duplas ou triplas jornadas de trabalho, muitas vezes realizado em turnos; e cargas psíquicas que se referem à necessidade de constante atualização da prática profissional, das condições competitivas do mercado, pelas relações de poder com a chefia e pelo convívio com o sofrimento e com a morte.

Toda essa carga excessiva de trabalho, por diminuir o tempo livre dos profissionais, interfere em suas vidas particulares como, por exemplo, na convivência com a família (STUMM, et al. 2009), o que pode ocasionar mais estresse, prejudicando, como consequência, seu desempenho profissional, podendo até mesmo ser uma das causas de um outro estressor referido que é a dificuldade em conciliar vários afazeres, como demonstra uma pesquisa do tipo descritivo-exploratória realizada em 2006 com 10 enfermeiros atuantes em um hospital estadual da cidade de Natal, Rio Grande do Norte, no qual as autoras verificaram que a organização do trabalho e o espaço que este ocupa na vida cotidiana desses trabalhadores vêm causando sofrimento para estes profissionais, dificultando a vivência dos múltiplos aspectos da vida (MEDEIROS et al., 2006). Este aspecto acaba sendo mais marcante para os profissionais de enfermagem do sexo feminino, posto que na sociedade contemporânea a mulher desempenha diversos papéis tais como o ser mulher, mãe e trabalhadora, o que raramente sucedia há algumas décadas (MERIGHI et al. 2011)

Além dos fatores já citados a insatisfação no trabalho também foi apontada como causa de estresse. Não se sentir satisfeito com o trabalho que desempenha ou com o próprio local em que ele é realizado, é um importante estressor que pode gerar problemas de saúde tais como enxaquecas e problemas vasculares, predispondo o indivíduo insatisfeito ao risco de infarto e outras enfermidades, além de ser um importante fator causador de doenças psicológicas (MARTINS; ROBAZZI; PLATH, 2007).

A falta de reconhecimento também foi causa de estresse entre alguns profissionais.

Sabe-se que atualmente busca-se trabalhar não apenas pela remuneração salarial, mas também e principalmente pelo reconhecimento e satisfação de poder verificar os frutos de todo esforço realizado (STUMM, et al. 2009).

Verifica-se que quando esse reconhecimento não vem como esperado o profissional se sente desvalorizado, fato este que se torna um importante gerador de estresse, já que o reconhecimento é entendido como um sentimento de ser aceito e admirado no trabalho e ter acesso à chefia, demais colegas de trabalho, podendo se expressar juntos a eles (MARTINS; ROBAZZI; PLATH, 2007).

Outros sentimentos negativos, além da insatisfação e da desvalorização como a inveja, raiva, falsidade, solidão e frustração foram relatadas como sendo um estressor importante durante a realização das atividades profissionais.

Em uma pesquisa (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009) qualitativa realizada com 14 profissionais de enfermagem, sendo estes enfermeiros e auxiliares de enfermagem e que atuam em uma unidade de emergência de um hospital geral e estadual de grande porte localizado na zona norte da cidade de São Paulo, pôde-se verificar que muitas das falas destes profissionais expressam sentimentos de angústia, impotência, além de frustração e solidão.

Mesmo com essa diversidade de fatores estressantes relatados pelos participantes deste estudo, verificou-se que, na maioria das vezes, os profissionais de enfermagem se referiram à situações particulares quando questionados sobre qual a situação de estresse vivenciada nos últimos três anos. Dados semelhantes foram encontrados em outra pesquisa no qual a vida pessoal foi considerada pelos profissionais de enfermagem entrevistados como sendo fonte de frustrações e geradoras de sofrimento (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Sabe-se que os eventos de vida estressantes constituem-se em situações importantes por serem tradicionalmente definidos como causadores de estresse devido ao fato de promoverem mudanças relativamente rápidas na vida dos indivíduos e, geralmente, encontram-se associados a ritos de passagem como casamentos, divórcio, perda de emprego, novo emprego, adoecimentos, entre outros (LOPES; FAERSTEIN, 2001).

Entre os fatores estressantes da vida particular o falecimento de entes amados foi um dos fatores que foram citados. Tem-se que a morte, mesmo estando presente de certo modo na vida das pessoas, constitui-se em um tema difícil de ser abordado em especial na cultura ocidental, onde os indivíduos parecem não aceitá-la como uma etapa natural da vida (ARGENTA et al, 2008). Talvez por esse motivo e pela sensação de perda que ela causa além de todo o processo de readaptação a

uma nova condição, a morte se torna um importante estressor, principalmente quando é alguém mais próximo ou da própria família que morre.

Além da morte, problemas relacionados à saúde do próprio profissional ou à de familiares também foi considerado um estressor importante. No entanto, verificou-se, neste estudo, que a preocupação com a saúde de terceiros foi mais relatado do que a preocupação com a própria saúde.

O descaso ou falta de atenção com a própria saúde também apareceu em outro estudo realizado por Elias e Navarro (2006), no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, no qual foram entrevistadas três auxiliares de enfermagem, quatro técnicas de enfermagem e três enfermeiras. Nesse estudo, as entrevistadas relataram serem descuidadas com a própria saúde.

Viu-se nesse estudo também que o estresse na vida particular advém também dos problemas conjugais e/ ou de relacionamento, tanto em casos de desentendimentos constantes como em situações mais agudas onde há o rompimento da relação, além de demais problemas e conflitos familiares.

Neste trabalho muitos funcionários também mencionaram os problemas financeiros como sendo os principais causadores de estresse em suas vidas, fato este que pode ser tanto consequência de baixos salários como consequência de problemas outros como gastos não previstos devido à mudanças ocorridas e dívidas geradas por má administração dos próprios bens. Independente das causas do problema financeiro deve-se ter em mente que ele é considerado como um importante estressor pela literatura, como se pode verificar em um estudo (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003) realizado com duzentos funcionários técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado do Rio de Janeiro, no qual 50% dos participantes relataram as dificuldades financeiras como o principal evento de vida estressante. A renda per capita de 74% da população total era maior ou igual a 1.250,00 reais.

A perda de emprego também foi citada como causa de estresse na vida pessoal, o que também pode ser um fator agravante na vida dos profissionais (STACCIANRINI; TRÓCCOLI, 2001). Atualmente, o desemprego, por ser um fenômeno mundial, é um dos assuntos mais preocupantes (PINHEIRO; MONTEIRO, 2007).

Apesar das dificuldades financeiras geradas ou por baixos salários ou pela perda do emprego, não conseguir realizar projetos ou sonhos também foi colocado como uma situação de estresse vivenciada na vida particular dos profissionais que fizeram parte desta pesquisa.

Outros problemas como gravidez indesejada, dificuldades para engravidar ou dificuldades enfrentadas durante a gravidez também foram relatados como fontes de estresses bem como o nascimento do próprio filho.

Sabe-se que o nascimento de um filho requer da mãe e da família mudanças na rotina e adaptação às necessidades do bebê. Além disso, as novas mães precisam aprender a conciliar a nova situação com as necessidades profissionais, principalmente no caso de profissionais de enfermagem, onde a preocupação com os filhos se torna cotidiana, o que produz mais estresse pelo fato de se sentirem divididas entre as responsabilidades do trabalho e o desempenho das funções maternas e pelo acúmulo de funções (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

Além dos eventos de vida estressantes, os acontecimentos diários menores também são uma importante fonte de estresse, principalmente quando frequentes (MARGIS et al, 2003).Dentre os acontecimentos diários menores, também se encontram os barulhos provocados por vizinhos (MARGIS et al, 2003), sendo este um outro estressor referido por um dos profissionais que participou desta pesquisa.

Conclusão

Conclusão

Após terem sido seguidas todas as etapas metodológicas estabelecidas para este trabalho verificou-se que o *coping* religioso-espiritual é utilizado pelos profissionais de enfermagem que fizeram parte do estudo e que a dimensão positiva foi a mais utilizada em relação à dimensão negativa tanto para o enfrentamento de situações estressantes vivenciadas no ambiente de trabalho como para se lidar com o estresse vivenciado na vida particular, resultado este já esperado tendo em vista que a religiosidade dos brasileiros é considerada elevada.

Neste trabalho não foram analisadas as consequências do uso do CRE para estes profissionais assim como não foi verificado se o uso do CRE eleva o nível de estresse entre os trabalhadores e se esta situação prejudica o seu desenvolvimento na prática laboral.

Como a espiritualidade faz parte do campo de saúde humana e como pesquisas na área vêm demonstrando uma correlação positiva ou negativa entre a espiritualidade/ religiosidade e saúde mental e/ ou física a depender da forma que estes aspectos são utilizados, cabe aos futuros pesquisadores continuarem as investigações neste campo até mesmo para se buscar uma estratégia de intervenção com o intuito de minimizar a angústia espiritual daqueles que fazem o uso de sua dimensão negativa.

Outro aspecto importante a ressaltar é que há a necessidade também de ser analisado o *coping* religioso-espiritual de profissionais de enfermagem que trabalham em outras áreas e não somente em unidades de pronto atendimento, já que como colocado na introdução deste trabalho o estresse é uma constante na profissão do enfermeiro, sendo produzido por vários fatores e estando presente nos mais variados campos de atuação deste profissional.

Com relação à diferença do uso do CRE entre os gêneros e como já comentado anteriormente, a população masculina fez um menor uso dessa estratégia de enfrentamento em relação às mulheres, tendo feito maior uso do *coping* religioso-espiritual negativo. Apesar de esperado pela autora deste trabalho, no entanto, este resultado não deixa de ser interessante, sendo necessárias novas pesquisas com o objetivo de verificar o uso do CRE na população masculina, sendo

este profissional de enfermagem ou não, para se descobrir se essa é a conduta da maioria dos homens e se de fato há a diferença entre estes e mulheres com relação ao uso das dimensões do CRE para se lidar com o estresse no trabalho e igualmente quais são as consequências de sua utilização na saúde do profissional de enfermagem masculino.

Referências

ALLPORT, G.W.; ROSS, J.M. Personal religious orientation and prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 5, n. 4, p. 432-443, apr. 1967.

ANDRADE, M.O. A religiosidade brasileira: o pluralismo religioso, a diversidade de crenças e o processo sincrético. *Revista Eletrônica de ciências Sociais*, n.14, p.106-118, set. 2009.

ARGENTA, C.; FELDENS, J.G.; HILDEBRANDTL.M. et al. A morte em setor de emergência e seus reflexos na equipe de saúde: uma revisão bibliográfica. **Cogitare enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 284-289, jan./ mar. 2008.

BATISTA, A.A.V.; VIEIRA, M.J.; CARDOSO, N.C.S, et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, mar. 2005.

BATISTA, K.M.; BIANCHI, E.R.F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, jul./ ago. 2006.

BIANCHI, E.R.F. O enfermeiro hospitalar e o estresse. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n.4, p. 390-394, dez. 2000.

BJARNASON, D. Concept Analysis of Religiosity. **Home Health Care Management Practice**, v. 19, n. 5, p. 350-355, aug. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. *Mundo saúde*, v.21, n.21, p. 15-21, jan/ fev. 1997.

BRITO, E.S.; CARVALHO, A.M.P. Stress, *coping* (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidades de assistência a portadores de AIDS e problemas hematológicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.24, n.3, p. 365-372, dez. 2003.

BRITO, E.S.; CARVALHO, A.M.P. Stress, *coping* (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva e problemas renais. **Enfermería Global**, n.4, p.1-10, mai. 2004.

BURGESS, L.; IRVINE, F.; WALLYMAHMED, A. Personality, stress and *coping* in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. **Nursing in Critical Care**, v.15, n.3, p. 129-140, may./ jun. 2010.

BURKHART, L.; SOLARI-TWADELL, A. Spirituality and religiousness: differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 12, n. 2, p.45-54, apr./ jun. 2001.

BURKHARDT, M.A. Commentary on "spirituality in nursing and health-related literature: a concept analysis". **Journal of Holistic Nursing**, v. 25, n. 4, p. 263-264, 2007.

CALDERERO, A.R.L.; MIASSU, A.I.M.; CORRADI-WEBSTER, C.M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de pronto atendimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 51-62, 2008.

CAMELO, S.H.H. Estresse e atividade ocupacional do enfermeiro hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 20, n. 1,2,3, p. 69-77, jan./ dez. 2006.

CHIU L. Et al. An Integrative Review of the Concept of Spirituality in the Health Sciences. **Western Journal of Nursing Research**, v. 26, n. 4, p. 405-428, 2004.

CLARKE, J. Religion and spirituality: a discussion paper about negativity reductionism and differentiation in nursing texts. **International Journal of Nursing Studies**, v. 43, n. 6, p. 775-785, aug. 2006.

CORONETTI, A. NASCIMENTO, E.R.P.; BARRA, D.C.C. et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.

COSTA, J.R.A.; LIMA, J.V. Estratégias para o enfermeiro enfrentar o stress em seu trabalho com portador de transtorno mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 325-35, dez. 2003.

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

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.1, p.60-65, jan./ fev. 2009.

DELGADO, C. A Discussion of the Concept of Spirituality. **Nursing Science Quarterly**, v. 18, n. 2, p. 157-162, 2005.

DESBIENS, J.F.; FILLION, L. *Coping* strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 13, n. 6, p. 291-300, 2007.

DUARTE, N.S.; MAURO, M.Y.C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 121, p. 157-167, 2010.

DYSON, J.; COBB, M.; FORMAM D. et al. The meaning of spirituality: a literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 26, n. 6, p. 1183-1188, dec. 1997.

EDWARDS, J.R.; COOPER, C.L. Research in stress, *coping*, and health: theoretical and methodological issues. **Psychological Medicine**, v. 18, n. 1, p.15-20, 1988. Editorial.

EKEDAHL, M.; WENGSTRÖM, Y. Nurses in cancer care — *coping* strategies when encountering existential issues. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 10, n. 2, p. 128-139, apr. 2006.

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, jul./ ago. 2006.

FERNANDES, S.M.B.A; MEDEIROS, S.M.; RIBEIRO, L.M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 414-427, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>> Acessado em: 2 dec. 2010.

FERREIRA, L.R.C; MARTINO, M.M.F. O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas v. 15, n. 3, p. 241-248, 2006.

FLECK, M.P.A.; BORGES, Z.N., BOLOGNESI, G. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 446-455, ago. 2003.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S.; PIMLEY, S.; et al. Age Differences in Stress and Coping Processes. **Psychology and Aging**, v.2, n.2, p.171-184, jun. 1987.

FOLKMAN, S.; MOSKOWITZ, J.T. *Coping*: Pitfalls and Promise. **Annual Review of Psychology**, v. 55, p. 745-74, 2004.

FONTANA, R.T.; SIQUEIRA, K.I. O trabalho do enfermeiro em saúde coletiva e o estresse: análise de uma realidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 491-498, jul./ set. 2009.

GUERRER, F.J.L.; BIANCHI, E.R.F. Caracterização do estresse no enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 355-362, 2008.

GUIDO, A.Z. Estresse e *coping* entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação pós-anestésica. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.

HILL, P.C.; PARGAMENT, K.I.; HOOD, R.W., et al. Conceptualizing religion and Spirituality: points of commonality, point of departure. **Journal of the Theory of Social Behaviour**, v. 30, n. 1, p. 51-77, 2000.

HILL, P.C.; PARGAMENT, K.I. Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality - Implications for Physical and Mental Health Research. **American Psychologist**, v. 58, n. 1, p. 64-74, jan. 2003.

HSU, H.Y.; CHEN, S.H.; YU, H.Y. et al. Job stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 7, p.1592-1601, jul. 2010.

HUFFORD, D.J. An analysis of the field of spirituality, religion and health. 2005. Disponível em:
<<http://www.templetonadvancedresearchprogram.com/pdf/TARP-Hufford.pdf>>
Acesso em: 15 nov. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico. Características gerais da população, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/religiao_Censo2000.pdf> Acessado em 01 out. 2011.

KOENIG, H.G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, B.D. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press; 2001.

KOENIG, H.G. Spirituality, Wellness and quality of life. **Sexuality, Reproduction & Menopause**, v. 2, n. 2, p. 76-82, Jun, 2004.

KOENIG, H.G. **Medicine, Religion, and Health: Where Science and Spirituality Meet**. 1 ed.: Templeton Foundation Press, 2008.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress Appraisal and Coping**. New York: Springer, 1984.

LAZARUS, R.S. *Coping Theory and Research: Past, Present, and Future*. **Psychosomatic Medicine**, v. 55, n. 3, p. 234-247, may. 1993.

LEITE, M.A.; VILA, V.S.C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p.145-150, mar./abr. 2005.

LISBOA, M.T.L. Assédio moral no trabalho de enfermagem. **Cogitare enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 9-11, jan./mar. 2010. Editorial.

LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E. Confiabilidade do relato e eventos de vida estressantes em um questionário auto preenchido: estudo pró-saúde. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 3, p. 126-133, 2001.

LOPES, C.S. FAERSTEIN, E. CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1713-1720, 2003.

MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A.F. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, p. 65-74, 2003. Suplemento 1.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C.; PLATH, G.A. Satisfação e insatisfação entre auxiliares e técnicos de enfermagem de uma unidade de internação feminina de um hospital escola. **Ciencia y Enfermeria**, v.13, n. 1, p. 25-33, 2007.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C. O trabalho dos enfermeiros em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.1, p. 52-58, 2009.

MAURO, M.Y.C.; PAZ, A.F.; MAURO, C.C.C. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 13-18, jan./ mar. 2010.

MCSHERRY, W.; CASH, K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. **International Journal of Nursing Studies**, v. 41, n.2, p. 151-161, feb. 2004.

MEDEIROS, S.M.; RIBEIRO, L.M.; FERNANDES, S.M.B.A. et al. Condições de trabalho e enfermagem; a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.2, p.233-240, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm> Acesso em: 2 dez. 2010.

MELLAGI, A.G. **O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS: um estudo psicossocial entre homens católicos e evangélicos.** São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-27112009-104846/>> Acesso em: 2011-11-18.

MENZANI, G.; BIANCHI, E.R.F. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 327-333, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a13.htm>> Acesso em: 2 dez. 2010.

MERAVIGLIA, M.G. Critical Analysis of Spirituality and Its Empirical Indicators. **Journal of Holistic Nursing**, v. 17, n. 1, p. 18-33, mar. 1999.

MERIGHI, M.A.B.; JESUS, M.C.P.; DOMINGOS, S.R.F. et al. Ser docente de enfermagem, mulher e mãe: Desvelando a vivência sob a luz da fenomenologia social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 164-170, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_22.pdf> Acesso em: 29 set. 2011.

MONTANHOLI, L.L.; TAVARES, D.M.S.; OLIVEIRA, G.R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 661-665, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e saúde mental: o desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. **Zen Review**, v.1, 2010. Disponível em: <<http://www. hoje.org.br/site/bves.php>> Acesso em 06 out. 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PINSKI, I; ZALESK, M. *et al.* Envolvimento religioso e fatores sócio-demográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.37, n.1, p.12-15, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; STROPPA, A. Espiritualidade e saúde mental: importância e impacto da espiritualidade na saúde mental. **Zen Review**, v.1, 2010. Disponível em: <<http://www. hoje.org.br/site/bves.php>> Acesso em 06 out. 2011.

PAIVA, G.J. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 99-104, jan./ mar. 2007.

PANIZZON, C.; LUZ, A.M.H.; FENSTERSEIFER, L.M. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 391-399, set. 2008.

PANZINI, R.G. **Escala de coping religioso-espiritual** (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com a saúde e qualidade de vida. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. 238p.

PANZINI, R.G.; ROCHA, N.S.R.; BANDEIRA, D.R. *et al.* Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 34, p.105-115, 2007. Suplemento 1.

PARGAMENT, K.I. The psychology of religion and *coping*. Theory, research, practice. New York: Guilford, 1997.

PARGAMENT, K.I.; SMITH, B.W.; KOENIG H.G. *et al.* Patterns of positive and negative religious *coping* with major life stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 3, n. 4, p. 710-724, Dec. 1998.

PARGAMENT, K.I. The Psychology of Religion and Spirituality? Yes and No. **International Journal for the Psychology of Religion**, v. 9, n.1, p. 3-16. jan. 1999.

PARGAMENT, K.I.; KOENIG, H.G; PEREZ, L.M. The many methods of religious *coping*: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, v. 56, n. 4, p. 519-43, 2000.

PARGAMENT, K.I.; TARAKESHWAR, N.; ELLISON, C.G. et al. Religious *coping* among the religious : the relationships between religious *coping* and well-being in a national sample of presbyterian clergy, elders and members. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 40, n. 3, p. 497-513, Sep. 2001.

PARGAMENT, K.I.; KOENIG, H.G.; TARAKESHWAR, N. et al. Religious *Coping* Methods as Predictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes among Medically Ill Elderly Patients: A Two-year Longitudinal Study. **Journal of Health Psychology**, v. 9, n. 6, p. 713-30, 2004.

PARGAMENT, K.I.; MAGYAR-RUSSELL, G.M.; MURRAY-SWANK, N.A. The Sacred and the Search for Significance: Religion as a Unique Process. **Journal of Social Issues**, v. 61, n. 4, p.665-687, 2005.

PASQUALI, L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. 1ª ed. Brasília: LabPAM/IBAPP; 1999.

PESSINI, L. A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v.31, n.2, p.187-195, abr./ jun. 2007.

PESUT, B, Fowler, M., Taylor, E. J., et al. Conceptualising spirituality and religion for healthcare. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, n. 21, p. 2803–2810, nov. 2008.

PINHEIRO, R.L.S.; PINHEIRO, J.K. Refletindo sobre o desemprego e agravos à saúde mental. **Cadernos de psicologia social do trabalho**, v. 10, n. 2, p. 35-45, 2007.

PRETO, V.A.; PEDRÃO, L.J. O estresse entre enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 841-848, 2009.

RAY, S.L.; MECGEE, D. Psychiatric nurses' perspectives of spirituality and spiritual needs during an amalgamation. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.13, n.3, p.330-336, 2006.

ROCHA, M.C.P.; MARTINO, M.M.M.F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro no diferentes turnos hospitalares. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 280-286, 2010.

RODRIGUES, A.B.; CHAVES, E.C. Fatores estressantes e estratégias de *coping* dos enfermeiros atuantes em oncologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 24-8, 2008.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L.R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta fisiátrica**, São Paulo, v.8, n.3, p.107-112, dez. 2001.

SALOMÉ, G.M.; MARTINS, M.F.M.S.; ESPÓSITO, V.H.C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.6, p.856-862, nov./ dez. 2009.

SANTINI, A.M.; COSTENARO, R.G.S.; MEDEIROS, H.M.F. et al. Estresse: vivência profissional de enfermeiras que atuam em UTI neonatal. **Cogitare Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 14-22, set./ dez. 2005.

SANTOS, F.D.; CUNHA, M.H.F.; ROBAZZI, M.L.C.C. et al. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**, v.6, n.1, 2010. Disponível em:<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100014> Acesso em: 2 dez. 2010.

SAVIOLI, R.M. Oração e cura – Fato ou fantasia?. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v.31, n.2, p. 281-289, abr./ jun. 2007.

SECCO, I.A.O.; ROBAZZI, M.L.C.C.; SOUZA, F.E.A. et al. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**, v.6, n.1, 2010. Disponível em:<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100016> Acesso em: 20 nov. 2010.

SELYE, H. The stress of life. New York: McGraw-Hill; 1956.

SESSANNA, L.; FINNELL, D., JEZEWSKI, M.A. Spirituality in nursing and health-related literature. **Journal of Holistic Nursing**, v. 25, n.4, dec. 2007.

SEYEDFATEMI, N.; TAFRESHI, M.; HAGANI, H. Experienced stressors and *coping* strategies among Iranian nursing students. **BMC Nursing**, v. 6, n. 11, Nov. 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/6/11>> Acesso em: 10 out. 2010.

SIEGEL, S. Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento. São Paulo: Ed. McGraw-Hill do Brasil; 1975.

SOUZA, M.C.B, SANTOS, T.C.M.M.; PINHEIRO, M.F. et al. Occupational stress of a nursing team of a surgical center. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 3, n. 3, p. 86-96, jul./ set. 2009.

SPAGNOL, C.A.; FERNADES, M.S. Estrutura organizacional e o serviço de enfermagem hospitalar: aspectos teóricos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 157-64, ago. 2004.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R.S. Mulher e trabalho – a história de mães trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 5, p. 593-600, set./ out. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a05.pdf>> Acesso em: 30 nov. 2010.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R.S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.2, p.156-160, mar./ abr. 2005.

STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCCOLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001.

STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade em saúde. In: **Saúde e Espiritualidade**: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: Inede, 2008. cap .20. p.427-433.

STUMM, E.M.F.; OLIVESKI, C.C.; COSTA, C.F.L. et al. Estressores e *coping* vivenciados por enfermeiros em um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 33-43, 2008.

STUMM, E.M.F.; SCAPIN, D.; FOGLIATTO, L. et al. Qualidade de vida, estresse e repercussões na assistência: equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Revista Texto & Contexto**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p.140-155, jan./ jun. 2009.

SU, S.F.; BOOR, J.; JENKINS, M. Nurses' perceptions of environmental pressures in relation to their occupational stress. **Journal of Clinical Nursing**, v. 18, n. 22, p. 3172-3180, nov. 2009.

SULZBACHER, M.; RECK, A.V.; STUMM, E.M.F; et al. O enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. **Scientia Medica**, v. 19, n. 1, p.11-16, 2009.

TABAK, N.; KOPRAK, O. Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. **Journal of Nursing Management**, v. 15, n.3, p. 321-331, apr. 2007.

TEIXEIRA, J.J.V; LEVRÈVE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 2, p. 159-166, 2007.

THOFEHRN, M.B.; AMESTOY, S.C.; CARVALHO, K.K. et al. Assédio moral no trabalho da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 597-601, 2008.

XAVIER, A.C.H.; BARCELOS, C.R.V.; LOPES, J.P. et al. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 33, n. 117, p. 15-22, 2008.

XIANYU, Y.; LAMBERT, V.A. Investigation of the relationships among workplace stressors, ways of *coping*, and the mental health of Chinese head nurses. **Nursing and Health Sciences**, v.8, n.3, p. 147-155, sep. 2006.

WATSON, R.; GARDINER, E.; HOGSTON, R. et al. A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. **Journal of Clinical Nursing**, v. 18, n. 2, p. 270-278, jan. 2009.

WINWOOD, P.C.; LUSHINGTON, K. Disentangling the effects of psychological and physical work demands on sleep, recovery and maladaptive chronic stress outcomes within a large sample of Australian nurses. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, n. 6, p. 679-689, dec. 2006.

YUEN, E.J. Spirituality, Religion, and Health. **American Journal of Medical Quality**, v. 22, n. 2, mar./ apr. 2007.

ZINNBAUER, B.J.; PARGAMENT, K.I.; SCOTT, A.B. The Emerging Meanings of Religiousness and Spirituality: Problems and Prospects. **Journal of Personality**, v. 67, n. 6, p. 889-919, dec. 1999.

Apêndice A

Coping religioso-espiritual em profissionais de enfermagem

CONSENTIMENTO INFORMADO

Este documento tem como objetivo convidá-lo para uma pesquisa. Você será informado sobre os objetivos, benefícios e riscos em participar do estudo, a fim de que possa decidir participar de modo livre e autônomo.

Este estudo será desenvolvido pela aluna Lilian Carla de Jesus do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sob orientação da Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho.

OBJETIVOS E BENEFÍCIOS

Este estudo tem como objetivo avaliar como os profissionais de enfermagem utilizam a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em suas vidas, através da escala de *coping* religioso-espiritual (CRE)

A informação obtida por este estudo será útil para o conhecimento do fenômeno da espiritualidade e da religião entre profissionais de saúde.

PROCEDIMENTO

Você receberá dois instrumentos das mãos da pesquisadora, com quem será combinado também a data para devolução. O primeiro instrumento é um Questionário Geral onde serão coletados seus dados sociodemográficos, econômicos e religiosos, e o segundo constitui-se na escala CRE.

Você pode recusar-se a responder qualquer questão, deixar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

RISCOS, ESTRESSE E DESCONFORTO

Não se espera desconfortos significativos durante o preenchimento dos instrumentos, que poderão ser respondidos em hora e local de sua preferência.

CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE

Sua participação é anônima. Os dados não incluirão qualquer característica que possibilite identificá-lo.

INFORMAÇÃO ADICIONAL

Sua participação neste estudo é voluntária e você não precisa participar da pesquisa se não quiser. Se você aceitar participar, receberá uma cópia deste documento. Considera-se importante que você sinta-se confortável sobre a sua decisão de participar.

CONFIRMAÇÃO DO PARTICIPANTE

Se você estiver disposto a participar do estudo, por favor, informe ao pesquisador que você consente em participar.

Eu _____ RG _____ fui informado sobre o estudo e decidi participar. Se houver alguma questão sobre o estudo, eu posso contatar Lilian Carla de Jesus pelos telefones 3877-1557 ou 9201-7087 ou Ana Maria Pimenta Carvalho pelo telefone 3602-3427.

Data: _____ **Assinatura do participante:** _____

Apêndice B

Questionário Geral

(dados demográficos, socioeconômicos, religiosos e de saúde)

--	--	--

1) DATA: ___/___/200_

IDADE _____

SEXO: M () F ()

2) Assinale a qual categoria profissional você pertence.

- 1 () Auxiliar de Enfermagem
- 2 () Técnico de Enfermagem
- 3 () Enfermeiro

3) Escreva ao lado há quanto tempo (em anos) você exerce a profissão assinalada na questão anterior _____

4) Qual o seu estado civil?

- 1 () Solteiro
- 2 () Casado
- 3 () Divorciado (separado)
- 4 () Viúvo

5) Com relação à religião/ doutrina/ seita/ crença, atualmente você se considera...

- 1 () Ateu (não acredita em Deus)
- 2 () Sem religião, mas espiritualizado (acredita em Deus, mas não pertence a nenhuma religião)
- 3 () Católico
- 4 () Protestante
- 5 () Evangélico
- 6 () Espírita
- 7 () Budista
- 8 () Umbandista
- 9 () Judeu
- 10 () Muçumano
- 11 () Outro. Especifique: _____

6) Alguma vez você já mudou de religião/ doutrina/ crença ao longo da vida?

Não () Sim () Mudei de _____ para _____

Utilize a legenda abaixo para responder as próximas quatro questões 7 a 10. Anote a resposta na linha localizada ao lado de cada questão.

- 1- Não uso 2- Uso raramente 3- Uso de vez em quando
4- Uso regularmente 5- Uso sempre

7) Você utiliza a sua religião para enfrentar/ lidar com fatores estressantes em sua vida particular? _____

8) Você utiliza a sua religião para enfrentar/ lidar com os fatores estressantes no local de trabalho? _____

9) Você utiliza a sua espiritualidade para enfrentar/ lidar com fatores estressantes em sua vida particular? _____

10) Você utiliza a sua espiritualidade para enfrentar/ lidar com os fatores estressantes no local de trabalho? _____

Agora, utilize a legenda abaixo para responder as questões 11 e 12. Anote a resposta na linha localizada ao lado de cada questão.

- 1- Nunca 2- Raramente 3- Uma vez ao dia
4- Uma vez por semana 5- Mais de uma vez por semana 6- Uma vez por mês 7- Mais de uma vez por mês
8- Uma vez por ano

11) qual a frequência com que você frequenta igreja/ templo/ centro/ terreiro/ sinagoga ou quaisquer outros encontros de natureza religiosa? _____

12) Quanto tempo você se dedica para atividades religiosas privativas, como oração, meditação ou estudo de livros sagrados (como Bíblia, Talmud, Alcorão, etc.) ou outros livros de caráter religioso? _____

13) Independente de você frequentar ou não encontros de natureza religiosa, quão importante é a religião para você?

- 1 () Não é importante
- 2 () Um pouco importante
- 3 () Relativamente importante
- 4 () importante
- 5 () Muito importante

14) Quanto a religião tem lhe ajudado a manejar ou enfrentar as situações estressantes que você vive/ viveu?

- 1 () Não te ajudado
- 2 () tem ajudado pouco
- 3 () Tem ajudado mais ou menos
- 4 () Tem ajudado
- 5 () Tem ajudado muito

15) Quanto a espiritualidade tem lhe ajudado a manejar ou enfrentar as situações estressantes que você vive/ viveu?

- 1 () Não te ajudado
- 2 () tem ajudado pouco
- 3 () Tem ajudado mais ou menos
- 4 () Tem ajudado
- 5 () Tem ajudado muito

Anexo 1



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 09 de junho de 2009

Ofício nº 1810/2009
CEP/MGV

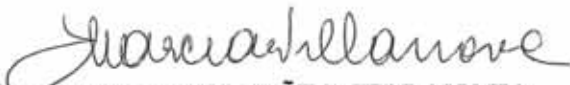
Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **“COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL GERAL”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 288ª Reunião Ordinária realizada em 08/06/2009 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 1988/2009.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.


DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
PROFª DRª ANA MARIA PIMENTA CARVALHO
LÍLIAN CARLA DE JESUS (Aluna)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP



Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA - 0000 2733; IRB - 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

Anexo 2

ESCALA CRE

PANZINI E BANDEIRA (2005) – VERS. BRASILEIRA RCOPE SCALE (PARGAMENT, KOENIG & PEREZ, 2000)
DESENVOLVIDA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

--	--	--

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.

Você vivenciou alguma situação de estresse em sua vida nos **últimos 3 anos**?

1- Sim 2- Não

Se sim, onde ocorreu a situação que você considera como sendo a mais estressante de todas?

1- Ambiente de trabalho 2- Vida pessoal 3- Não vivenciou.

Neste momento, pense nesta situação de maior estresse respondida no item anterior e, por favor, descreva-a em poucas palavras: _____

Agora, responda os itens da escala, **mesmo que não tenha vivenciado nenhuma situação de estresse** nos últimos três anos. 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, anote o número (1)

Se você tentou **mais ou menos**, anote o (3)

Se você tentou **um pouco**, anote o (2)

Se você tentou **bastante**, anote o (4)

Se você tentou **muitíssimo**, anote 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!

OBRIGADO POR PARTICIPAR!

Estas alternativas devem ser usadas em todas as respostas. ANOTE NA LINHA

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

- Orei pelo bem-estar de outros. _____
- Procurei o amor e a proteção de Deus. _____
- Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas. _____
- Revoltei-me contra Deus e seus desígnios. _____
- Procurei uma ligação maior com Deus. _____
- Questionei o amor de Deus por mim. _____
- Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim. _____
- Procurei uma casa religiosa ou de oração. _____
- Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação. _____
- Procurei trabalhar pelo bem-estar social _____
- Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo _____
- Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc). _____
- Procurei em Deus força, apoio e orientação. _____
- Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu. _____
- Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição. _____
- Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação. _____
- Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida. _____
- Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas. _____
- Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa. _____
- Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus. _____
- Fui a um templo religioso. _____
- Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus _____
- Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé _____
- Pratiquei atos de caridade moral e/ou material. _____
- Senti que Deus estava atuando junto comigo. _____
- Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem. _____
- Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas. _____

Estas alternativas devem ser usadas em todas as respostas. ANOTE NA LINHA

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

28. Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação ____
29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc) ____
30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida ____
31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas ____
32. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado ____
33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos ____
34. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus. ____
35. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora. ____
36. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus. ____
37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia. ____
38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida ____
39. 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.) ____
40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas ____
41. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado. ____
42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas. ____
43. Procurei por um total re-despertar espiritual. ____
44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa. ____
45. Rezei por um milagre. ____
46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente. ____
47. Confiei que Deus estava comigo. ____
48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas. ____
49. Procurei a misericórdia de Deus. ____
50. Pensei que Deus não existia. ____
51. Questionei se até Deus tem limites. ____
52. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade. ____
53. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer. ____
54. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa. ____
55. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos... ____
56. Pedi perdão pelos meus erros. ____
57. Participei de sessões de cura espiritual. ____
58. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele. ____
59. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros. ____
60. Assisti cultos ou sessões religiosas/ espirituais. ____
61. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto. ____
62. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo. ____
63. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas. ____
64. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle. ____
65. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos. ____
66. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.). ____
67. Procurei auxílio através da meditação. ____
68. Procurei ou realizei tratamentos espirituais. ____
69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus. ____
70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu. ____
71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior. ____
72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais. ____
73. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando. ____
74. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais. ____
75. Montei um local de oração em minha casa. ____
76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus. ____
77. Procurei auxílio nos livros sagrados. ____
78. Imaginei o que teria feito para Deus me punir. ____
79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus. ____
80. Procurei conversar com meu eu superior. ____
81. Voltei-me para a espiritualidade. ____
82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos. ____
83. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer. ____
84. Questionei se Deus realmente se importava. ____
85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente. ____
86. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude. ____
87. Busquei uma casa de Deus. ____

ANEXO 3

ESCALA CRE

ESCALA DE COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL
 AUTORAS: RAQUEL GEHRKE PANZINI & DENISE RUSCHEL BANDEIRA (2005)

PROTOCOLO DE LEVANTAMENTO DOS DADOS

Nome do respondente: _____	Idade: _____
Escolaridade: _____	Profissão: _____
Estado Civil: _____	
Data aplicação: ____/____/____	Avaliador: _____

ÍNDICES GERAIS DA ESCALA DE COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL

CRE POSITIVO (CREP)

cre1	cre2	cre3	cre5	cre8	cre10	cre11	cre12	cre13	cre14	cre16	cre17	cre19	cre20	Soma1
cre21	cre22	cre24	cre25	cre26	cre27	cre28	cre29	cre30	cre31	cre33	cre34	cre37	cre38	Soma2
cre39	cre40	cre42	cre43	cre44	cre46	cre47	cre48	cre49	cre52	cre54	cre55	cre56	cre57	Soma3
cre58	cre60	cre61	cre62	cre63	cre65	cre66	cre67	cre68	cre69inv	cre70	cre71	cre72	cre74	Soma4
cre75	cre76inv	cre77	cre79	cre80	cre81	cre82	cre85	cre86	cre87					Soma5

CRE POSITIVO = $\frac{\text{Soma 1} + \text{Soma 2} + \text{Soma 3} + \text{Soma 4} + \text{Soma 5}}{66} = \frac{\quad + \quad + \quad + \quad + \quad}{66} = \bigcirc$

CRE NEGATIVO (CREN)

cre4	cre6	cre7	cre9	cre15	cre18	cre23	cre32	cre35	cre36	cre41	Soma6
cre45	cre50	cre51	cre53	cre59	cre64	cre73	cre78	cre83	cre84		Soma7

CRE NEGATIVO = $\frac{\text{Soma 6} + \text{Soma 7}}{21} = \frac{\quad + \quad}{21} = \bigcirc$

CRE NEGATIVO INVERTIDO

cre4inv	cre6inv	cre7inv	cre9inv	cre15inv	cre18inv	cre23inv	cre32inv	cre35inv	cre36inv	cre41inv	Soma8
cre45inv	cre50inv	cre51inv	cre53inv	cre59inv	cre64inv	cre73inv	cre78inv	cre83inv	cre84inv		Soma9

CRE NEGATIVO INVERTIDO = $\frac{\text{Soma 8} + \text{Soma 9}}{21} = \frac{\quad + \quad}{21} = \bigcirc$

CRE TOTAL = $\frac{\text{CRE POSITIVO} + \text{CRE NEGATIVO INVERTIDO}}{2} = \frac{\quad + \quad}{2} = \bigcirc$

RAZÃO CREN/CREP = $\frac{\text{CRE NEGATIVO}}{\text{CRE POSITIVO}} = \bigcirc$

inv = Significa que o escore marcado pelo respondente da escala naquele item específico deve ser invertido conforme o seguinte parâmetro: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)

ÍNDICES PARCIAIS DA ESCALA DE COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL

FATORES CRE POSITIVO

P1 – Transformação de Si/Sua Vida

cre17	cre28	cre30	cre33	cre34	cre38	cre43	cre48	cre49	cre56	cre65	cre79	cre82	cre86	Soma		Média
															÷14=	

P2 – Busca de Ajuda Espiritual

cre12	cre29	cre46	cre57	cre60	cre66	cre68	cre81	Soma		Média
									÷8=	

P3 – Oferta de Ajuda a Outro

cre1	cre3	cre10	cre24	cre31	cre55	cre62	Soma		Média
								÷7=	

P4 – Posição Positiva frente a Deus

cre2	cre5	cre11	cre13	cre25	cre26	cre40	cre47	cre58	cre69inv	cre76inv	Soma		Média
												÷11=	

P5 – Busca de Crescimento Espiritual

cre67	cre70	cre71	cre80	cre85	Soma		Média
						÷5=	

P6 – Busca do Outro Institucional

cre8	cre14	cre19	cre21	cre39	cre44	cre63	cre74	cre75	cre87	Soma		Média
											÷10=	

P7 – Busca de Conhecimento Espiritual

cre16	cre52	cre54	cre72	cre77	Soma		Média
						÷5=	

P8 – Afastamento através Deus/Religião/Espiritualidade

cre20	cre22	cre27	cre37	cre42	cre61	Soma		Média
							÷6=	

FATORES CRE NEGATIVO

N1 – Reavaliação Negativa de Deus

cre4	cre6	cre23	cre32	cre50	cre51	cre83	cre84	Soma		Média
									÷8=	

N2 – Posição Negativa frente a Deus

cre7	cre35	cre45	cre64	Soma		Média
					÷4=	

N3 – Reavaliação Negativa do Significado

cre9	cre36	cre53	cre59	cre78	Soma		Média
						÷5=	

N4 – Insatisfação com Outro Institucional

cre15	cre18	cre41	cre73	Soma		Média
					÷4=	

PARÂMETRO DE INTERPRETAÇÃO DOS ESCORES:

Parâmetro utilizado para análise dos valores das médias de CRE quanto a sua utilização pelo respondente:

Neenhuma ou Irrisória	1,00 a 1,50
Baixa	1,51 a 2,50
Média	2,51 a 3,50
Alta	3,51 a 4,50
Altíssima	4,51 a 5,00

INTERPRETAÇÃO DOS ESCORES DA ESCALA CRE:
