UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE (PPgS)

Clarissa Rocha Panconi Piccinini

Influência das crenças religiosas e espirituais sobre a saúde mental e qualidade de vida em gestantes: estudo longitudinal

Juiz de Fora
2026

Clarissa Rocha Panconi Piccinini

Influência das crenças religiosas e espirituais sobre a saúde mental e qualidade de vida em gestantes: estudo longitudinal

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde. Área de concentração: Pesquisa em Saúde Humana.

Orientador: Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti

Coorientadora: Profa. Dra. Alessandra Lamas Granero Lucchetti

Juiz de Fora

2026

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração
automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Piccinini, Clarissa Rocha Panconi.
Influência das crenças religiosas e espirituais sobre a saúde mental e qualidade de vida em gestantes : estudo longitudinal / Clarissa Rocha Panconi Piccinini. -- 2026.
133 f.

Orientador: Giancarlo Lucchetti
Coorientador: Alessandra Lamas Granero Lucchetti
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde, 2026.

1. Crenças Religiosas. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Gestantes. 4. Saúde Mental. 5. Qualidade de Vida. I. Lucchetti, Giancarlo, orient. II. Lucchetti, Alessandra Lamas Granero, coorient. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE

N° PPG: 21/2026

Formato da Defesa: ( ) presencial (X) virtual ( ) híbrido

Ata da sessão (X) pública ( ) privada referente à defesa da ( ) dissertação (X) tese intitulada **Influência das crenças religiosas e espirituais sobre a saúde mental e qualidade de vida em gestantes:** estudo longitudinal, para fins de obtenção do titulo de ( )mestra(e) (X)doutor(a) em Saúde, área de concentração Pesquisa em Saúde Humana, pelo(a) discente CLARISSA ROCHA PANCONI PICCININI (matrícula 103040204 - início do curso em 06/04/2021), sob orientação do Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti e coorientação da Profa. Dra. Alessandra Lamas Granero Lucchetti.

Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de setembro do ano de 2026, às 13h30min, de forma virtual, conforme Portaria nº 53/2024 PROPP da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), reuniu-se a Banca examinadora da ( ) dissertação (X)tese em epígrafe, aprovada pelo Colegiado do Programa de Pós- Graduação, conforme a seguinte composição:

Titulação Prof(a) Dr(a) / Dr(a)	Nome	Na qualidade de:	Vínculo Institucional
Prof. Dr.	Giancarlo Lucchetti	Orientador e Presidente da Banca	Universidade Federal de Juiz de Fora
Profa. Dra.	Alessandra Lamas Granero Lucchetti	Coorientadora	Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof. Dr.	João Carlos Arantes Júnior	Membro titular interno	Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof. Dr.	Luciano Fernandes Loures	Membro titular interno	Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof. Dr.	Rubens Lene Carvalho Tavares	Membro titular externo	Universidade Federal de Minas Gerais
Profa. Dra.	Maria Antonia Campos	Membro titular externo	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora
Profa. Dra.	Sabrine Teixeira Ferraz Grünewald	Suplente interno	Universidade Federal de Juiz de Fora
Profa. Dra.	Ana Paula Sena Lomba Vasconcelos	Suplente externo	Faculdade Metodista Granbery

*Na qualidade de (opções a serem escolhidas):

- Membro titular interno
- Membro titular externo
- Membro titular externo e Coorientador(a)
- Orientador(a) e Presidente da Banca
- Suplente interno
- Suplente externo
- Orientador(a)
- Coorientador(a)

*Obs: Conforme §2º do art. 54 do Regulamento Geral da Pós-graduação stricto sensu, aprovado pela Resolução CSPP/UFJF nº 28, de 7 de junho de 2023, "estando o(a) orientador(a) impedido(a) de compor a banca, a presidência deverá ser designada pelo Colegiado".

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Tendo o(a) senhor(a) Presidente declarado aberta a sessão, mediante o prévio exame do referido trabalho por parte de cada membro da Banca, o(a) discente procedeu à apresentação de seu Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-graduação Stricto sensu e foi submetido(a) à arguição pela Banca Examinadora que, em seguida, deliberou sobre o seguinte resultado:

(X) APROVADO

( ) REPROVADO, conforme parecer circunstanciado, registrado no campo Observações desta Ata e/ou em documento anexo, elaborado pela Banca Examinadora

( ) APROVADO CONDICIONALMENTE, sendo consenso da banca de que esta ata é provisória e condicional

Novo título da Dissertação/Tese (só preencher no caso de mudança de título):

Observações da Banca Examinadora caso haja necessidade de anotações gerais sobre a dissertação/tese e sobre a defesa, as quais a banca julgue pertinentes

Banca de defesa realizada de forma virtual , em sessão privada, conforme Portaria nº 53/2024 PROPP/UFJF . Todos os membros da banca e o discente participaram da sessão de Defesa e a acompanharam na sua integralidade.

Descrição de todas as condicionalidades para a aprovação (só preencher no caso de Aprovação Condicional):

Nada mais havendo a tratar, o(a) senhor(a) Presidente declarou encerrada a sessão de Defesa, sendo a presente Ata lavrada e assinada pelos(as) senhores(as) membros da Banca Examinadora e pelo(a) discente, atestando ciência do que nela consta.

INFORMAÇÕES

Para fazer jus ao título de mestre(a)/doutor(a), a versão final da dissertação/tese, considerada Aprovada, devidamente conferida pela Secretaria do Programa de Pós-graduação, deverá ser tramitada para a PROPP, em Processo de Homologação de Dissertação/Tese, dentro do prazo de de 60 ou 90 dias, para discentes aprovados condicionalmente, a partir da data da defesa. Após o envio dos exemplares definitivos, o processo deverá receber homologação e, então, ser encaminhado à CDARA.

Se as condições descritas nesta ata não forem atestadamente atendidas dentro do prazo de 90 dias, a aprovação condicional será convertida em reprovação.

Esta Ata de Defesa é um documento padronizado pela Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. Observações excepcionais feitas pela Branca Examinadora poderão ser registradas no campo disponível acima ou em documento anexo, desde que assinadas pelo(a) Presidente(a).

Esta Ata de Defesa somente poderá ser utilizada como comprovante de titulação se apresentada junto á Certidão da Coordenadoria de Assuntos e Registros Acadêmicos da UFJF (CDARA) atestando que o processo de confecção e registro do diploma está em andamento.

Documento assinado eletronicamente por **Giancarlo Lucchetti**, **Professor(a)**, em 29/09/2026, às 09:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Alessandra Lamas Granero Lucchetti**, **Professor(a)**, em 29/09/2026, às 09:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de

novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Joao Carlos Arantes Junior**, **Professor(a)**, em 29/09/2026, às 12:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Clarissa Rocha Panconi Piccinini**, **Professor(a)**, em 29/09/2026, às 15:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Rubens Lene Carvalho Tavares**, **Usuário Externo**, em 02/10/2026, às 16:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Maria Antônia Campos**, **Usuário Externo**, em 12/10/2026, às 21:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Luciano Fernandes Loures**, **Professor(a)**, em 20/10/2026, às 09:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **3237435** e o código CRC **4B8EDAE9**.

Dedico esta tese ao meu pai Cristovão Panconi (*in memoriam*) pelo apoio constante em toda essa jornada. A você minha homenagem e eterna gratidão! Você foi e continuará sendo um pilar fundamental da minha vida, inspirando-me pelo amor ao conhecimento, à leitura e à carreira acadêmica. Seus sacrifícios silenciosos, seu incentivo e a confiança de que eu seria capaz de alcançar este objetivo foram essenciais para que eu perseverasse. Mesmo não estando aqui para compartilhar este momento, sinto sua presença em cada conquista. Esta vitória é tão sua quanto minha.

"Não existe partida para aqueles que permanecerão eternamente em nosso coração".

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela vida, pela força e por me sustentar em todos os momentos desta jornada.

À minha mãe Sueli, pelo amor, cuidado e apoio incondicional. Obrigada por estar sempre ao meu lado e, sobretudo, por cuidar dos meus filhos nos momentos em que precisei me dedicar aos estudos. Sua presença e seu amor foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

Aos meus filhos Lucas e Maria Clara, meus maiores amores e minha mais preciosa motivação. Vocês me ensinaram o verdadeiro significado do amor incondicional e foram minha força nos momentos de dificuldade, dando sentido a cada esforço e coragem para continuar. Tudo o que faço também é por vocês.

Ao meu esposo Leonardo, pela amizade, pelo companheirismo e pela compreensão ao longo desses anos. Obrigada por compartilhar comigo os desafios, as conquistas e também as alegrias desta caminhada.

Ao meu irmão Felipe, que, mesmo à distância, permanece sempre presente, torcendo por mim, apoiando minhas escolhas e celebrando comigo cada vitória.

Ao meu orientador Professor Doutor Giancarlo Lucchetti, pela paciência, generosidade e por todos os ensinamentos compartilhados. Além de um grande professor e pesquisador, você é, sobretudo, um exemplo de ser humano, por quem tenho profunda admiração.

À minha coorientadora Professora Doutora Alessandra Lamas Granero Lucchetti, pela dedicação, pelo incentivo e pelas valiosas contribuições para minha formação acadêmica e para a construção deste trabalho.

Aos colegas do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFJF, pela amizade, pelo convívio e pelas experiências, aprendizados e momentos compartilhados ao longo desses anos.

Às participantes desta pesquisa, que dedicaram seu tempo, tornando possível a realização deste estudo. Minha gratidão a cada uma de vocês.

Aos professores presentes na minha banca, por aceitarem participar e por contribuírem, com seus conhecimentos, experiência e olhar atento, para o aprimoramento deste trabalho.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, estiveram presentes nesta etapa, oferecendo uma palavra de incentivo, um gesto de carinho, uma ajuda ou simplesmente a presença necessária para que eu continuasse. Cada contribuição, por menor que possa parecer, fez parte deste caminho e ajudou a transformar este sonho em realidade.

A todos que fizeram parte desta história, minha mais sincera, profunda e eterna gratidão.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana” (Carl Jung, 1928).

> O amor não prende, liberta! Ame porque isso faz bem a você, não por esperar algo em troca. Criar expectativas demais pode gerar decepções. Quem ama de verdade, sem apego, sem cobranças, conquista o carinho verdadeiro das pessoas (Chico Xavier).

RESUMO

Este estudo investigou, na cidade de Juiz de Fora-MG, de que forma as crenças religiosas e espirituais (R/E) manifestadas durante o período pré-natal se associam com a saúde mental e a qualidade de vida (QV) de gestantes. Trata-se de um estudo longitudinal conduzido no período de junho de 2021 a junho de 2025 com gestantes que se encontravam em acompanhamento de pré-natal nos ambulatórios de obstetrícia vinculados ao Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus de Juiz de Fora e ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, com início do pré-natal até a 16ª semana de gestação. Para a coleta de informações, foi desenvolvido um questionário que contempla dados sociodemográficos e obstétricos das participantes, além de instrumentos validados e traduzidos para o português: Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS); Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – versão curta de 21 itens (DASS-21); Religiosidade (DUREL); Escala de Experiências Espirituais Diárias (DSES); Escala de *Coping* Religioso (*Brief* RCOPE), e; Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-*Brief*). O primeiro inquérito (T1) foi administrado em ambiente reservado, no mesmo dia da primeira consulta de pré-natal. O segundo inquérito (T2), utilizando os mesmos instrumentos aplicados em T1, foi conduzido no terceiro trimestre gestacional, entre a 32ª e a 36ª semana. O estudo envolveu 270 participantes com idade média de 29,9 anos e 14,8 anos de escolaridade, brancas (58,5%), domésticas (76,7%) e convivendo com parceiro (75,9%). Quanto a paridade 65,9% era nulípara, 14,1% referiram histórico de aborto e 13,0% condição médica prévia. As participantes demonstraram alta espiritualidade (DSES média = 4,7), usando estratégias de enfrentamento positivas. Nos desfechos de saúde mental, apenas a religiosidade organizacional esteve associada a menores sintomas depressivos ($p = 0,031$). Para a QV, maior religiosidade não organizacional esteve associada a menores QV física ($p = 0,014$) e psicológica ($p = 0,019$) no acompanhamento, mesmo após ajustes. Experiências espirituais diárias estiveram associadas à redução da depressão ($p = 0,019$), enquanto o aumento do enfrentamento religioso negativo esteve associado ao agravamento da depressão ($p < 0,001$), da ansiedade ($p < 0,001$) e do estresse ($p = 0,002$) e também a diminuição da QV psicológica ($p < 0,001$). Da mesma forma, aumentos na religiosidade não organizacional ($p < 0,001$), na religiosidade intrínseca ($p = 0,001$) e no enfrentamento religioso positivo ($p = 0,023$) foram associados a melhorias na QV psicológica. Por outro lado, aumentos no enfrentamento religioso negativo foram associados a reduções na QV psicológica ($p = 0,046$), social ($p = 0,003$) e ambiental ($p = 0,021$). Pode-se concluir que, embora a R/E inicial não tenha sido um bom preditor dos desfechos durante o acompanhamento, as alterações na R/E estiveram de forma

consistente relacionadas às mudanças na saúde mental e na QV, evidenciando associações tanto positivas quanto negativas. O enfrentamento negativo emergiu como fator mais robusto. Gestantes com níveis persistentes elevados de enfrentamento religioso negativo apresentaram desfechos psicológicos mais desfavoráveis em comparação àquelas cujo enfrentamento permaneceu em níveis baixos ao longo do tempo.

Palavras-chave: Crenças Religiosas. Cuidado Pré-Natal. Gestantes. Saúde Mental. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

This study investigated, in the city of Juiz de Fora (MG), how religious and spiritual (R/S) beliefs manifested during the prenatal period are associated with the mental health and quality (QoL) of life of pregnant women. This is a longitudinal study conducted from June 2021 to June 2025 involving pregnant women receiving prenatal care at the obstetrics outpatient clinics affiliated with the Therezinha de Jesus Hospital and Maternity Center in Juiz de Fora and the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora, with prenatal care initiated by the 16th week of gestation. For data collection, a questionnaire was developed that includes sociodemographic and obstetric data of the participants, in addition to validated instruments translated into Portuguese: Social Support Perception Scale (EPSS); Depression, Anxiety and Stress Scale – short version of 21 items (DASS-21); Religiosity (DUREL); Daily Spiritual Experiences Scale (DSES); Religious Coping Scale (Brief RCOPE); and Quality of Life Scale (WHOQOL-Brief). The first survey (T1) was administered in a private setting on the same day as the first prenatal visit. The second survey (T2), using the same instruments applied in T1, was conducted in the third trimester of pregnancy, between the 32nd and 36th weeks. This study hopes to show that religious and spiritual beliefs can be positively associated with the mental health and quality of life of women during pregnancy. The study involved 270 participants with a mean age of 29.9 years and 14.8 years of schooling; the majority were white (58.5%), worked as domestic workers (76.7%), and lived with a partner (75.9%). Regarding parity, 65.9% were nulliparous, 14.1% reported a history of miscarriage, and 13.0% had a pre-existing medical condition. Participants demonstrated high levels of spirituality (mean DSES = 4.7) and employed positive coping strategies. Regarding mental health outcomes, only organizational religiosity was associated with lower depressive symptoms ($p = 0.031$). As for quality of life (QoL), higher non-organizational religiosity was associated with lower physical ($p = 0.014$) and psychological ($p = 0.019$) QoL at follow-up, even after adjustments. Daily spiritual experiences were associated with reduced depression ($p = 0.019$), whereas increased negative religious coping was associated with worsening depression ($p < 0.001$), anxiety ($p < 0.001$), and stress ($p = 0.002$), as well as decreased psychological QoL ($p < 0.001$). Similarly, increases in non-organizational religiosity ($p < 0.001$), intrinsic religiosity ($p = 0.001$), and positive religious coping ($p = 0.023$) were associated with improvements in psychological QoL. Conversely, increases in negative religious coping were associated with reductions in psychological ($p = 0.046$), social ($p = 0.003$), and environmental ($p = 0.021$) QoL. It can be concluded that, although the initial R/S was not a good predictor of outcomes during follow-up, changes in R/S

were consistently related to changes in mental health and QoL, revealing both positive and negative associations. Negative coping emerged as the most robust factor. Pregnant women with persistently high levels of negative religious coping exhibited more unfavorable psychological outcomes compared to those whose coping remained at low levels over time.

Keywords: Religious Beliefs. Prenatal Care. Pregnant Women. Mental Health. Quality of Life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALSPAC	Estudo Longitudinal de Pais e Filhos de Avon
BDNF	Fator neurotrófico derivado do cérebro
Brief RCOPE	Escala de *Coping* Religioso – versão reduzida
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CCRE	Crenças e comportamentos religiosos/espirituais (CCRE)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRE	*Coping* Religioso-Espiritual
d.C.	Depois de Cristo
DASS-21	*Depression, Anxiety and Stress Scale* versão curta de 21 itens
DSES	*Daily Spiritual Experiences Scale*
DUREL	*Duke Religion Index*
ECR	Ensaio clínico randomizado
EDPS	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo
EPSS	Escala de Percepção de Suporte Social
FICA	Fé, Importância, Comunidade, Ação no tratamento
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IC	Intervalo de Confiança
IL	Interleucina
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITG	Interrupção terapêutica da gravidez
MG	Minas Gerais
n	Número na amostra
nº.	Número
NUPDQ	Questionário de Angústia Pré-natal Revisado
OR	*Odds Ratio*
PDS	Depressão pós-parto
QV	Qualidade de Vida
R/E	Religiosidade e espiritualidade
RI	Religiosidade intrínseca

RM	Ressonância magnética
RNO	Religiosidade não organizacional
RO	Religiosidade organizacional
SERT	Transportador de serotonina
SPW	Síndrome de Prader-Willi
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPI	Pré-natal invasivo
TRA	Técnica de reprodução assistida
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
W-DEQ	Questionário de Expectativa/Experiência de Parto Wijma
WHOQOL-*Bref*	Escala de Qualidade de Vida – versão reduzida

LISTA DE SÍMBOLOS

=	Igual
%	Percentual
-	Menos
×	*Versus*
≤	Menor ou igual
β	Beta
±	Desvio-padrão
+	Mais
<	Menor que
Δ	Delta

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17
2 REVISÃO DA LITERATURA 22
2.1 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE: ASPECTOS HISTÓRICOS 22
2.2 CONCEITOS DE RELIGIOSIDADE E DE ESPIRITUALIDADE 23
2.3 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DA RELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE FÍSICA 30
2.4 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DA RELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL 33
2.5 MECANISMOS DA RELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE 38
2.6 INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS RELIGIOSAS E ESPIRITUAIS NA VIDA DA GESTANTE 41
2.7 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DA RELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE NA OBSTETRÍCIA 45
2.7.1 Evidências nos desfechos da gestação 45
2.7.1.1 Estudos transversais 45
2.7.1.2 Estudos longitudinais 48
2.7.2 Evidências na saúde mental e bem-estar 50
2.7.2.1 Estudos transversais 50
2.7.2.2 Estudos longitudinais 53
2.8 ABORDAGEM DAS CRENÇAS ESPIRITUAIS E RELIGIOSAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE 55
2.9 IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E ÉTICAS DA INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS RELIGIOSAS E ESPIRITUAIS NA GESTANTE 60
3 JUSTIFICATIVA 64
4 OBJETIVOS 65
4.1 GERAL 65
4.2 ESPECÍFICOS 65
5 METODOS 66
5.1 DESENHO, PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO 66
5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 66
5.3 INSTRUMENTOS 67

5.3.1 Dados sociodemográficos e obstétricos 67
5.3.2 Suporte social – Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS) 67
5.3.3 Sintomas ansiosos e depressivos – *Depression, Anxiety and Stress Scale* versão curta de 21 itens (DASS-21) 67
5.3.4 Religiosidade - *Duke Religion Index* (DUREL) 68
5.3.5 Espiritualidade – *Daily Spiritual Experiences Scale* (DSES) – versão brasileira 68
5.3.6 Escala de *Coping* Religioso (*Brief* RCOPE) – versão reduzida 69
5.3.7 Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-*Brief*) – versão reduzida 70
5.4 PROCEDIMENTOS 70
5.5 TAMANHO DA AMOSTRA 71
5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA 71
5.7 ASPECTOS ÉTICOS 72
6 RESULTADOS/DISCUSSÃO 73
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 93
REFERÊNCIAS 94
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa 116
APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico e História Obstétrica 123
APÊNDICE B – Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS) 123
APÊNDICE C – Sintomas ansiosos e depressivos – *Depression, Anxiety and Stress Scale* versão curta de 16 itens (DASS-21) 126
APÊNDICE D – Índice de Religiosidade (*Duke Religion Index* - DUREL) 127
APÊNDICE E – *Daily Spiritual Experiences Scale* (DSES) – versão brasileira 128
APÊNDICE F – Escala de *Coping* Religioso (*Brief RCOPE*) 129
APÊNDICE G – Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-*Brief*) 130
APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 132

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a espiritualidade esteve intrinsecamente relacionada ao processo gestacional e ao parto, especialmente em contextos culturais tradicionais, nos quais o nascimento era compreendido como um evento sagrado, permeado por rituais simbólicos e conduzido por parteiras com saberes empíricos e espirituais (Davis-Floyd, 2022). Com o avanço do Cristianismo no Ocidente, consolidou-se uma visão teológica da maternidade, na qual a gestação era considerada uma bênção divina, sendo o parto frequentemente associado à ideia de sacrifício e expiação (Backes et al., 2023; Badinter, 1985; Pereira; Tsallis, 2020; Rodrigues, 2012).

A partir da modernidade, com a ascensão da biomedicina e a consequente medicalização da obstetrícia, a dimensão espiritual foi progressivamente marginalizada, em favor de abordagens técnicas e centradas no modelo hospitalocêntrico (Davis-Floyd, 2022; Diniz, 2005). No entanto, nas últimas décadas, o movimento de humanização do parto tem promovido a revalorização da espiritualidade como componente fundamental do cuidado integral à gestante, reconhecendo sua relevância para o bem-estar físico, emocional e existencial da mulher, reafirmando a necessidade de práticas culturalmente sensíveis que respeitem sua autonomia e seus valores espirituais (Diniz, 2005; Puchalski et al., 2014).

Esse cuidado é fundamental, considerando que a gestação constitui um período marcado pela formação de uma nova vida e desempenha papel essencial na continuidade da espécie humana e na renovação das gerações. Iniciada com a concepção, a gravidez se estende por aproximadamente 40 semanas e culmina com o parto (Council, 2012). Ao longo desse período, a mulher vivencia profundas transformações em diferentes dimensões de sua vida, que repercutem não apenas em seu cotidiano, mas também na dinâmica do casal e nas relações familiares. A gestação representa, ainda, um importante período de preparação física e psicológica para o nascimento e para o exercício da parentalidade (Faisal-Cury et al., 2009). As alterações fisiológicas, físicas e emocionais características dessa fase podem modificar significativamente a rotina da gestante e de seu parceiro, exigindo adaptações que podem repercutir na dinâmica e no equilíbrio da relação conjugal (Alves; Bezerra, 2020).

A gestação é um fenômeno complexo que, embora corresponda a um processo fisiológico e não a uma condição patológica, envolve profundas transformações no organismo materno. As alterações decorrentes da gravidez, que podem variar em intensidade e serem percebidas de maneira distinta entre as mulheres, estão entre as mudanças fisiológicas mais expressivas experimentadas pelo corpo humano. Essas modificações podem despertar diferentes

sentimentos e percepções, incluindo dúvidas, medos, angústias, expectativas e curiosidade diante das transformações corporais vivenciadas ao longo desse período (Costa et al., 2010). Particularmente nos segundo e terceiro trimestres, tornam-se mais evidentes mudanças como o ganho ponderal e o aumento das mamas e do abdome, cuja percepção e repercussão podem variar de acordo com a experiência individual de cada gestante (Costa et al., 2010).

Além das alterações físicas, a gestação envolve mudanças psicológicas, sociais e familiares que se iniciam desde a confirmação da gravidez e podem repercutir na experiência gestacional e no bem-estar materno-infantil. Nesse contexto, os aspectos emocionais assumem particular relevância, uma vez que diferentes estressores vivenciados durante a gestação e o puerpério podem influenciar a saúde mental da mulher e estar relacionados a desfechos adversos ao longo do ciclo gravídico-puerperal (Faisal-Cury et al., 2009).

A vivência de situações estressoras durante a gestação pode comprometer a saúde mental materna e repercutir sobre o desenvolvimento do bebê (Pillon et al., 2010). Entre os transtornos psicológicos observados nesse período, a ansiedade apresenta ocorrência frequente, especialmente no terceiro trimestre da gravidez. Sua manifestação tem sido associada a diferentes fatores, como as características ocupacionais da gestante (Silva et al., 2017), a presença de insônia (Bei et al., 2010), o histórico de abortamento e de complicações em gestações anteriores (Chojenta et al., 2014; Norhayati et al., 2015), além da percepção de menor suporte social e familiar (Waqas et al., 2015). Aspectos relacionados à própria experiência da gravidez, como o desejo materno pela gestação (Norhayati et al., 2015), também podem estar relacionados à ocorrência de ansiedade. Da mesma forma, comportamentos como o maior consumo de cigarros e o uso de drogas ilícitas têm sido associados à presença de sintomas ansiosos durante a gestação (Silva et al., 2017).

As crenças religiosas e espirituais são aspectos importantes na vida das pessoas que podem ter efeitos positivos ou negativos na saúde. Evidências científicas indicam que as crenças e práticas religiosas e espirituais podem estar relacionadas a diferentes desfechos em saúde. De modo geral, níveis mais elevados de religiosidade e espiritualidade (R/E) têm sido associados à menor ocorrência de sintomas depressivos (Koenig, 2007a; Lucchetti et al., 2012) e de ansiedade (Koenig, 2007a), bem como a melhores níveis de qualidade de vida (QV) (Sawatzky; Ratner; Chiu, 2005) e a desfechos psiquiátricos mais favoráveis (Bonelli; Koenig, 2013; Koenig, 2009; Moreira-Almeida; Lotufo Neto; Koenig, 2006). Estudos também sugerem uma possível associação entre maior envolvimento religioso e espiritual e menor mortalidade, embora esses resultados devam ser interpretados considerando as características dos diferentes contextos e desenhos de estudo (Lucchetti; Lucchetti; Koenig, 2011).

Diante das transformações e dos desafios inerentes à gestação, as mulheres podem recorrer a diferentes recursos para lidar com as demandas desse período. Entre essas estratégias estão a busca por apoio de familiares e amigos, o acompanhamento psicológico (O'Connor et al., 2016), a participação em grupos de apoio e a utilização de terapias integrativas (Klein; Guedes, 2008), além de práticas como meditação (Ascenção Salvador et al., 2025) e técnicas de relaxamento (Evers, 1999). A participação em cursos de preparação para a gestação e o parto também pode constituir importante recurso de enfrentamento. Nesse contexto, a religiosidade e a espiritualidade podem representar outra fonte de suporte, mobilizada por meio das próprias crenças e práticas da gestante ou mediante sua participação em comunidades religiosas (O'Connor et al., 2016).

Pesquisa realizada com mulheres grávidas de ascendência mexicana em uma clínica comunitária local, detectou que mais alta religiosidade foi associada a menores níveis de sintomas de ansiedade no período da gestação. Além disso, a religiosidade atuou como um fator protetor, atenuando significativamente a associação entre o estresse relacionado à aculturação e os sintomas de ansiedade ao longo de diferentes períodos da gestação – no início, no meio e no final da gravidez – e também seis semanas após o parto (Osman; Lara-Cinisomo; D'Anna-Hernandez, 2021).

Estudos apontam que mulheres que mantêm uma vivência religiosa ou espiritual ativa tendem a apresentar melhor adaptação emocional durante a gestação (Silva Vieira; Fuentes, 2020; Piccinini et al., 2021). Essas crenças funcionam como uma fonte de suporte psicológico (McCullough; Larson; Koenig, 2001), promovendo sentimentos de propósito (Pargament, 2010), esperança (Beecher, 1955), gratidão e confiança em relação ao processo gestacional e ao parto (Backes et al., 2023; Monteiro, Reichow; Sais; Fernandes, 2020; Zinnbauer; Pargament, 2005). Além disso, práticas como a oração (Callister; Khalaf, 2010), a meditação (Ascenção Salvador et al., 2025) e a participação em comunidades religiosas podem ajudar a reduzir sintomas de ansiedade, estresse e depressão perinatal (Backes et al., 2023; Simões, 2023).

Com relação à saúde física, há evidências de que a espiritualidade pode estar associada a maior adesão ao pré-natal (Levin, 2003), escolhas alimentares mais saudáveis (Chehrazi et al., 2021) e comportamentos de autocuidado (Chehrazi et al., 2021; Tork Zahrani et al., 2020). Em contrapartida, em alguns casos, determinadas crenças podem levar a resistência a intervenções médicas, como transfusões de sangue ou uso de métodos contraceptivos, o que demanda atenção ética por parte dos profissionais de saúde (Koenig, 2012a).

As crenças religiosas e espirituais podem influenciar decisões sobre o tipo de parto (normal ou cesárea) (Zewude; Siraw; Adem, 2022), o uso de anestesia e o manejo da dor (Aziato; Ohemeng; Omenyo, 2016; Sotudeh; Hasanpoor-Azghady; Amiri-Farahani, 2022). A experiência do parto vaginal pode assumir uma dimensão espiritual, sendo frequentemente associada à percepção de conexão interpessoal e transcendental, ao crescimento e à transformação pessoal, ao fortalecimento do senso de autonomia e empoderamento, bem como à construção de significado existencial relacionado ao nascimento (Crowther et al., 2021).

Um estudo realizado na Jordânia, no ano 2000, evidenciou que muitas mulheres compreendiam a dor do trabalho de parto como uma prova de resistência e uma demonstração de virtude materna. Nesse contexto, diversas parturientes optavam por recusar métodos de alívio da dor, buscando corresponder aos valores culturais que associavam o sofrimento durante o parto à força, coragem e ao autossacrifício materno (Callister, Lauri, & Vehvilainen-Julkunen, 2000). Esses achados reforçam que as crenças e expectativas culturais exercem influência significativa não apenas sobre a forma como a dor é percebida, mas também sobre as decisões e os comportamentos adotados pelas mulheres durante o trabalho de parto (Tandon; Gujral; Gupta, 2025).

Além disso, a dimensão espiritual influencia no enfrentamento de situações adversas, como perdas gestacionais ou complicações obstétricas (Keegan, 2021). Em casos como esses, a espiritualidade pode exercer um papel protetivo na elaboração do luto e na ressignificação da experiência (Pires et al., 2024; Walsh, 2007).

Do ponto de vista das relações familiares, as crenças também podem mediar a forma como a gestante se relaciona com o parceiro, com a criança que está por vir e com a rede de apoio, contribuindo para a construção de vínculos afetivos mais sólidos (Dein; Cook; Koenig, 2012; Gomes et al., 2018; Mahoney, 2010).

Portanto, reconhecer e respeitar as crenças religiosas e espirituais das gestantes é fundamental para uma atenção obstétrica integral e humanizada, que leve em conta não apenas os aspectos biomédicos da gravidez, mas também sua dimensão existencial e simbólica (Backes et al., 2023). Para isso, é essencial que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com essa temática com sensibilidade, escuta qualificada e postura ética, favorecendo o cuidado centrado na pessoa (Monteiro et al., 2020).

Apesar dos avanços recentes na área (Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021; Lucchetti; Lucchetti, 2014; Yaminfirooz et al., 2024), os estudos longitudinais que investigam a interface entre gestação e R/E ainda são relativamente escassos (Iles-Caven et al., 2021). As investigações que associam religião e saúde envolvem implicações éticas, práticas e culturais,

que precisam ser consideradas por diferentes setores da sociedade, incluindo o público leigo, os profissionais de saúde, os pesquisadores e representantes religiosos (Aziato; Ohemeng; Omenyo, 2016; Esporcatte et al., 2020; Précoma et al., 2019; Puchalski; Ferrell, 2011).

Compreender a influência da R/E na saúde e na QV de gestantes brasileiras representa um importante avanço para a atenção pré-natal, especialmente no que se refere à identificação e manejo de sintomas depressivos e ansiosos. Conforme já demonstrado por alguns estudos transversais (Mann et al., 2007, 2008c) verificou-se que a R/E estão associadas à redução desses sintomas em gestantes. Dessa forma, faz-se necessário investigações longitudinais que abordem essa temática na gestação, uma vez que, ao aprofundar o conhecimento sobre as interações entre espiritualidade e saúde nesse período, será possível reestruturar a atenção à saúde materna, especialmente no pré-natal e no parto, com vistas a desenvolver estratégias de cuidado mais sensíveis e eficazes, que compõem a vivência da gestação.

Com base no exposto, os fundamentos teóricos indicam que a hipótese mais consistente é a de que crenças religiosas e espirituais se associam de forma positiva com a saúde mental e a QV de mulheres durante a gravidez.

Assim, de modo inovador, esta pesquisa longitudinal dedicou-se em investigar, em uma cidade da Zona da Mata Mineira, de que forma as crenças religiosas e espirituais manifestadas durante o período pré-natal se associam com a saúde mental e a QV de gestantes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE: ASPECTOS HISTÓRICOS

A associação entre saúde, religião e espiritualidade pode ser observada ao longo da história, com uma relação de proximidade entre R/E e saúde (Farias; Underwood; Claridge, 2013; Forti; Serbena; Scaduto, 2020; Koenig, 2012c; Lucchetti et al., 2015; Martins; Zangari, 2012; Moreira-Almeida; Lotufo Neto; Koenig, 2006), assim como, R/E e a prática de cuidado entre os profissionais da área (Moreira-Almeida et al., 2016; Puchalski, 2001). A relação entre religião e cuidado em saúde possui raízes históricas profundas. Ao longo do tempo, especialmente no contexto cristão, instituições e práticas religiosas estiveram associadas à assistência à saúde, sendo frequente a atuação de figuras religiosas no cuidado de pessoas enfermas (Gerone, 2020).

Essa aproximação entre religião e Medicina se estabelece, sobretudo, a partir da dimensão humana do cuidado, que constitui um elemento fundamental da atenção à saúde (Koenig, 2012b; Scorsolini-Comin, 2018). Essa relação, entretanto, antecede a tradição cristã e pode ser observada em diferentes sociedades e culturas. Em diversas civilizações antigas, o cuidado aos enfermos estava associado a figuras que reuniam funções religiosas e terapêuticas, como os xamãs e pajés das comunidades indígenas, os druidas de antigas sociedades europeias e os curandeiros e líderes espirituais de diferentes povos africanos e da Oceania (Gerone, 2020).

Na Antiguidade, a prática médica estava estreitamente vinculada à religião, sendo comum que sacerdotes também exercessem funções relacionadas ao cuidado e à cura. Os conhecimentos, predominantemente empíricos e transmitidos entre gerações, eram associados a crenças, rituais religiosos e ao uso de plantas medicinais (Scliar, 2007). Nesse contexto, fortaleceram-se práticas de curandeirismo, nas quais a cura era atribuída à atuação de forças sobrenaturais ou divinas, integrando saúde, doença e espiritualidade em um mesmo universo simbólico (Puttini, 2008).

Na Medicina egípcia e em outras civilizações antigas, magia e religião ocupavam papel central nas práticas terapêuticas. Posteriormente, na Grécia Antiga, especialmente com Hipócrates, desenvolveram-se concepções mais racionais da Medicina e os primeiros fundamentos da ética médica (Lima, 2003; Margotta, 1998).

Reconhecido como um dos principais precursores da Medicina Ocidental, Hipócrates contribuiu para afastar as explicações exclusivamente místicas e supersticiosas sobre as doenças, favorecendo uma abordagem fundamentada no conhecimento e na prática clínica

(Huizinga; Abelaira; Silva, 1985). A Medicina passou, assim, a desenvolver bases teóricas e práticas, com a competência médica relacionada ao conhecimento das doenças e de seus tratamentos (Moraes, 2020).

Na Idade Média, entretanto, a prática médica foi fortemente influenciada pelo cristianismo e pelas instituições religiosas. Nesse período, doença e cura eram frequentemente interpretadas à luz da fé, e médicos e religiosos participavam conjuntamente do cuidado aos enfermos, incluindo o uso de orações e outras práticas religiosas (Heimann, 2003; Nascimento et al., 2015). As ordens religiosas assumiam a administração de hospitais e outras instituições de assistência, oferecendo não apenas tratamento, mas também abrigo e conforto aos doentes. Apesar da forte dimensão religiosa, práticas de cuidado inspiradas nos ensinamentos de Hipócrates, como higiene, repouso, hidratação e manutenção da temperatura corporal, continuavam presentes (Scliar, 2007).

A postura predominante na Idade Média, marcada pela aceitação da autoridade e pelo forte dogmatismo religioso e filosófico, começou a ser gradualmente transformada com o Renascimento, período que marcou a transição para a Idade Moderna (Backes et al., 2009; Batistella, 2007; Lindemberg, 2006). Nesse contexto, a observação, a racionalidade e a investigação dos fenômenos naturais ganharam maior relevância, favorecendo a compreensão das causas das doenças e o desenvolvimento da ciência médica. A Medicina moderna passou, então, a concentrar sua atenção no corpo e nos processos patológicos, buscando identificar e restabelecer padrões de normalidade biológica (Backes et al., 2009; Lindemberg, 2006).

O avanço científico observado na Idade Moderna contribuiu para um progressivo distanciamento entre as questões religiosas e o campo da saúde (Heimann, 2003). No contexto da relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde, esse processo acompanhou transformações sociais e culturais que reduziram a influência da religião sobre diferentes dimensões da vida. A secularização esteve associada à consolidação de uma perspectiva humanista desvinculada da religião, marcada pelo desenvolvimento do capitalismo, pelo consumo e pela valorização da produção e do prazer (Souza; Pessini; Rosne, 2012). Nesse sentido, a secularização pode ser compreendida como um processo de separação entre a esfera religiosa e outras estruturas da vida social, como a saúde, a política, a economia e o sistema jurídico (Weber, 2009).

Paralelamente a esse processo de secularização, observa-se a busca do indivíduo por uma dimensão interior que ultrapassa os limites da racionalidade e daquilo que pode ser objetivamente mensurado. Essa dimensão, associada à espiritualidade, relaciona-se à busca por significado, transcendência e sentido para a existência (Souza; Pessini; Rosne, 2012).

Apesar do afastamento histórico entre religião e Medicina, a prática médica manteve pontos de convergência com a religião e a ética, especialmente no âmbito da relação entre profissional e paciente (Souza; Pessini; Rosne, 2012). Nessa perspectiva, espiritualidade e ética podem contribuir para uma compreensão mais ampla do cuidado, que não se limite ao tratamento da doença orgânica, mas considere também o alívio do sofrimento e o conforto do paciente e de seus familiares (Siqueira, 2007).

Ao longo da história da Medicina, desde a Antiguidade até o desenvolvimento da Medicina pré-científica, observa-se uma gradual diferenciação entre os campos do sagrado e do natural, embora as práticas de cuidado tenham permanecido, em diferentes contextos, relacionadas a elementos religiosos (Dalgalarrondo, 2004; Nascimento et al., 2015).

Na contemporaneidade, embora a Medicina esteja predominantemente orientada para a promoção e manutenção da saúde física, amplia-se a compreensão de que aspectos relacionados à religiosidade e à espiritualidade também podem integrar o cuidado, considerando a saúde em uma perspectiva relacional, que envolve o indivíduo, suas relações interpessoais, sua relação consigo mesmo e sua dimensão de transcendência (Gerone, 2020).

Segundo Levin (2003), a integração entre as dimensões corporal e espiritual constitui importante elemento para uma concepção humanizada do cuidado em saúde. Embora o avanço tecnológico tenha ampliado as possibilidades diagnósticas e terapêuticas, seu uso excessivamente centrado na dimensão biológica pode contribuir para que outras necessidades humanas sejam negligenciadas, como o conforto, o controle da dor, a comunicação, os valores pessoais e as necessidades religiosas e espirituais.

Nesse contexto, a incorporação da espiritualidade ao cuidado em saúde representa um desafio para os profissionais, especialmente no que diz respeito à construção de um equilíbrio entre as dimensões física, emocional, ética e espiritual do cuidado (Peres et al., 2007). A relação entre religiosidade, espiritualidade e o processo saúde-doença tem despertado crescente interesse entre pesquisadores e profissionais da área da saúde (Moreira-Almeida et al., 2010). Esse percurso histórico, associado à expressiva presença da religião na sociedade, reforça a necessidade de que os profissionais estejam preparados para compreender e, quando pertinente, acolher as dimensões religiosas e espirituais presentes na experiência de saúde e doença (Gerone, 2020).

2.2 CONCEITOS DE RELIGIOSIDADE E DE ESPIRITUALIDADE

Os termos “religiosidade” e “espiritualidade” embora estejam associados e se complementem possuem definições distintas (Koenig; King; Carson, 2012; Lucchetti et al., 2015; Moreira et al., 2020; Oman, 2013), existindo no entanto, uma forte relação entre eles (Gerone, 2020).

Koenig (2012a, p. 12), o principal pesquisador na área de religiosidade e saúde, refere que a maior parte das pesquisas relevantes sobre religião, espiritualidade e saúde, na verdade, acaba medindo religião, apesar de muitos estudos utilizarem “o termo espiritualidade no título ou na discussão dos resultados”.

De acordo com Koenig (2012a), a religião pode ser compreendida como um sistema organizado de crenças, práticas e valores compartilhados por determinado grupo, que se expressa por meio de rituais, escrituras e ensinamentos relacionados ao Sagrado, ao Divino ou a Deus. Trata-se da vinculação do indivíduo a um sistema específico de pensamentos que reúne dimensões filosóficas, éticas e metafísicas orientadas para uma realidade transcendente. O termo *religare* remete à ideia de religação com Deus, compreendida por Santo Agostinho como o retorno a uma unidade da qual o ser humano jamais esteve verdadeiramente separado (Gregório, 1995).

A religião desenvolve-se no contexto comunitário e oferece ao indivíduo referências para atribuir significado à existência para além da realidade material. Nesse sentido, pode contribuir para a compreensão de acontecimentos que ultrapassam a experiência cotidiana, como a morte, além de exercer funções relacionadas à organização social, à orientação moral e à segurança. Mesmo quando institucionalizada, a religião pode favorecer e fortalecer experiências de espiritualidade (Carvalho, 1991).

Para Leonardo Boff (2001, p. 23), as religiões constituem importantes construções culturais por meio das quais os indivíduos organizam e vivenciam suas concepções sobre a existência. Nesse sentido, a religião oferece ao ser humano uma perspectiva de salvação e de valorização da vida, ao mesmo tempo em que apresenta caminhos considerados adequados para alcançar uma realidade transcendente. As diferentes tradições religiosas formulam concepções acerca de Deus, da vida após a morte, da condição humana e dos comportamentos esperados dos indivíduos, estruturando doutrinas e orientações para a vida.

Na obra *Uma ética para o Novo Milênio*, o Dalai Lama (2000) compreende a religião a partir da crença na possibilidade de salvação presente em diferentes tradições de fé. Essa perspectiva envolve, em maior ou menor medida, a aceitação de uma realidade metafísica ou

sobrenatural, que pode incluir concepções como paraíso ou nirvana. A essas crenças associam-se elementos como ensinamentos e dogmas religiosos, rituais, orações e outras práticas próprias de cada tradição (Lama, 2000).

Entre os principais estudiosos da psicologia da religião destaca-se Kenneth Pargament que definiu religião como

> Um sistema estruturado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinado a favorecer a aproximação do indivíduo com o sagrado e/ou o transcendente. Essa perspectiva também contempla a possibilidade de que tais elementos se expressem por meio de práticas religiosas e da participação em comunidades de fé (Pargament, 1999).

É importante destacar que a religiosidade corresponde à forma como a religião se manifesta na experiência do indivíduo. Sua origem etimológica está relacionada ao termo latino *religare*, que remete à ideia de religação entre o ser humano e Deus (Derrida, 2000).

A religiosidade envolve pensamentos, sentimentos e comportamentos fundamentados em crenças relacionadas ao sagrado e vinculados, em diferentes graus, a uma tradição ou denominação religiosa. Pode manifestar-se tanto por meio de práticas públicas e comunitárias, como a participação em cultos e celebrações religiosas, quanto por experiências de caráter pessoal, como a oração e a meditação (Dedert et al., 2004).

A religiosidade integra a experiência humana e influencia a maneira como o indivíduo interpreta, vivencia e enfrenta diferentes circunstâncias da vida. Para algumas pessoas, pode constituir importante fonte de suporte social e emocional, contribuindo para a atribuição de significado às experiências vivenciadas e para a compreensão do sofrimento. Nesse sentido, as crenças religiosas podem oferecer referências para interpretar acontecimentos adversos e auxiliar o indivíduo na construção de sentidos para suas experiências (Baltazar, 2003; Donatelli, 2005).

Segundo alguns autores (Koenig; Parkerson Jr; Meador, 1997; Moreira-Almeida et al., 2010), a religiosidade pode ser compreendida a partir de três dimensões principais:

- **Religiosidade organizacional (RO):** refere-se à participação em atividades religiosas formais realizadas no contexto de instituições ou comunidades religiosas, como a frequência a cultos, missas e outros encontros coletivos;
- **Religiosidade não organizacional (RNO):** corresponde às práticas religiosas realizadas fora do contexto institucional, individualmente ou em pequenos grupos. Inclui atividades como oração, leitura de textos religiosos, acompanhamento de

programas religiosos, acendimento de velas e utilização de objetos ou símbolos religiosos;

- **Religiosidade intrínseca (RI) ou subjetiva:** diz respeito à importância que a religião assume na vida do indivíduo e ao grau em que este se percebe como uma pessoa religiosa, envolvendo aspectos subjetivos da experiência religiosa, como crenças, conhecimentos, valores e atitudes relacionados à fé. Sendo medida por pesquisadores por meio de questionários autorrelatados de importância religiosa ou de religiosidade geral.

Já a espiritualidade é um elemento essencial da humanidade. Está relacionada com a busca dos indivíduos por significado e propósito; inclui conexão com os outros, consigo mesmo, com a natureza e com o que é significativo ou sagrado; e abrange crenças e práticas seculares e filosóficas, bem como religiosas e culturais (Puchalski et al., 2009).

Certa ocasião Dalai Lama foi questionado sobre: "o que é espiritualidade?" E ele respondeu de uma forma bem simples: "Espiritualidade é tudo aquilo que produz no ser humano uma mudança interior" (Lama, 2000).

Boff (2001) acredita que a nossa estrutura de base fundamental, que regula as nossas ações, é de natureza interior e não exterior, por isso nem sempre as mudanças pessoais são fomentadas pela religião.

A espiritualidade não é uma questão simplesmente religiosa; é uma questão de educação, de subjetividade, de interioridade. É uma forma de reeducarmos para a comunhão com nós mesmos, com a natureza, com o próximo e com Deus (Barba; Costa, 1997).

Isso é corroborado pela definição que o pesquisador Koenig (2001) traz de espiritualidade como uma busca pessoal pela compreensão das questões sobre a vida, do seu significado, e da relação com o sagrado e o transcendente, podendo ou não determinar ou originar rituais religiosos e formação de comunidades.

Pierre Teilhard de Chardin, grande pesquisador cristão, registra sua visão da espiritualidade, fomentando suas definições:

> A religião não é apenas uma, são centenas.
> A espiritualidade é apenas uma.
> A religião é para os que dormem.
> A espiritualidade é para os que estão despertos.
> A religião é para aqueles que necessitam que alguém lhes diga o que fazer e querem ser guiados.
> A espiritualidade é para os que prestam atenção à sua Voz Interior.
> A religião tem um conjunto de regras dogmáticas.
> A espiritualidade te convida a raciocinar sobre tudo, a questionar tudo.

> A religião ameaça e amedontra.
> A espiritualidade lhe dá Paz Interior.
> A religião fala de pecado e culpa.
> A espiritualidade lhe diz: 'aprenda com o erro'....
> A religião reprime tudo, te faz falso.
> A espiritualidade transcende tudo, te faz verdadeiro!
> A religião não é Deus.
> A espiritualidade é Tudo e, portanto, é Deus.
> A religião inventa.
> A espiritualidade descobre.
> A religião não indaga nem questiona.
> A espiritualidade questiona tudo.
> A religião é humana, é uma organização com regras.
> A espiritualidade é Divina, sem regras.
> A religião é causa de divisões.
> A espiritualidade é causa de União.
> A religião lhe busca para que acredite.
> A espiritualidade você tem que buscá-la.
> A religião segue os preceitos de um livro sagrado.
> A espiritualidade busca o sagrado em todos os livros.
> A religião se alimenta do medo.
> A espiritualidade se alimenta na Confiança e na Fé.
> A religião faz viver no pensamento.
> A espiritualidade faz Viver na Consciência...
> A religião se ocupa com fazer.
> A espiritualidade se ocupa com Ser.
> A religião alimenta o ego.
> A espiritualidade nos faz Transcender.
> A religião nos faz renunciar ao mundo.
> A espiritualidade nos faz viver em Deus, não renunciar a Ele.
> A religião é adoração.
> A espiritualidade é Meditação.
> A religião sonha com a glória e com o paraíso.
> A espiritualidade nos faz viver a glória e o paraíso aqui e agora.
> A religião vive no passado e no futuro.
> A espiritualidade vive no presente.
> A religião enclausura a nossa memória.
> A espiritualidade liberta a nossa Consciência.
> A religião crê na vida eterna.
> A espiritualidade nos faz conscientes na vida eterna.
> A religião promete para depois da morte.
> A espiritualidade é encontrar Deus em Nosso Interior durante a vida.
> Não somos seres humanos passando por uma experiência espiritual....
> Somos seres espirituais passando por uma experiência humana.... (Chardin, 2005, recurso *online*).

De fato, a espiritualidade é o fator comum em todas as religiões. Pode-se considerar que as religiões perdem a sua espiritualidade quando se tornam instituições de opressão em vez de agentes de boa vontade, paz e harmonia (Verghese, 2008).

Hufford (2005), importante pesquisador no campo das crenças espirituais, compreende a espiritualidade como uma dimensão relacionada ao domínio do espírito, abrangendo aspectos

não materiais ou extrafísicos da existência, frequentemente associados a conceitos como Deus ou deuses, almas, anjos e demônios. Nessa perspectiva, a espiritualidade está relacionada a uma dimensão subjetiva e intangível da experiência humana, enquanto a religião corresponde à sua expressão institucional. Assim, as religiões podem ser entendidas como estruturas organizadas em torno de concepções relacionadas ao espírito. Essa distinção permite compreender que uma pessoa pode vivenciar a espiritualidade sem necessariamente estar vinculada a uma religião, assim como a participação religiosa não implica, necessariamente, uma experiência espiritual significativa (Hufford, 2005).

Para Pargament (1999), a espiritualidade pode ser compreendida como uma busca pelo sagrado. Nessa concepção, a experiência espiritual pressupõe uma relação com aquilo que o indivíduo reconhece como sagrado e transcendente. O autor considera a espiritualidade uma dimensão relevante da existência humana, relacionada às possibilidades de desenvolvimento e realização de seu potencial, que não se limita às explicações estritamente racionais ou objetivas (Pargament, 1999).

A espiritualidade é um termo que envolve crença e obediência a uma força todo-poderosa denominada de Deus, que controla o universo e o destino do homem. Abrange as formas que as pessoas consideram ser o propósito de suas vidas, uma busca pelo sentido da vida e um senso de conexão com o universo. A universalidade da espiritualidade se estende através do credo e da cultura. Ao mesmo tempo, é pessoal e única para cada pessoa. É um reino sagrado da experiência humana. Ela produz no homem qualidades como amor, honestidade, paciência, tolerância, compaixão, sentimento de desapego, fé e esperança (Abraham, 2004; Saver; Rabin, 1997; Trimble, 2007).

A busca pela compreensão destes termos, vem motivando pesquisadores a realizarem estudos nesta área. Um estudo quantitativo (Curcio; Moreira-Almeida, 2019) realizado na cidade de Juiz de Fora, em que sorteou a partir de uma amostra prévia 14 sujeitos, pacientes e acompanhantes de dois hospitais gerais da cidade, responderam a um questionário semiestruturado (10 questões) sobre os conceitos de R/E. O objetivo foi avaliar de forma qualitativa os principais atributos que esses conceitos possuem em uma amostra clínica e não clínica do contexto brasileiro. Os resultados mostraram uma certa insegurança para a definição de conceitos como espiritualidade e fé, bem como a importância dos aspectos religiosos privados na vida dos respondentes. Alguns participantes não compreendem os termos espiritualidade e espiritismo, ainda que a maioria acredite haver algo além do mundo material, especialmente após a morte. O estudo concluiu que fé, práticas privadas de RNO, RI e *coping*

religioso espiritual, especialmente o *coping* positivo foram as principais dimensões associadas aos conceitos de R/E.

Existem alguns relatos sugerindo que algumas áreas do cérebro, principalmente a não dominante, estão envolvidas na apreciação e realização de valores e experiências espirituais (Abraham, 2004; Saver; Rabin, 1997; Trimble, 2007).

Conforme descrito por Koenig (2012a), para fins de pesquisa, neste estudo, será utilizada a definição que o autor traz de espiritualidade e que se aproxima mais da de Hufford (2005). Koenig afirma que para facilitar a medição como conceito único e distinto, deve-se resgatar a definição de espiritualidade às suas origens na religião, seja tradicional ou não tradicional (Koenig, 2007c). Doravante, serão utilizadas R/E juntas, apesar da compreensão das diferenças entre os termos (Koenig, 2012a).

2.3 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DA RELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE FÍSICA

A influência da R/E tem determinado grande impacto sobre a saúde física ((Koenig; King; Carson, 2012; Salgado; Freire, 2008), sendo possível definir como fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia (Powell, Shahabi; Thoresen, 2003; Shattuck; Muehlenbein, 2020), impacto em diversas doenças (Guimarães; Avezum, 2007) e eventual redução de óbito (Hummer et al., 1999; Lutgendorf et al., 2004).

Os melhores indicadores de saúde foram observados nas pessoas que encontravam na religião um suporte para enfrentar as dificuldades da vida. Quando a religião causava um sentimento de culpa ou de desamparo, ela se associava a maior adoecimento de seus praticantes. O que interfere de fato, é a maneira como a pessoa lida com sua religiosidade (Koenig; King; Carson, 2012).

A relação entre R/E e saúde tem ganhado crescente relevância no campo da Medicina e na prática clínica. A compreensão do processo saúde-doença ultrapassa os aspectos estritamente fisiopatológicos, envolvendo também dimensões sociais, psicológicas e econômicas que se encontram inter-relacionadas e podem atuar de forma conjunta sobre a saúde dos indivíduos (Guimarães; Avezum, 2007).

Nesse contexto, a religiosidade pode estar associada a comportamentos e estilos de vida mais favoráveis à saúde, contribuindo para a redução ou prevenção de práticas potencialmente prejudiciais, como o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, o uso de drogas e determinados comportamentos sexuais de risco. Dessa forma, pode exercer influência sobre condições

crônicas e outros agravos de saúde relacionados a hábitos e comportamentos individuais (Guimarães; Avezum, 2007).

Evidências também apontam que a participação em atividades religiosas, incluindo a frequência a cultos e o envolvimento em ações voluntárias, pode estar associada a melhores indicadores de saúde física, especialmente quando essas práticas ocorrem no contexto de uma comunidade religiosa (Arrieira et al., 2018; Balducci, 2021; Melo et al., 2015; Nascimento et al., 2013; Souza et al., 2017). Mesmo quando as práticas religiosas não modificam diretamente a evolução de uma doença ou não prolongam a sobrevida, elas podem desempenhar papel relevante na experiência do adoecimento, favorecendo a qualidade de vida, o enfrentamento das adversidades e a construção de sentido e propósito para a existência (Koenig; King; Carson, 2012).

Resultados sobre a relação entre religião e abuso de substâncias a partir da análise de três conjuntos de dados nacionais (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Pesquisa Nacional de Atitudes dos Americanos quanto ao Abuso de Substâncias da CASA e Pesquisa Social Geral) mostraram que adultos americanos que não consideravam importante as crenças religiosas tinham probabilidade três vezes maior de beber compulsivamente (em comparação àqueles cujas crenças religiosas eram muito importantes), enquanto os que nunca frequentaram serviços religiosos tinham probabilidade quase sete vezes maior de beber do que os que frequentavam esse tipo de serviço uma vez por semana ou mais. De forma semelhante, adolescentes americanos que disseram que a religião não era importante tinham probabilidade quase três vezes maior de ingesta de álcool ou uso compulsivo do álcool, enquanto os que nunca participaram de serviços religiosos tinham probabilidade duas vezes maior de ingerir bebidas alcoólicas em comparação aos participantes semanais (Koenig, 2010).

Assim como ocorre com o álcool, a prática religiosa também apresenta uma correlação inversa ao uso de drogas ilícitas (Koenig; King; Carson, 2012). Pesquisas longitudinais (Sussman et al., 2006; White et al., 2006) demonstram resultados semelhantes. Sussman et al. (2006) realizaram um estudo com 501 adolescentes com idades entre 14 e 19 anos, estudantes de 18 escolas de ensino médio no sul da Califórnia, e verificaram que após controle para uso de drogas na linha de base, a espiritualidade foi influenciadora para menor uso de maconha e de estimulantes no acompanhamento de um ano.

De maneira semelhante, White et al. (2006) avaliaram a R/E como fatores de proteção no final da adolescência (após o ensino médio e durante o primeiro ano de faculdade) em uma amostra de 319 estudantes, que foram entrevistados na conclusão do ensino médio e seis meses depois. Os resultados revelaram que o fato de ter menos amigos que abusam de substâncias

ilícitas e maior religiosidade protegeu contra o uso futuro de maconha e outras substâncias (White et al., 2006).

Estudos (Awaworyi Churchill; Appau; Ocloo, 2021; Folkman et al., 1992) têm demonstrado como a religião pode influenciar no comportamento sexual com múltiplos parceiros e nas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). O envolvimento religioso pode ter importância significativa na diminuição de atividade sexual de alto risco (Folkman et al., 1992). As IST, como tricomoníase, foram menos frequentes em mulheres com faixa etária entre trinta e 45 anos, religiosamente ativas (Naguib; Comstock; Davis, 1966). A drástica redução nos índices do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) em alguns países da África, do Oriente e das Ilhas do Caribe foi associada, em parte, à redução do número de parceiros sexuais (Stoneburner; Low-Beer, 2004). Após um longo período de estudos, foi encontrada associação do envolvimento religioso com menos parceiros sexuais para mulheres, homens e universitários (Seidman; Mosher; Aral, 1992).

De fato, a religiosidade influencia em vários aspectos a saúde física (Arrieira et al., 2018; Guimarães; Avezum, 2007; Melo et al., Moreira et al., 2020; Nascimento et al., 2013; Souza et al., 2017). Já se sabe a relação entre religiosidade e atividade imunológica. A interleucina (IL)-6 é uma citocina que tem sido fortemente correlacionada a reações agudas de estresse, doenças cardiovasculares, depressão, doenças osteomusculares, neoplasias e doença de Alzheimer (Lutgendorf et al., 2004).

Lutgendorf et al. (2004) investigaram a associação entre a frequência de participação em atividades religiosas, os níveis séricos de interleucina-6 (IL-6) e a mortalidade em uma amostra de 557 adultos idosos. Os autores observaram que a participação em atividades religiosas pelo menos uma vez por semana esteve associada a menor mortalidade ao longo de 12 anos de acompanhamento, bem como a menores elevações nos níveis de IL-6, quando comparada à ausência de participação religiosa. Além disso, foi identificada uma relação gradativa entre a frequência das práticas religiosas e a mortalidade, com diferenças entre aqueles que não participavam de atividades religiosas e os que as realizavam uma ou duas vezes por mês.

De forma semelhante, Hummer et al. (1999) foram pioneiros ao demonstrar uma associação entre a participação em atividades religiosas e menor mortalidade por doenças cardiovasculares, mesmo após o controle de variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, escolaridade, etnia e condição social. Embora essa associação tenha perdido significância estatística após o ajuste adicional para hábitos e comportamentos relacionados ao estilo de vida

(p = 0,86), os achados sugerem que a religiosidade pode estar indiretamente relacionada à adoção de comportamentos mais favoráveis à saúde.

De modo geral, as evidências disponíveis indicam que a participação regular em atividades religiosas pode estar associada a menor risco cardiovascular, possivelmente por mecanismos relacionados à redução do estresse e da ansiedade e à maior adoção de hábitos de vida saudáveis (Brewer et al., 2022; Powell; Shahabi; Thoresen, 2003; Shattuck; Muehlenbein, 2020). Entretanto, considerando as limitações das evidências disponíveis, particularmente quanto à causalidade e à heterogeneidade dos estudos, são necessários estudos longitudinais adicionais para esclarecer a relação entre religiosidade, práticas religiosas e morbimortalidade cardiovascular (Guimarães; Avezum, 2007).

Oman et al. (2002) acompanharam 6.545 adultos residentes na Califórnia durante 31 anos e observaram que a participação semanal em atividades religiosas esteve associada à menor mortalidade por câncer após o ajuste para sexo e idade. Entretanto, essa associação deixou de apresentar significância estatística quando foram consideradas as comorbidades e outros fatores de risco independentes. Resultados semelhantes foram descritos por Hummer et al. (1999), que investigaram a relação entre a prática religiosa semanal e a mortalidade por câncer em uma amostra de 21.204 adultos saudáveis. A ausência de associação após o controle por fatores de risco pode estar relacionada ao fato de que algumas dessas variáveis constituem possíveis vias pelas quais a religiosidade poderia influenciar os desfechos de saúde. Entre elas, destacam-se comportamentos relacionados ao estilo de vida, como menor consumo de tabaco e álcool, que podem contribuir para a redução do risco de câncer (Guimarães; Avezum, 2007).

Estudos (Koenig, 2001; Zimmer et al., 2016) demonstram que R/E podem estar relacionadas com maior longevidade. As pessoas mais velhas tendem a ter elevadas taxas de envolvimento em atividades religiosas e/ou espirituais e é possível que o envelhecimento da população esteja associado ao aumento da prevalência da atividade religiosa e espiritual em todo o mundo.

2.4 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DA RELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL

Nas últimas décadas, a Medicina e a Psicologia têm ampliado a investigação científica acerca da relação entre religiosidade/espiritualidade (R/E) e saúde mental, resultando em um número crescente de estudos sobre o tema (Almeida; Stroppa, 2009; Koenig, 2010; Hodapp; Zwingmann, 2019). As evidências acumuladas apontam para a relevância da dimensão

espiritual na experiência humana, sugerindo que o envolvimento religioso está frequentemente associado a melhores indicadores de saúde mental e bem-estar (Almeida; Stroppa, 2009; Oliveira; Junges, 2012).

Nesse contexto, Stroppa e Moreira-Almeida (2013) destacam que as crenças religiosas podem influenciar a maneira como os indivíduos interpretam e enfrentam situações de estresse, sofrimento e adversidades ao longo da vida. A religiosidade pode favorecer recursos psicológicos importantes para a adaptação a circunstâncias difíceis, contribuindo para maior aceitação, esperança, autoconfiança, sensação de paz e capacidade de perdão, além de favorecer uma percepção mais positiva de si. Entretanto, os efeitos da religiosidade sobre a saúde mental não são necessariamente uniformes, podendo variar conforme o conteúdo das crenças e a forma como são utilizadas. Em determinadas circunstâncias, crenças religiosas podem estar associadas a sentimento de culpa, dúvida, ansiedade e sintomas depressivos, especialmente quando acompanhadas por maior autocrítica ou interpretações negativas das experiências vivenciadas (Stroppa; Moreira-Almeida, 2013).

O envolvimento religioso tem uma relação inversa consistente e replicável com a depressão. Em uma revisão sistemática (Koenig; King; Carson, 2012) incluindo estudos conduzidos antes de 2000, 59 (63%) entre 93 estudos demonstraram menores índices de sintomas depressivos entre pessoas com envolvimento e práticas religiosas mais frequentes. Destes 93 estudos, a maioria era transversal, mas 22 eram de coorte prospectivos e oito ensaios clínicos randomizados (ECR). Entre os 22 estudos que acompanharam as pessoas ao longo do tempo, 15 indicaram que maior envolvimento religioso se associava com menos sintomas depressivos no futuro. Dois destes estudos diagnosticaram pacientes com depressão e os acompanharam por um período. Os dois demonstraram que a depressão melhorou mais rapidamente entre as pessoas mais religiosas. Dos oito ECR, cinco verificaram que pacientes depressivos que receberam alguma intervenção religiosa recuperaram-se mais rapidamente que os controles. Um total de 34 estudos que não detectaram diminuição da depressão entre os mais religiosos, apenas quatro verificaram que ser religioso associou-se a uma frequência significativamente maior de depressão.

Uma meta-análise de 147 estudos conduzida por Smith, McCullough e Poll (2003), incluindo quase cem mil indivíduos, detectou uma correlação negativa média entre religião e depressão de -0,10, que aumentou para -0,15 em amostras de indivíduos com nível moderado ou alto de estresse. Este estudo corrobora com outra meta-análise (Hodapp; Zwingmann, 2019), que investigou a relação entre R/E e saúde mental com base em 67 estudos da área de língua alemã. A correlação média ponderada foi de 0,03 (IC 95%), indicando que uma maior R/E está

mínima, mas significativamente associada a uma melhor saúde mental. Os tipos de medida de R/E negativas correlacionam-se a -0,20 com a saúde mental.

O estudo de Koenig (2007b) realizado com mil pacientes clínicos hospitalizados com distúrbio depressivo maior ou menor, acompanhou 865 de pacientes depressivos durante um período de 12 a 24 semanas, examinando fatores que podem influenciar a velocidade de remissão dos sintomas depressivos. Estes pacientes estavam hospitalizados em decorrência de uma agudização da insuficiência cardíaca congestiva ou da doença pulmonar crônica, duas condições com prognóstico negativo em longo prazo e que estão associadas a incapacidade acentuada e sintomas físicos dolorosos. Constatou que os pacientes que frequentavam atividades religiosas ao menos uma vez por semana, representando 14% da amostra, rezavam pelo menos diariamente, liam a Bíblia ou alguma outra escritura religiosa ao menos três vezes por semana e tiveram escore entre “45” e “50” na Escala de Religiosidade Intrínseca de Hoge (que também tem escore variável entre “10” e “50”). Após o controle de vários indicadores demográficos, psicossociais, psiquiátricos e físicos de remissão, os pacientes mais religiosos tiveram uma recuperação da depressão 50% mais rápida que os outros pacientes.

Assim como a depressão, sintomas ansiosos também se relacionam com a R/E (Monteiro et al., 2020; M. R. d. Oliveira & Junges, 2012; Pargament, 2010). De um lado, os ensinamentos religiosos causam culpa e medo que podem ajudar a motivar o comportamento pró-social, o que auxilia as relações, motivando o perdão e as atitudes altruístas e condenando comportamentos prejudicais aos outros. Por outro lado, as crenças e atividades religiosas podem confortar os que têm medo ou ansiedade e restabelecer um senso de controle (diminuir a necessidade de controle pessoal) (Koenig, 2012a).

Uma revisão sistemática (Koenig; King; Carson, 2012), em que 76 estudos avaliaram a relação entre ansiedade e religiosidade identificou 69 estudos de observação e sete ECR. Dos 69 estudos de observação, 35 detectaram sintomas ansiosos significativamente menor ou menos medo entre os mais religiosos, ao passo que 24 estudos não detectaram associação e dez estudos observaram maior nível de ansiedade. Os estudos que detectaram maior nível de ansiedade foram transversal, e, de fato, o envolvimento religioso pode desencadear o sentimento de medo e culpa excessiva em pessoas que já são vulneráveis emocionalmente.

Certas maneiras de expressão religiosa podem estar associadas a maior ansiedade, e não menor, sobretudo em indivíduos com doença clínica grave. Um exemplo disto foi um estudo realizado por Boscaglia et al. (2005), com cem mulheres com câncer ginecológico em que avaliaram a relação entre diferentes tipos de enfrentamento religioso e ansiedade. As mulheres que acreditavam que a doença era um castigo de Deus, que Deus as tinha abandonado ou não

tinha o poder de curar ou que se sentiam abandonadas por suas comunidades religiosas (ou seja, com escores elevados no enfrentamento religioso negativo ou nos conflitos religiosos) apresentavam níveis de ansiedade significativamente maiores que outras mulheres, um resultado que perdurou mesmo após a utilização de vários controles estatísticos. Estes achados são semelhantes aos de outra pesquisa (Pargament et al., 2004), que demonstrou maior angústia, ansiedade em pacientes clínicos com dificuldades ou conflitos religiosos.

Wink e Scott (2005) acompanharam 155 pessoas entre quarenta e 75 anos avaliando a associação entre religiosidade, medo da morte e óbito com idade avançada. Apesar dos estudiosos não terem detectado relações lineares entre religiosidade, medo da morte e óbito, os indivíduos com religiosidade alta ou baixa tiveram níveis reduzidos de ansiedade em comparação aos que eram apenas moderadamente religiosos. A ansiedade foi elevada entre os que afirmaram acreditar em vida após a morte, mas que não frequentavam ou estavam inseridos em alguma atividade religiosa. Concluíram que a constância e a consistência do envolvimento religioso foram mais relevantes no alívio da ansiedade com a morte do que a religiosidade em si ou, ao menos, uma crença na vida após a morte.

Em uma revisão sistemática e meta-análise de estudos transversais e longitudinais, Coelho-Júnior et al. (2022) avaliaram idosos com mais de sessenta anos, investigando a associação da R/E e saúde mental. Foram incluídos 102 estudos com 79.918 idosos comunitários, hospitalizados e institucionalizados. Os achados sugeriram que R/E estão significativamente associadas à saúde mental em idosos. Pessoas com altos níveis de R/E apresentaram menor prevalência de ansiedade e sintomas depressivos, bem como relataram maior satisfação com a vida e bem-estar psicológico, melhores relações sociais e sentido de vida mais definido.

Krause (2003) analisou dados de uma pesquisa nacional com idosos, detectando que aqueles que obtinham significado para a vida através das crenças e do envolvimento religioso, tinham níveis significativamente mais elevados de satisfação com a vida, autoestima e otimismo, com efeitos mais expressivos em afro-americanos.

A religiosidade pode promover maior bem-estar de várias maneiras. Pode ser por promover a esperança, o otimismo, a alegria, aumentando o suporte social e dando significado e propósito à vida (Koenig, 2012b). Salsman et al. (2005) investigaram se o otimismo e o apoio social mediavam a relação entre religiosidade e ajustamento psicológico (angústia e satisfação com a vida) e entre espiritualidade e ajustamento psicológico. A relação entre RI e satisfação com a vida e entre a prática da oração e a satisfação com a vida foi mediada pelo otimismo e pelo apoio social. Além disso, a relação entre religiosidade e ajustamento psicológico variou

dependendo de como a religiosidade foi operacionalizada e se foram utilizados indicadores de ajustamento psicológico positivos ou negativos. Ou seja, a RI e a prática da oração foram associados a uma maior satisfação com a vida, mas a religiosidade extrínseca não foi associada à satisfação com a vida.

Otimismo e esperança são emoções positivas que motivam e auxiliam indivíduos que enfrentam situações difíceis, estressantes e opressivas (H. G. Koenig, 2012b). Um estudo (Cotton et al., 2006) realizado com 450 pacientes com diagnóstico de HIV/AIDS, mostrou que práticas religiosas/espirituais estiveram associadas com um maior otimismo em relação ao prognóstico e à vida em geral. Em contrapartida,(Perce, Singer, & Prigerson, 2006) observaram que o enfrentamento religioso negativo esteve associado a menor otimismo em 162 cuidadores de pacientes com câncer em estágio terminal.

McClain-Jacobson et al. (2004) demonstraram que a espiritualidade promoveu o aumento da esperança entre 160 pacientes com câncer com expectativa de vida de apenas três meses. De maneira similar, Ironson et al. (2002) verificaram relação positiva entre prática de R/E e esperança em duzentos pacientes HIV positivos em Miami. Outro estudo (Mohr et al., 2006), com 115 pacientes esquizofrênicos na Suíça, mostrou que 71% deles referiram que a religiosidade promove esperança, propósito e significado à vida.

Uma parcela expressiva dos estudos que investigam a relação entre religiosidade e saúde mental apresenta delineamento transversal e observacional, o que limita a possibilidade de estabelecer uma relação causal e de afirmar de maneira definitiva que a R/E promove melhores condições de saúde mental (Chies; Takimi, 2024; Gastaud et al., 2006). Por exemplo, indivíduos que vivenciam estados emocionais negativos podem apresentar menor propensão ao envolvimento religioso, o que pode contribuir para explicar parte dos resultados encontrados em estudos transversais (Koenig, 2001). Além disso, a R/E também pode produzir repercussões desfavoráveis em pessoas vulneráveis, manifestando-se, por exemplo, por meio de sentimentos excessivos de culpa, aumento do medo ou agravamento de sintomas depressivos (Alves et al., 2010; Dalgalarrondo, 2007; Koenig, 2001).

Apesar dessas limitações e da possibilidade de efeitos adversos em determinados contextos, o conjunto das evidências disponíveis aponta para uma associação predominantemente favorável entre religião e saúde mental (Chies; Takimi, 2024; Gastaud et al., 2006). Estudos identificam associações inversas consistentes entre o envolvimento religioso e emoções negativas, como a depressão (Koenig, 2007a) e a ansiedade (Chaves et al., 2015). Em contrapartida, também têm sido descritas associações positivas entre religiosidade e

indicadores psicológicos favoráveis, como bem-estar (Koenig, 2001), esperança (Faria; Seidl, 2005) e otimismo (Koenig, 2012b).

2.5 MECANISMOS DA RELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Não há até o momento um mecanismo único para explicar os efeitos da R/E na saúde mental (Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021). Koenig, King e Carson (2012) relataram que a R/E está relacionada às virtudes humanas (entre elas, perdão, altruísmo, gratidão) e que essas virtudes podem influenciar a relação entre a R/E e a saúde mental. Entretanto, existem outros fatores, como adesão à terapia, comportamentos de saúde e uso e abuso de álcool e drogas, que também podem mediar essa relação. Apesar de vários estudos (Anyfantakis et al., 2013; Berntson et al., 2008; King et al., 2001; Loucks et al., 2005; Lutgendorf et al., 2004) demonstrarem as possíveis maneiras pelas quais a R/E impacta a saúde mental e física, ainda não está bem definido como a R/E associa-se a fatores biológicos que influenciam o surgimento e a evolução dos transtornos mentais (Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021).

Alguns estudos (Aldwin et al., 2014; Clements; Ermakova, 2012; Holland, 2010; Lee; Newberg, 2005; Levin; Vanderpool, 1989; Oman; Thoresen, 2005; Park, 2007) descrevem mecanismos, ou seja, caminhos possíveis, para explicar como a R/E podem exercer influências salutares no bem-estar. Esses caminhos são amplos, e diferentes perspectivas da R/E podem afetar diversos aspectos da saúde, influenciando a prática de comportamentos de saúde, através de interferências diretas em processos fisiológicos, ou através da prestação de apoio social (Park et al., 2017).

Em relação às interferências diretas, podem ser observadas em importantes medidas clínicas e processos fisiológicos (Hill et al., 2014). Alguns aspectos da R/E estão associados aos níveis de controle autonômico cardíaco (Berntson et al., 2008), à reatividade cardiovascular (Masters; Wallston, 2005) e ao funcionamento imunológico (Ai et al., 2010). Essas implicações podem ser devidas às várias repercussões da R/E, incluindo o estímulo de uma resposta de relaxamento ou um comportamento geralmente mais tranquilo, promovendo recursos de enfrentamento em situações de estresse (Clements; Ermakova, 2012) ou proporcionando um maior afeto positivo (Baum; Revenson; Singer, 2012).

Alguns pesquisadores (Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021) estão tentando identificar marcadores específicos que possam justificar essa associação entre R/E e saúde mental. Um estudo (Mosqueiro; Fleck; Rocha, 2019) realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, um

hospital universitário e centro de referência em atendimento psiquiátrico terciário no Sul do Brasil, avaliou os níveis do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), uma neurotrofina cerebral amplamente estudada, responsável pela plasticidade sináptica, crescimento de fibras dendríticas e neuronais e sobrevivência neuronal. Os níveis do BDNF foram avaliados em 101 pacientes deprimidos internados na admissão hospitalar e 91 na alta hospitalar. A religiosidade foi avaliada usando uma versão validada da *Duke Religion Index* (DUREL). Foi verificado que níveis mais elevados de R/E foram associados a taxas mais altas do BDNF. Pacientes deprimidos internados com maior RI apresentavam níveis séricos do BDNF mais elevados na alta hospitalar, sugerindo um novo caminho para ajudar a compreender os efeitos protetores da religiosidade de pacientes com transtornos depressivos.

Em estudo longitudinal de trinta anos de múltiplas ondas, Anderson et al. (2017) avaliaram as correlações genéticas entre espiritualidade e depressão em uma amostra de famílias com alto e baixo risco de depressão. No estudo, os participantes para sete polimorfismos de nucleotídeo único, extraídos de quatro genes, associados a sistemas implicados tanto na depressão quanto na espiritualidade: serotonina, dopamina, ocitocina e transportador vesicular de monoamina. Detectaram que os genes para dopamina, serotonina, transportador vesicular e ocitocina podem estar associados à R/E em pessoas com baixo risco familiar de depressão. Os genes da dopamina podem estar associados tanto a R/E, quanto ao aumento do risco de depressão em pessoas com baixo risco de depressão, sugerindo um caminho ou fisiologia comum para a depressão leve a moderada. O transtorno depressivo maior esteve associado a ocitocina em grupos de risco. No grupo de alto risco, a expressão fenotípica de R/E pode ser suprimida (Anderson et al., 2017).

Nesta busca de identificar esses marcadores específicos, Kim et al. (2015) avaliaram a relação entre a autotranscendência e a disponibilidade do transportador de serotonina (SERT) nos núcleos da rafe do tronco cerebral, que são coleções de cinco núcleos serotoninérgicos diferentes com extensão rostrocaudal, usando ressonância magnética (RM) de ultra alta resolução e tomografia por emissão de pósitrons com ^{11}C-3-amino-4-(2-dimetilaminometilfeniltio) benzonitrila para elucidar os papéis potenciais das atividades neuronais serotoninérgicas neste traço de personalidade. Um total de 16 indivíduos saudáveis completaram RM de 7,0 T e tomógrafo de pesquisa de alta resolução. As regiões de interesse incluíram o núcleo dorsal da rafe (R1), o núcleo mediano da rafe (R2), a rafe pontis (R3) e os núcleos caudais da rafe (R4 e R5). Para a estimativa da disponibilidade de SERT, o potencial de ligação (BP_{ND}) foi derivado utilizando o modelo simplificado de tecido de referência (SRTM2). O Inventário de Temperamento e Caráter foi utilizado para medir a

autotranscendência. Identificaram que o traço de autotranscendência esteve associado à disponibilidade de SERT em subnúcleos específicos da rafe, sugerindo que o sistema da serotonina pode servir como uma importante base biológica para a autotranscendência humana. Com base nas conexões desses núcleos com estruturas autonômicas córtico-límbicas e viscerais, a atividade funcional desses núcleos e seus circuitos neurais relacionados podem desempenhar um papel crucial na manifestação da autotranscendência.

Os comportamentos de saúde interferem parcialmente sobre os efeitos da frequência aos serviços religiosos e a saúde física, incluindo a mortalidade, saúde física objetiva e subjetiva e bem-estar (Koenig; Vaillant, 2009). Verificou-se que a R/E está associada a níveis mais baixos de tabagismo (Whooley et al., 2002) e maiores níveis de comportamentos preventivos de saúde como por exemplo, vacinas contra gripe, exames de colesterol, autoexames de mama, mamografias, exames de Papanicolau e exames de próstata (Reindl Benjamins; Brown, 2004).

Benjamins, Trinitapoli e Ellison (2006), em estudo realizado com uma amostra nacionalmente representativa dos Estados Unidos (N = 1.070) de mulheres presbiterianas avaliou a relação entre envolvimento religioso, crenças religiosas e uso de mamografia. Os resultados mostraram que a frequência religiosa está significativamente associada ao uso de mamografia. As mulheres que frequentam os serviços quase todas as semanas têm quase duas vezes mais probabilidades de realizar mamografias em comparação com as mulheres que frequentam os serviços com menos frequência ou nunca. Além disso, a crença de que a saúde espiritual está relacionada à saúde física também está associada à realização de mamografia.

Salmoirago-Blotcher et al. (2011) avaliaram se o envolvimento religioso pode promover escolhas de estilo de vida mais saudáveis. Examinaram 71.689 mulheres na pós-menopausa, inscritas no estudo observacional da *Women's Health Initiative*, livres de doenças crônicas no início do estudo. As informações sobre frequência e comportamentos de estilo de vida foram coletadas no início do estudo por meio de questionários autoaplicáveis. Os comportamentos saudáveis foram modelados em função da frequência por meio de regressão logística. Após ajuste para as variáveis confundidoras, a frequência ao culto (menos que semanalmente, semanalmente e mais que semanalmente × nunca) foi positivamente associada ao uso de atividades preventivas (realização de mamografias, autoexame das mamas, Papanicolau). Concluíram que estas descobertas sugerem que a frequência ao culto está associada a certos comportamentos saudáveis.

Hill et al. (2007), com dados coletados de uma amostra probabilística de 1.369 adultos do Texas, investigaram se os indivíduos religiosos tendem a adotar estilos de vida mais saudáveis do que os indivíduos menos religiosos. Detectaram que os indivíduos religiosos

tendem a adotar estilos de vida mais saudáveis, e este padrão foi semelhante para homens e mulheres e entre grupos raciais/étnicos.

A R/E tem sido associada a níveis mais baixos de comportamentos de risco para a saúde em diferentes amostras, em Appalachia, incluindo pacientes internados por uso de cocaína e mantidos com metadona (Avants et al., 2003) e mulheres grávidas (Jesse; Reed, 2004). Uma amostra nacionalmente representativa de afro-americanos mostrou que diferentes dimensões da R/E, incluindo crenças religiosas (Debnam et al., 2012), envolvimento religioso (Holt et al., 2014a) e enfrentamento religioso (Holt et al., 2014b) estavam relacionadas aos comportamentos de saúde, incluindo dieta, exercício e tabagismo.

Desta forma, fica claro a complexidade dos mecanismos que explicam como a R/E pode influenciar no bem-estar, e as diferentes formas da R/E afetar os vários aspectos da saúde, influenciando a prática de comportamentos de saúde (Park et al., 2017).

2.6 INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS RELIGIOSAS E ESPIRITUAIS NA VIDA DA GESTANTE

A gestação e o parto constituem experiências singulares e de grande intensidade na vida da mulher (Evans; Spiby; Morrell, 2020), durante as quais cada gestante ou parturiente apresenta necessidades específicas que abrangem as dimensões física, mental, social e espiritual (Backes et al., 2023). Esse período é marcado pela vivência de sentimentos diversos e, por vezes, conflitantes, incluindo dor, medo, ansiedade, insegurança e alegria, além da necessidade de realizar escolhas e tomar decisões de forma autônoma ao longo do processo. Essas decisões podem envolver aspectos relacionados ao preparo para o parto e à escolha de sua via, à definição do acompanhante de preferência e aos cuidados iniciais com o recém-nascido, entre outros (Gibore; Bali; Kibusi, 2019).

Diante dessa complexidade, o acompanhamento pré-natal deve contemplar uma abordagem integral e multiprofissional, considerando as diferentes dimensões que permeiam a experiência da gestação e do parto. Nesse contexto, a dimensão espiritual pode constituir importante recurso de enfrentamento, auxiliando a mulher na tomada de decisões e na adaptação diante de situações adversas e desafiadoras vivenciadas ao longo desse período (Ramezani et al., 2014).

O período gestacional, além de promover mudanças físicas nas mulheres, é uma fase em que elas passam por transformações de valores espirituais e sentimentais, e cada uma vai responder a esse período de maneira diferenciada (Rodrigues-Câmara, 2015). Essa fase

representa uma etapa de grande relevância para a família, oferecendo à mulher a possibilidade de vivenciar novos processos de integração e desenvolvimento de sua personalidade. A forma como o projeto de maternidade é construído e experienciado pode influenciar a maneira, mais ou menos integrada, como a gestação é vivida. A chegada de um filho desencadeia transformações que ultrapassam os aspectos exclusivamente psicológicos e bioquímicos, envolvendo também dimensões socioculturais, econômicas e espirituais (Silva Vieira Martins; Fuentes, 2020).

Durante a gestação, a mulher pode vivenciar sentimentos de medo, insegurança e apreensão diante das diversas transformações e incertezas características desse período. Entre essas preocupações, destacam-se o receio de uma perda gestacional, as mudanças corporais, o temor diante do desconhecido, da morte e de um futuro incerto, assim como a possibilidade de não retornar ao lar com o filho esperado ou de enfrentar alguma condição de saúde do bebê. Nesse contexto, diante das múltiplas emoções e preocupações que acompanham a gestação, algumas mulheres recorrem às crenças religiosas como recurso de proteção e enfrentamento diante do medo de perdas gestacionais ou de possíveis malformações fetais (Inoue; Vecina, 2017; Leite et al., 2014; Wilhelm et al., 2015).

A fé e a esperança depositadas em Deus e nos santos podem contribuir para o enfrentamento desses temores. O bem-estar espiritual pressupõe uma abertura à dimensão espiritual, possibilitando sua integração às diferentes etapas da vida e favorecendo processos de crescimento pessoal e autorrealização (Silva Vieira Martins; Fuentes, 2020). As crenças religiosas podem também influenciar a forma como as pessoas interpretam e enfrentam diferentes situações, favorecendo sentimentos de autoconfiança, aceitação, segurança e capacidade de adaptação (Inoue; Vecina, 2017).

Nesse sentido, o sistema de crenças pode contribuir para atribuir significado às experiências relacionadas à gestação, ao parto e ao puerpério, evidenciando a interação entre aspectos psicológicos e corporais. A espiritualidade e a religiosidade podem, assim, fortalecer a esperança e favorecer maior sensação de paz interior, auxiliando a mulher a lidar de maneira mais adaptativa com as adversidades próprias desse período e contribuindo para seu bem-estar (Menezes, 2017).

Na busca por proteção divina e pelo amparo de uma força superior durante a gestação e o parto, muitas mulheres recorrem a práticas religiosas, à devoção aos santos e às orações, na expectativa de que esse período transcorra de forma tranquila e sem intercorrências (Bezerra; Cardoso, 2006).

Nesse sentido, Backes et al. (2023) realizaram um estudo na região central do Rio Grande do Sul com 27 puérperas, por meio de entrevistas individuais, com o objetivo de compreender o significado atribuído à dimensão espiritual do cuidado em saúde durante a gestação e o parto, à luz do pensamento da complexidade. Os autores observaram que a dimensão espiritual pode constituir um recurso importante para o fortalecimento da autonomia, da segurança e do conforto da mulher, além de favorecer desfechos positivos no parto por meio do fortalecimento do vínculo materno-fetal (Backes et al., 2023).

De forma semelhante, Oliveira (2014) investigou a experiência da gravidez tardia em mulheres com mais de 35 anos no Rio de Janeiro. Entre as 16 participantes, 12 mencionaram Deus e três fizeram referência à igreja que frequentavam como fontes de apoio para enfrentar as possíveis dificuldades relacionadas a esse período. Esses relatos evidenciam a importância atribuída à conexão com uma dimensão transcendente como recurso de enfrentamento e fonte de bem-estar físico e espiritual (Oliveira, 2014).

As mulheres se apegam em Deus na busca de um parto bem sucedido, principalmente em algumas culturas, mas algumas práticas espirituais e culturais no momento do parto podem divergir nas condutas dos profissionais de saúde, promovendo um grande desafio na qualidade da assistência. Apesar de poucas pesquisas avaliarem a influência da espiritualidade com os desfechos no nascimento, profissionais de saúde devem ter uma abordagem holística motivando mulheres a exporem sobre os aspectos espirituais e psicossociais da gestação (Jesse; Wallace; Seaver, 2002), pois de fato, as práticas religiosas proporcionam hábitos saudáveis, apoio social e menores taxas de estresse e depressão, reduzindo emoções negativas propiciando o suporte e significado da vida (Guimarães; Avezum, 2007).

Em uma revisão integrativa, exploratória e qualitativa, Santos (2020) analisaram estudos sobre a espiritualidade de mulheres grávidas e seus parceiros sexuais e mostraram que grande parte dos homens eram empáticos, participativos durante o pré-natal, prestativos e atenciosos, buscando estar informados sobre a saúde da mãe e do bebê. Observou-se também um comportamento protetor, demonstrado através de esforços e de atitudes positivas ligadas a espiritualidade; alguns se apegaram a oração e a fé em Deus para tudo transcorrer bem e que o resultado da gestação e parto seria positivo. As gestantes precisaram de apoio, se mostraram preocupadas com o feto, realizaram sacrifícios, muitas demonstraram confiança no apoio Divino; algumas desempenharam práticas espirituais para auxiliar o filho, outras coibiram os pais de realizarem algo pecaminoso para que a criança não fosse prejudicada (Santos, 2020).

A gestação envolve diversas mudanças e adaptações na dinâmica do casal, e a espiritualidade pode constituir um importante recurso de enfrentamento diante de situações que

geram maior vulnerabilidade, como a gestação de alto risco, na qual aumentam as possibilidades de ocorrência de desfechos desfavoráveis para a mãe ou o bebê (Pereira, 2010).

Nesse contexto, Silva Vieira Martins e Fuentes (2020), em um estudo exploratório, descritivo e qualitativo realizado com 100 gestantes do Distrito de Braga, no norte de Portugal, investigaram práticas relacionadas à espiritualidade no acompanhamento pré-natal. Os autores identificaram que a gestação pode desencadear medos e ansiedades específicos, diante dos quais a espiritualidade pode atuar como uma estratégia de coping positivo, contribuindo para a transição para a maternidade e oferecendo suporte social (Silva Vieira Martins; Fuentes, 2020).

Em um estudo com gestantes apalaches residentes no leste do Tennessee, Jesse, Wallace e Seaver (2002) investigaram, no contexto da avaliação de risco pré-natal, aspectos biofísicos, psicossociais e espirituais, além de fatores relacionados à gestação que poderiam influenciar o peso ao nascer. Os autores observaram que a religiosidade/espiritualidade (R/E) apresentava grande importância para essas mulheres, uma vez que a maioria relatou frequentar serviços religiosos ou participar de atividades religiosas pelo menos uma vez por semana (Jesse; Wallace; Seaver, 2002).

De modo semelhante, uma pesquisa realizada com gestantes na Nigéria (Morhason-Bello et al., 2007) identificou diferentes modalidades de apoio consideradas importantes durante a gravidez, entre as quais se destacou o apoio espiritual. Este incluía a fé na proteção divina e a confiança de que o parto transcorreria de forma segura (Morhason-Bello et al., 2007).

Nesse contexto, a assistência à gestante e à parturiente deve considerar sua singularidade e multidimensionalidade, requerendo uma atuação integrada entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado à saúde (Backes et al., 2016). Assim, a espiritualidade deve ser reconhecida e acolhida como uma dimensão relevante e indissociável do cuidado integral, podendo ser incorporada à assistência de forma sensível às necessidades e crenças de cada mulher (López-Tarrida; De Diego-Cordero; Lima-Rodríguez, 2021; Papadopoulos et al., 2021).

2.7 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DA RELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE NA OBSTETRÍCIA

2.7.1 Evidências nos desfechos da gestação

2.7.1.1 Estudos transversais

O uso do enfrentamento religioso pode ser eficaz para neutralizar os estressores do parto (Backes et al., 2023), especialmente a dor do parto (Dokuhaki et al., 2023), bem como aumentar sua autoeficácia (Sotudeh; Hasanpoor-Azghady; Amiri-Farahani, 2022).

Sotudeh, Hasanpoor-Azghady e Amiri-Farahani (2022) conduziram um estudo transversal para determinar a relação entre enfrentamento religioso, severidade da dor e autoeficácia no parto em mulheres primíparas iranianas. Foram avaliadas duzentas mulheres primíparas iranianas encaminhadas a oito centros de saúde na capital da província de Hormozgan que pretendiam ter um parto vaginal normal, nos hospitais do Golfo Pérsico e Sharifi. Entre as dimensões do enfrentamento religioso, a reavaliação benevolente teve uma relação direta significativa com a severidade da dor, enquanto o enfrentamento religioso negativo teve uma relação inversa significativa. No caso das subescalas de autoeficácia no parto, os resultados mostraram que as dimensões de práticas religiosas, reavaliação benevolente e enfrentamento religioso ativo tiveram uma relação direta significativa com a expectativa de resultado, e o enfrentamento religioso negativo teve uma relação indireta significativa. Além disso, houve uma relação significativa direta entre práticas religiosas e expectativa de eficácia e inversa entre enfrentamento religioso negativo e passivo e expectativa de eficácia. Foi verificado que com o aumento de algumas dimensões de enfrentamento religioso positivo, a severidade da dor do parto e a autoeficácia no parto aumentam, e com o aumento das dimensões de enfrentamento religioso negativo e passivo, a autoeficácia no parto diminui.

Por meio de um estudo transversal, Behmanesh et al. (2025) envolvendo 426 mulheres grávidas, no Irã, no período de 2018-2021, determinaram a relação entre saúde espiritual e ansiedade e medo do parto. Essas mulheres grávidas foram hospitalizadas na maternidade para parto vaginal. Os questionários usados incluíram Questionário Demográfico e Obstétrico, Questionário de Ansiedade e Medo do Parto de Pirdel e colaboradores e Escala de Bem-Estar Espiritual de Palutzian e Ellison. Os resultados mostraram que com o aumento da saúde espiritual, a ansiedade e o medo do parto diminuíam, permitindo inferir que as mulheres

precisam de cuidados espirituais, além de cuidados médicos, para lidar com o medo e a ansiedade durante a gravidez e o parto.

O sofrimento pré-natal e o medo do parto afetam negativamente a saúde da mãe e do feto. Características sociodemográficas e relacionadas à gravidez podem influenciar o sofrimento pré-natal e o medo do parto. Na clínica ambulatorial do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário de Pamukkale, Denizli, Turquia, entre abril de 2017 e janeiro de 2018, Kabukçu et al. (2019) exploraram a relação entre o medo do parto e os níveis de sofrimento pré-natal com fatores acompanhantes. Os dados da pesquisa foram coletados de 103 mulheres grávidas no terceiro trimestre que foram admitidas no hospital para exames pré-natais de rotina. O Formulário de Informações Sociodemográficas, o Questionário de Angústia Pré-natal Revisado (NUPDQ) e o Questionário de Expectativa/Experiência de Parto Wijma (W-DEQ). Os resultados demonstraram que o medo do parto e o sofrimento pré-natal foram moderadamente e positivamente correlacionados. Concluíram que o NUPDQ e o W-DEQ podem ser usados durante a gravidez para entender se as mulheres grávidas têm medo ou sofrimento, podendo auxiliar em uma melhor assistência às mulheres gestantes.

Em estudo transversal, realizado de junho a setembro de 2015, com 245 gestantes de baixo risco (Abdollahpour; Khosravi, 2018) investigaram a relação entre inteligência espiritual e felicidade e medo do parto em mulheres grávidas. As gestantes que se encaminharam para centros de saúde em Shahroud (nordeste do Irã), foram selecionadas por amostragem aleatória por conglomerados. A inteligência espiritual foi definida como a capacidade de uma pessoa sentir uma conexão com um poder superior e uma entidade sagrada. Foi detectado que o aumento do nível de inteligência espiritual em mulheres grávidas pode levar a um aumento na felicidade delas e reduzir o medo do parto. O medo do parto pode ser prevenido por meio de treinamentos para mulheres grávidas sobre os componentes da inteligência espiritual; além disso, treinar as técnicas para alcançar mais felicidade pode ajudar as mães a reduzir o medo do parto e, portanto, promover o parto natural.

Uma pesquisa (Dokuhaki et al., 2023) realizada com 101 mulheres em trabalho de parto em centros educacionais e médicos de Shiraz, Irã, avaliou a relação entre religiosidade e dor física e perineal pós-parto. As participantes foram selecionadas por amostragem de conveniência intencional. Foi aplicado um questionário incluindo características demográficas, atitude religiosa e escala visual de dor pós-parto. Foi observado que a R/E das gestantes têm efeitos de alívio na dor pós-parto. Portanto, mais atenção à dimensão espiritual da existência humana e planejamento para melhorá-la usando terapia de oração e meditação são sugeridos

como uma estratégia para lidar com o medo da dor e do parto e reduzir as mudanças psicológicas e físicas, antes e depois do parto.

De fato, a dimensão espiritual do cuidado em saúde na gestação e no parto pode ser considerada recurso fundamental em promover o conforto, a segurança e a autonomia, além de auxiliar desfechos favoráveis no parto permitindo estabelecer o vínculo materno-fetal (Backes et al., 2023).

Em um estudo descritivo comparativo conduzido entre novembro de 2021 e junho de 2022, Cap, Bilgic e Pala (2024) avaliaram a relação entre bem-estar espiritual, estresse pré-natal e nível de apego de 202 mulheres turcas, incluindo 87 mulheres que conceberam com técnica de reprodução assistida (TRA) e 115 mulheres que conceberam espontaneamente, que se inscreveram para *check-up* pré-natal de rotina em um hospital estadual no oeste da Turquia. Observaram que ambos os grupos tiveram um alto nível de bem-estar espiritual. Mulheres grávidas no grupo TRA apresentaram maior sofrimento pré-natal e baixo nível de apego, em comparação com o outro grupo. Além disso, à medida que o envolvimento insuficiente do parceiro no processo pré-natal aumentava em mulheres grávidas em ambos os grupos, o apego pré-natal diminuía. Concluíram que, a importância que parteiras e enfermeiras avaliam o bem-estar espiritual das mulheres grávidas e forneçam cuidados holísticos de acordo com suas necessidades espirituais foi estabelecida.

Rabiepoor, Sadeghi e Sayyadi (2019) investigaram a relação entre saúde espiritual e atividade física realizado com mulheres grávidas iranianas. Um total de 411 participantes foram selecionadas por amostragem de conveniência de mulheres iranianas, que frequentavam regularmente centros de saúde para cuidados pré-natais, por meio de um delineamento descritivo-analítico transversal. Coletaram dados usando questionário demográfico e questionário *Health-Promoting Lifestyle Profile*. Detectaram que as mulheres grávidas têm maior saúde espiritual e menores pontuações de atividade física. Houve uma correlação estatisticamente significativa entre saúde espiritual e atividade física.

Considerando que na amamentação, as mulheres ainda sofrem as alterações hormonais da gravidez (Jee; Sawal, 2024)), Alchalel et al. (2024) exploraram a influência das crenças religiosas e da fé no início da amamentação com mães israelenses. A pesquisa foi conduzida no período de fevereiro de 2022 a julho de 2023 no Bnai Zion Medical Center (distrito de Haifa) e no Hospital Laniado (Netanya, planície de Sharon), incluindo mães e seus parceiros que responderam voluntariamente a questionário composto por 26 perguntas, investigando religião, fé, religiosidade e abordagens de alimentação infantil, ao mesmo tempo em que considerou vários fatores socioeconômicos e relacionados à saúde. Mães religiosas e seculares exibiram

uma inclinação maior para a amamentação exclusiva em comparação com as mães tradicionais, com significância estatística. Concluíram que o nível de religiosidade e a intenção pré-natal de amamentar impactaram as práticas de amamentação, juntamente com a educação materna, a idade do irmão mais novo e o tipo de parto.

Por meio de um estudo analítico-transversal Demir e Kaya Odabaş (2024) examinaram a relação entre os pensamentos das mulheres sobre o aborto voluntário, suas atitudes estigmatizantes, crenças, comportamentos e seu bem-estar espiritual na Turquia, composto por trezentas mulheres entre 18 e 49 anos que possuíam telefone. Coletaram dados com o *Questionnaire Form, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spirituality Well-Being* e a *Stigmatizing Attitudes, Beliefs and Actions Scale Toward Abortion*. Houve uma relação significativa entre ter feito um aborto voluntário e uma pontuação mais baixa de bem-estar espiritual e houve uma relação positiva entre bem-estar espiritual e atitudes, crenças e comportamentos estigmatizantes em relação ao aborto (Demir; Kaya Odabaş, 2024).

Uma pesquisa bibliométrica (Dilmen; Dilmen; Özbek, 2025) focada especificamente no tema espiritualidade na gravidez realizada entre 2004 e 2024, avaliou a produtividade acadêmica, os padrões de colaboração, os desenvolvimentos temáticos e o impacto das citações. Foram examinados 528 artigos em inglês indexados na *Scopus*, mostrando que os Estados Unidos lideram nas publicações e o Irã vem em segundo lugar. Apesar dos Estados Unidos liderarem, na revisão de literatura encontraram praticamente todos os artigos mais recentes e relevantes sobre o tema, do Irã e Turquia e somente um de Israel. A dimensão espiritual no cuidado em saúde tem ocupado, cada vez mais, um papel central na atenção às gestantes pela possibilidade de impactar, de forma benéfica, o período gestacional e o desfecho do parto. A saúde espiritual e as atitudes relacionadas ao vínculo materno-fetal são consideradas estratégias que auxiliam no processo de adequação e desenvolvimento saudável da gestação (Backes et al., 2023). O estudo sugere, nesse sentido, que ao acrescentar a dimensão espiritual no cuidado em saúde, permite fortalecer o vínculo materno-fetal (Tork Zahrani et al., 2020).

2.7.1.2 Estudos longitudinais

De fato, existem poucos estudos longitudinais abordando R/E na saúde das gestantes.

Major-Smith et al. (2023), por meio de um estudo prospectivo de coorte de nascimentos, Estudo Longitudinal de Pais e Filhos de Avon (ALSPAC) no sudoeste da Inglaterra com 14.157 mães inscritas e 14.154 parceiros afiliados, avaliaram associações entre possíveis causas demográficas e socioeconômicas de Crenças e Comportamentos Religiosos/Espirituais (CCRE)

na geração parental. Realizaram três medidas de desfecho das CCRE coletadas durante a gravidez: crença religiosa (crença em Deus/poder divino; sim/não tenho certeza/não), afiliação religiosa (cristã/nenhuma/outra) e frequência religiosa (frequência a um local de culto). Fatores demográficos e socioeconômicos foram associados às CCRE, incluindo idade, etnia, estado civil, educação, renda e privação. No geral, uma posição socioeconômica mais alta foi associada a níveis maiores das CCRE, particularmente em relação à frequência religiosa. Por exemplo, em comparação com mães com o menor nível de escolaridade, uma educação de nível superior foi associada a um aumento de seis vezes na razão de risco relativo de frequência religiosa pelo menos uma vez por semana, em relação a não frequência. A magnitude dessas associações frequentemente variou de acordo com o resultado, por exemplo, a renda foi associada à frequência religiosa, mas apenas fracamente à afiliação religiosa.

O ALSPAC (Major-Smith et al., 2024) envolvendo 13.689 mães e seus parceiros inscritos, avaliou como as CCRE têm sido associados a resultados de saúde, sendo a dieta um mediador potencial dessa relação. Portanto, explorou se as CCRE estavam associados a diferenças na dieta. Padrões alimentares e ingestão de nutrientes foram derivados do questionário de frequência alimentar preenchido por mulheres grávidas em 1991-1992 e pelas mães e parceiros quatro anos após o parto. As exposições às CCRE medidas na gravidez incluíram suas três medidas de desfecho. Os resultados mostraram que nas gestantes, as CCRE foram associados a maiores pontuações de padrão alimentar "tradicional" (ou seja, "carne e dois vegetais") e menores pontuações de padrão alimentar "vegetariano". A frequência religiosa e a afiliação religiosa não cristã foram associadas a maiores pontuações de padrão alimentar "consciente da saúde". A frequência religiosa foi associada ao aumento da ingestão de micronutrientes e ao seguimento das diretrizes para esta ingestão, com efeitos mais fracos para crença religiosa e afiliação. Padrões comparáveis foram observados para mães e parceiros quatro anos após o parto, embora as associações entre as CCRE e ingestão de nutrientes tenham sido mais fracas para os parceiros. As CCRE estão associadas a amplos padrões alimentares e ingestão de nutrientes nesta coorte. Desta forma, a dieta pode potencialmente mediar o caminho entre CCRE e saúde (Major-Smith et al., 2023).

A pré-concepção é geralmente um momento de preparação em que as mulheres estão se esforçando ao máximo para otimizar a saúde para uma gravidez. Sendo um período de extrema importância para a saúde materna (Nascimento; Borges; Fujimori, 2019). Um Estudo (Kolk; Saarela, 2024) realizado na Finlândia utilizando dados longitudinais sobre afiliação religiosa, examinou o comportamento reprodutivo. As análises foram baseadas em informações detalhadas de fertilidade do registro nacional finlandês e da denominação religiosa de cada

pessoa, para homens e mulheres nascidos entre 1956 e 1975. Foi detectada maior fertilidade de acordo com a paridade entre membros da igreja estadual evangélica luterana e outras igrejas protestantes, e menor fertilidade entre indivíduos sem afiliação religiosa. A maioria dos outros grupos religiosos – cristãos ortodoxos, judeus, muçulmanos e adeptos de religiões orientais – tem níveis intermediários de fertilidade. Também se verificou que os convertidos religiosos, ou seja, aqueles observados com mais de uma denominação religiosa ao longo de sua vida, geralmente são semelhantes aos não convertidos do grupo ao qual se convertem, embora com desvios mais distintos da população finlandesa. As mulheres mostram maiores diferenças por afiliação religiosa do que os homens. Foi observada maiores diferenças entre religiões quando examinamos a proporção de homens e mulheres sem filhos. No geral, as diferenças entre os grupos religiosos são bastante modestas, e os padrões de procriação são bastante semelhantes.

No período de 1999 a 2002 com 2.128 mulheres grávidas na cidade de Boston, Massachusetts, Bernard et al. (2020) avaliaram se a afiliação religiosa estava associada à alimentação com fórmula *versus* intenção e prática de amamentação em mulheres da coorte do Projeto Viva dos Estados Unidos. Em comparação com as mulheres não filiadas, as católicas tinham mais risco de pretender alimentar exclusivamente com fórmula seus bebês no nascimento e de alimentar exclusivamente com fórmula após o parto e três meses após o parto. A razão de chances para pretender e praticar amamentação parcial (*vs* exclusiva) não diferiu por filiação religiosa na maioria dos pontos de tempo examinados. As associações de mulheres protestantes com alimentação infantil exibiram estimativas mais próximas das não filiadas do que das católicas. Verificaram que mulheres católicas correm mais risco de pretender e praticar alimentação exclusiva com fórmula que mulheres de outras afiliações religiosas.

2.7.2 Evidências na saúde mental e bem-estar

2.7.2.1 Estudos transversais

A espiritualidade vem assumindo espaço crescente no cuidado à saúde materna, especialmente diante da necessidade de contemplar a mulher grávida em sua integralidade e multidimensionalidade (Backes et al., 2023; Silva Vieira Martins; Fuentes, 2020). Estudos anteriores indicam que a espiritualidade pode constituir um dos primeiros recursos mobilizados pelas gestantes para enfrentar situações e dificuldades relacionadas à gravidez (Aziato; Odai; Omenyo, 2016; Sawyer et al., 2011).

Nesse contexto, Silva Vieira Martins e Fuentes (2020), em um estudo exploratório e descritivo realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com 100 gestantes residentes em seis concelhos do Distrito de Braga, no norte de Portugal, observaram que a maioria das participantes declarou professar uma religião, sendo 96 delas católicas. Entre as entrevistadas, 47 relataram recorrer a práticas religiosas ou utilizar objetos de caráter religioso com a finalidade de proteger o desenvolvimento da gestação e a saúde do filho. O temor relacionado ao mau-olhado e à inveja foi apontado como uma das razões para a busca de proteção divina, especialmente diante do receio de abortamento ou de malformações fetais. Nesse sentido, a R/E foi utilizada como recurso para promover o bem-estar durante a gestação. Considerando que a gravidez pode ser acompanhada por diferentes medos e ansiedades, a espiritualidade foi compreendida como um mecanismo de coping que contribuiu para o enfrentamento desse período e para a transição para a maternidade.

Achados semelhantes quanto à relação entre espiritualidade e saúde mental foram observados por Martiniano, Silva e Quirino (2024), em um estudo transversal realizado com 307 gestantes de Juazeiro do Norte, Ceará, entre janeiro e outubro de 2019. O estudo investigou a correlação entre o nível de bem-estar espiritual, a satisfação com a vida e a presença de sintomas psicopatológicos. Os resultados evidenciaram correlação negativa moderada entre as dimensões ideal e real do bem-estar espiritual e a presença de sintomas psicopatológicos. Da mesma forma, foi identificada correlação negativa moderada entre a satisfação com a vida e a ocorrência desses sintomas, sugerindo uma relação entre maior bem-estar espiritual e satisfação com a vida e menor presença de manifestações psicopatológicas durante a gestação.

De fato, a gravidez é um momento de estresse elevado para pais e mães. Para lidar com esses estressores, os pais podem recorrer a formas positivas e negativas de enfrentamento religioso e espiritual. Buscando avaliar essa relação, foi realizado um estudo transversal (Lucero et al., 2013) com 178 indivíduos casados, que estavam vivenciando o terceiro trimestre de gravidez do primeiro filho biológico de ambos os cônjuges. Por meio de autorrelato, foi analisado o enfrentamento religioso e espiritual durante a gravidez e o ajuste individual e conjugal. Após controlar as variáveis demográficas, variáveis religiosas globais e intenção de gravidez, foi observado que o enfrentamento religioso e espiritual positivo previu maior crescimento relacionado ao estresse, enquanto o enfrentamento religioso e espiritual negativo previu maior depressão e ansiedade, e menos comprometimento conjugal para mães e pais. Além disso, o enfrentamento religioso e espiritual negativo das mães previu menos satisfação com a gravidez e o enfrentamento religioso e espiritual positivo dos pais foi vinculado ao

aumento da ansiedade, enquanto o enfrentamento religioso e espiritual negativo previu maiores medos do parto, crescimento relacionado ao estresse e menos amor no casamento.

Uma pesquisa transversal (Piccinini et al., 2021) realizada com 160 gestantes brasileiras no início da gestação investigou como as crenças R/E estão associadas a QV, aos sintomas depressivos, ansiosos e ao estresse. Foram avaliadas a R/E com as escalas DUREL, *Daily Spiritual Experiences* (DSES), Enfrentamento Religioso reduzida (*Brief* RCOPE), a saúde mental com a *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) e a QV com a escala *World Health Organization of Life-Bref* (WHOQOL-*Bref*). O enfrentamento negativo foi associado a maiores níveis de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse e pior QV física e psicológica. Por outro lado, o enfrentamento positivo, a RI e a espiritualidade foram associados à melhor QV psicológica, enquanto apenas a espiritualidade foi associada à melhor QV social.

Mann et al. (2007) realizaram um estudo transversal com 30 gestantes atendidas em três serviços obstétricos do sul dos Estados Unidos, com o objetivo de investigar a associação entre religiosidade/espiritualidade (R/E) e sintomas depressivos durante a gestação. Os autores também analisaram a possível interação entre R/E, apoio social e sintomas depressivos, sendo estes últimos avaliados por meio da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Após o controle das covariáveis consideradas relevantes, observou-se associação significativa entre maior envolvimento em R/E e menor presença de sintomas depressivos. Entretanto, essa associação foi modificada pelo nível de apoio social, tornando-se menos acentuada à medida que este aumentava. Os resultados não indicaram que o apoio social exercesse papel mediador importante na relação entre R/E e sintomas depressivos. Dessa forma, os autores sugeriram que a R/E pode constituir um recurso de proteção diante de sintomas depressivos, particularmente entre gestantes que dispõem de menor apoio social.

Um estudo transversal (Mann et al., 2008c) realizado entre setembro de 2005 a março de 2006, com 344 mulheres grávidas em três práticas obstétricas no sul dos Estados Unidos, investigou a associação entre R/E e ansiedade em mulheres grávidas, levando em consideração potenciais fatores de confusão. Para medir a ansiedade foi utilizada a subescala de ansiedade da Hospital *Anxiety and Depression Scale*. Entre as medidas específicas de R/E, religiosidade autoavaliada, espiritualidade autoavaliada e participação em atividades religiosas não organizacionais foram significativamente associadas a chances menores de sintomas de ansiedade moderados a graves. Foi observado que R/E estão associadas à redução da ansiedade em mulheres grávidas.

2.7.2.2 Estudos longitudinais

Considerando que a saúde materna é um importante indicador de saúde, estudo prospectivo longitudinal (Hosaini et al., 2023) recrutou 352 mulheres grávidas, que se apresentaram em centros de saúde, selecionados em Qazvin, Irã, em 2021, com o objetivo de determinar as relações causais da saúde espiritual, preocupações, estresse e apoio social percebido com o medo e a experiência do parto. Os dados foram coletados usando o Questionário de Experiência de Parto-2, o W-DEQ, a Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido, a versão persa do Questionário de Preocupações e Estresse na Gravidez, o Questionário de Saúde Espiritual, o Questionário de *Status* Socioeconômico e uma lista de verificação sociodemográfica. Foi verificado que a experiência do parto se torna mais desejável à medida que a saúde espiritual, o apoio social e o número de filhos aumentam, e se torna menos desejável à medida que as preocupações com a gravidez e o estresse aumentam. Assim, vários fatores psicológicos, sociais e espirituais estão associados ao medo e à experiência do parto, sendo importante utilizar métodos apropriados e promover treinamento e suporte para reduzir os resultados adversos do parto.

Por meio de um estudo prospectivo longitudinal com 106 gestantes do Apalaches, (Clements et al., 2016) examinaram o apoio social e o compromisso religioso em relação aos sintomas depressivos pré-natal e pós-parto, objetivando determinar se o compromisso religioso explicava a variação nas pontuações de depressão, além daquela explicada pelo apoio social. Levantaram a hipótese de que o apoio social e o compromisso religioso estariam inversamente relacionados aos sintomas depressivos, e que o compromisso religioso prediria a variação nas pontuações de depressão além do apoio social. O apoio social e o compromisso religioso foram medidos durante o primeiro trimestre. Os sintomas de depressão foram medidos no primeiro e terceiro trimestres (Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos – versão de 10 itens) e seis semanas e seis meses após o parto EPDS. A regressão hierárquica examinou as contribuições relativas do apoio social (Perfil Psicossocial Pré-natal) e do compromisso religioso (Escala de Rendição e Frequência Religiosa – Versão de 3 Itens) para os sintomas depressivos em cada ponto de tempo, enquanto controlava a educação e o estado civil. Observaram que tanto o apoio social (todos os pontos de tempo) quanto o compromisso religioso (apenas 6 meses após o parto) foram inversamente relacionados à depressão. Concluíram que mulheres grávidas com baixo apoio social e mulheres no pós-parto com baixo apoio social ou compromisso religioso podem estar em maior risco de depressão.

Mann et al. (2008a), por meio de uma pesquisa de coorte prospectiva, investigaram a associação entre R/E pré-natal e depressão pós-parto (PDS), controlando sintomas depressivos pré-natal, apoio social e outros potenciais fatores de confusão. Recrutaram mulheres recebendo cuidados pré-natal, inscritas em três práticas obstétricas. A avaliação de acompanhamento foi conduzida na visita clínica pós-parto de seis semanas. Quatro medidas de religiosidade e duas medidas de espiritualidade foram avaliadas na linha de base. Uma medida de R/E geral também foi criada usando a análise fatorial de componentes principais. Os sintomas depressivos foram medidos na linha de base e novamente no acompanhamento usando a EPDS. Um total de 404 mulheres foram inscritas e 374 completaram o acompanhamento; trinta mulheres tiveram perda gestacional, deixando 344 com avaliação pós-parto; 307 mulheres tinham dados completos e foram usadas para análises; 36 (11,7%) mulheres pontuaram acima do ponto de corte de triagem EPDS. Controlando para covariáveis significativas (pontuação EPDS basal e apoio social), mulheres que participaram de atividades religiosas organizadas pelo menos algumas vezes por mês foram marcadamente menos propensas (OR = 0,18, IC de 95%) a exibir altas pontuações de sintomas depressivos. A participação religiosa organizada parece ser protetora contra a PDS.

Em estudo longitudinal, Raven (2023) analisou a prevalência de sintomas depressivos em 174 gestantes e puérperas participantes de duas etapas do Programa de Atenção Precoce em Saúde, desenvolvido pelo Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (Unicamp). O estudo teve como objetivo investigar a associação entre o nível de religiosidade e a presença de sintomas depressivos durante a gestação e o período pós-parto. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário on-line, que contemplou informações socioeconômicas e demográficas, além de instrumentos destinados à avaliação dos sintomas depressivos e da religiosidade. Durante a gestação, foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck, enquanto, no puerpério, empregou-se a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). A religiosidade foi avaliada por meio da escala DUREL. Os resultados demonstraram que 25,3% das gestantes relataram depressão e 31,1% referiram episódios de choro sem motivo, frequentes ou ocasionais. Foi identificada associação direta e significativa entre os escores de sintomas de PDS e a presença de sintomas depressivos durante a gestação. Também foi observada associação significativa entre o grau de depressão na gestação e no período pós-parto, além de uma relação inversa e significativa entre os escores de sintomas de PDS e as dimensões de religiosidade organizacional (RO) e religiosidade intrínseca (RI). A autora concluiu que níveis mais elevados de PDS estiveram associados à ocorrência de depressão durante a gestação, enquanto a RO e a

RI se mostraram associadas a menor presença de PDS, sugerindo um possível efeito protetor dessas dimensões da religiosidade (Raven, 2023).

Mulheres de ascendência mexicana apresentam níveis mais elevados de sintomas de ansiedade, que podem estar ligados a estressores socioculturais (Ramos; Campos; Schetter, 2022). No entanto, pouco se conhece sobre fatores culturalmente relevantes que podem auxiliar contra a ansiedade nessa população em rápido crescimento, como a religiosidade, uma faceta importante da cultura mexicana. Na busca de compreender melhor essa associação, (Osman, Lara-Cinisomo, & D'Anna-Hernandez, 2021) realizaram uma pesquisa com mulheres grávidas de ascendência mexicana (N = 197) que foram recrutadas de uma clínica comunitária local e acompanhadas no período pós-parto. As mulheres foram avaliadas quanto à religiosidade, aculturação, estresse aculturativo e sintomas de ansiedade. Observaram que níveis mais altos de religiosidade foram associados a níveis mais baixos de sintomas de ansiedade durante a gravidez, mas não no pós-parto. Além disso, a religiosidade amorteceu significativamente a relação entre estresse aculturativo e sintomas de ansiedade durante o início, o meio, o final da gravidez e seis semanas após o parto. Concluíram que a religiosidade pode ser protetora contra a ansiedade materna entre mulheres de ascendência mexicana.

Em um estudo de coorte prospectivo, Mann et al. (2008b) identificaram preditores pré-natais de sintomas depressivos e luto após perda gestacional, com ênfase particular ao papel potencial da R/E. Detectaram que os sintomas depressivos foram significativamente associados positivamente com a pontuação inicial de depressão e um histórico de doença mental. Os escores de depressão foram estatisticamente significativos, sendo inversamente associados com a idade. O aumento da idade também foi protetor contra o luto da perda pós-gestacional, assim como a participação em atividades religiosas organizadas (Mann et al., 2008b).

2.8 ABORDAGEM DAS CRENÇAS ESPIRITUAIS E RELIGIOSAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O conceito de saúde no contexto da contemporaneidade se sustenta na proposta da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1999), que a compreende em uma perspectiva multidimensional e complexa, incluindo as dimensões física, psíquica, social e espiritual como seus elementos constitutivos, as quais se afetam mutuamente (Faria & Seidl, 2005). Indo ao encontro deste conceito, em saúde, é de suma e vital importância que o indivíduo seja avaliado como um todo. Não há como tratar do corpo sem levar em consideração os elementos psíquicos

e religiosos. E, entende-se que boa parte dos fracassos terapêuticos e dos problemas daí advindos têm origem na dissociação de tais componentes (Freire & Salgado, 2013).

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a influência da religiosidade/espiritualidade (R/E) na experiência dos pacientes e estejam preparados para abordar adequadamente suas crenças, sentimentos e comportamentos. Para isso, é necessária formação específica que possibilite a integração da dimensão espiritual à prática clínica de maneira ética e apropriada (Lenhardt, 2020; Raddatz; Motta; Alminhana, 2019). Nesse contexto, recomenda-se investigar a importância atribuída pelo paciente à espiritualidade, à religiosidade e à religião (Borneman; Ferrell; Puchalski, 2010; Koenig, 2004; McSherry; Cash, 2004), bem como compreender de que forma essas dimensões contribuem para o enfrentamento da doença (Lucchese; Koenig, 2013; Lucchetti; Bassi; Lucchetti, 2013; Puchalski, 2014).

A avaliação também deve considerar a possibilidade de a R/E estar associada a experiências negativas ou fontes de sofrimento, como culpa, raiva, tristeza, sensação de injustiça, medo da morte ou de punição (Berg, 2011; Moreira-Almeida; Koenig; Lucchetti, 2014; Vermandere et al., 2011). Além disso, é relevante verificar sua possível influência sobre a adesão ao tratamento e sobre decisões relacionadas aos cuidados em saúde, assim como identificar eventuais necessidades espirituais não atendidas (Almeida et al., 2018; Precoma et al., 2019; Puchalski et al., 2009; Steinhauser et al., 2017).

As abordagens clínicas relacionadas à espiritualidade podem envolver o rastreamento espiritual, a anamnese espiritual e intervenções ou cuidados direcionados a essa dimensão (Balboni et al., 2017). O rastreamento espiritual constitui uma abordagem breve, que pode ser realizada desde o primeiro contato com o paciente por diferentes profissionais de saúde, utilizando perguntas abertas ou instrumentos estruturados. Seu principal objetivo é identificar indivíduos que apresentem necessidades espirituais que demandem investigação mais aprofundada, acompanhamento específico ou encaminhamento para profissionais capacitados em cuidados espirituais (Mako; Galek; Poppito, 2006; Steinhauser et al., 2006). Algumas formas de entrevista podem ser semiestruturadas conforme proposta por Fitchett e Risk (2009, p. 3):

> Religião ou espiritualidade são importantes no enfrentamento da sua doença? Se sim, quanta força/conforto você retira da sua R/E neste momento? Se não, houve algum momento em que R/E foi importante para você? Você gostaria da visita de um capelão?

A segunda abordagem corresponde à realização da história ou anamnese espiritual, que requer maior conhecimento e treinamento específico, sendo geralmente conduzida por médicos, enfermeiros ou outros profissionais devidamente capacitados, como capelães (Balboni et al., 2017).

De forma breve, a anamnese espiritual pode ser realizada durante a primeira consulta ou em atendimentos subsequentes, por meio de perguntas abertas que possibilitem ao paciente relatar suas crenças, valores e experiências. Essa abordagem permite aprofundar a compreensão dos diferentes aspectos da R/E que podem influenciar a evolução clínica, o enfrentamento da doença, as práticas de autocuidado e o bem-estar físico, mental e espiritual (Precoma et al., 2019).

A história espiritual pode ser construída ao longo da interação com o paciente, de maneira espontânea e intuitiva, ou com o auxílio de instrumentos estruturados. Esses recursos podem ser particularmente úteis para profissionais que ainda não possuem familiaridade ou experiência suficiente para abordar sistematicamente a dimensão espiritual. Atualmente, existem diversos instrumentos disponíveis e validados para utilização em língua portuguesa, cuja aplicabilidade e características foram analisadas criticamente por Lucchetti, Bassi e Lucchetti (2013).

Assim, profissionais de saúde devem identificar tais aspectos em sua história espiritual, podendo, por exemplo, utilizar as questões propostas no questionário FICA (F: Fé ou crença, I: Importância, C: Comunidade, A: Abordagem nos cuidados) (Puchalski; Romer, 2000):

- F – Fé/crença: você se considera religioso ou espiritualizado? Você tem crenças que ajudam a lidar com os problemas? Se não tem, o que dá significado à vida?
- I – Importância/influência: que importância você dá para a fé e as crenças religiosas na sua vida? A fé ou as crenças já ajudaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde? Você tem alguma crença que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?
- C – Comunidade: você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? Ela lhe dá suporte? Como? Existe algum grupo de pessoas que você realmente ama ou é importante para você? Há alguma comunidade (igreja, templo, grupo de apoio) que lhe dê suporte?
- A – Ação no tratamento: como você gostaria que o médico considerasse a questão R/E no seu tratamento? Indique algum líder religioso/espiritual da sua comunidade.

Além do FICA (Puchalski; Romer, 2000), para a prática assistencial, outros instrumentos podem ser utilizados na busca de informações para sobre as questões da R/E, tais

como: Organização Religiosa/Espiritualidade Pessoal e Prática/Efeitos no Tratamento Médico e Assuntos terminais (HOPE – H: fontes de esperança, significado, conforto, força, paz, amor e conexão; O: religião organizada; P: espiritualidade e práticas pessoais; E: efeitos nos cuidados médicos e questões relativas ao fim da vida) (Anandarajah; Hight, 2001); SPIRIT (refere-se a diferentes instrumentos de avaliação espiritual, que variam em foco e aplicação). Um deles é a *Spiritual Assessment Scale*, que proporciona uma abordagem ampla e holística da espiritualidade, contemplando também aspectos relacionados à prática religiosa. Outros instrumentos são direcionados a dimensões específicas da experiência espiritual, como a *Spiritual Distress Scale*, voltada à avaliação da angústia espiritual, e a *Spiritual Comfort Measure*, destinada à mensuração do conforto espiritual (Maugans, 1996). A FAITH, por sua vez, é um instrumento desenvolvido para avaliar a fé religiosa em atletas (Goldbourt; Yaari; Medalie, 1993). Esses instrumentos abrangem diferentes domínios da R/E e podem apresentar associações com diversos desfechos relacionados à saúde (Esporcatte et al., 2020).

Entre os instrumentos utilizados na prática clínica, destaca-se também o questionário FICA caracterizado pela aplicação simples, rápida e de fácil memorização (Puchalski; Romer, 2000). Outro recurso é o instrumento HOPE, que tem demonstrado bom desempenho na avaliação da dimensão espiritual, contemplando aspectos como as fontes de esperança e enfrentamento, a participação em organizações religiosas, as práticas espirituais pessoais e a influência da espiritualidade sobre o tratamento (Anandarajah; Hight, 2001).

Certamente, é fundamental que o profissional domine e aplique todos esses instrumentos, principalmente os que são de fácil execução (Kuckel; Jones; Smith, 2022). Orienta-se que o clínico se familiarize com pelo menos um deles e comece a utilizar rotineiramente (Anandarajah; Hight, 2001; Bezerra et al., 2019). As pesquisas e a prática clínica indicam que sua aplicação leva apenas de 2 a 5 minutos (Anandarajah; Hight, 2001; Koenig, 2002). Há um terceiro nível da anamnese, na qual aprimora-se mais a conversa com os pacientes através de entrevistas mais longas, estruturadas em diretrizes e conceitos validados e que têm por objetivo detalhar o diagnóstico e estabelecer um plano de cuidados espirituais (Anandarajah; Hight, 2001; Fitchett, 1993; Puchalski et al., 2009). Este tipo de entrevista pode ocorrer em um primeiro encontro ou em abordagens subsequentes. É neste momento que se identifica problemas, necessidades específicas ou conflitos na área da espiritualidade que demandem um plano de ação diagnóstico e terapêutico individualizados (Anandarajah; Hight, 2001; Shields; Kestenbaum; Dunn, 2015). Para tal, é fundamental que o profissional detenha treinamento específico e experiência, principalmente para fins de intervenções clínicas (Esporcatte et al., 2020).

Não é necessário aguardar a realização de uma avaliação espiritual abrangente por toda a equipe multidisciplinar para que as necessidades dessa dimensão sejam identificadas. Enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde devem possuir conhecimentos e habilidades que lhes permitam reconhecer e avaliar individualmente as necessidades espirituais dos pacientes, considerando que o cuidado espiritual especializado ultrapassa, em geral, os limites tradicionais de sua atuação profissional (Esporcatte et al., 2020; Lucchetti et al., 2010). Da mesma forma, embora líderes religiosos possam prestar assistência espiritual aos membros de suas próprias comunidades durante a hospitalização, eles habitualmente não integram a equipe de saúde e podem não dispor de formação ou experiência suficientes para elaborar planos específicos de cuidados espirituais (Esporcatte et al., 2020).

Nesse contexto, Nascimento (2023), em um estudo transversal realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, investigou a frequência com que enfermeiros, médicos e psicólogos brasileiros abordavam questões relacionadas à R/E em sua prática clínica, além de avaliar a disposição desses profissionais para interagir com os pacientes considerando essa dimensão. Participaram do estudo 1.095 profissionais, sendo 335 enfermeiros (30,6%), 433 médicos (39,5%) e 327 psicólogos (29,9%). Os resultados demonstraram que os enfermeiros abordavam questões relacionadas à R/E com menor frequência do que médicos e psicólogos. Embora médicos e psicólogos apresentassem proporções semelhantes quanto à abordagem da R/E, houve diferença entre esses grupos em relação à disposição para incorporá-la à prática clínica. Os médicos demonstraram maior disposição para abordar a R/E quando comparados aos enfermeiros e psicólogos, com diferença estatisticamente significativa.

Segundo Koenig (2012a), 77% dos médicos reconhecem que as crenças religiosas podem trazer benefícios aos pacientes; entretanto, grande parte desses profissionais não se sente preparada para abordar a espiritualidade ou incorporá-la à anamnese. Ainda persiste, portanto, certa dificuldade em compreender a relevância dessa dimensão para aspectos relacionados ao diagnóstico, prognóstico e tratamento. Em contrapartida, a maioria dos pacientes demonstra interesse em que seus médicos abordem questões relacionadas à religiosidade durante o atendimento.

Hordern (2016) ressalta que religião, crença e cultura devem ser reconhecidas como possíveis fontes de sentido, valores e força pessoal no contexto dos cuidados em saúde, podendo contribuir para o bem-estar tanto dos pacientes quanto dos profissionais diante de experiências relacionadas à doença, ao processo de cura, ao sofrimento e à morte. Nesse sentido, a comunicação entre médicos e pacientes, bem como entre os próprios profissionais de saúde, deve contemplar essas dimensões de maneira sensível e respeitosa, reconhecendo seus possíveis

efeitos sobre o bem-estar. Cabe aos médicos respeitar as crenças religiosas e culturais dos pacientes, considerando a importância que essas dimensões podem assumir no tratamento e nas preferências relacionadas aos cuidados. Para Hordern (2016), uma prática médica adequada pressupõe que os profissionais tenham consciência de suas próprias crenças e sejam capazes de compreender e respeitar as convicções dos outros, reconhecendo que o cuidado ao paciente pode ser favorecido quando se considera o significado atribuído à religião, à crença e à cultura. Da mesma forma, situações em que o julgamento clínico ou as práticas habituais possam entrar em aparente conflito com valores culturais ou religiosos do paciente devem ser analisadas com cautela e sensibilidade. A própria religião ou cultura dos médicos pode influenciar sua atuação profissional e a incorporação desses princípios ao cuidado. Entretanto, diante de quaisquer conflitos entre valores pessoais, práticas religiosas, exigências clínicas e direitos dos pacientes, a conduta profissional deve permanecer fundamentada na legislação vigente e nos acordos e normas relacionados à objeção de consciência aplicáveis a cada contexto.

2.9 IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E ÉTICAS DA INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS RELIGIOSAS E ESPIRITUAIS NA GESTANTE

As crenças religiosas e espirituais desempenham um papel significativo na vida das gestantes, influenciando suas decisões, comportamentos e experiências durante a gravidez (Callister; Khalaf, 2010). O reconhecimento dessas influências é essencial para a prática clínica, especialmente em contextos obstétricos, onde decisões críticas podem ser impactadas por valores pessoais e culturais (Almeida et al., 2020; Piccinini et al., 2021).

Nem todas as mulheres são religiosas no sentido das práticas, da vivência de ritos ou orações ou participação em grupos religiosos hierarquicamente organizados (Bertoldo, 2019). Contudo, todas as pessoas apresentam crenças e valores que orientam suas ações e comportamentos, ainda que não estejam diretamente ligadas a R/E (Camati, 2013). Segundo Rodrigues-Câmara (2015), as crenças pessoais (religiosas, morais e éticas) dão sentido e estruturam a vida da pessoa, configurando um dos pilares da felicidade humana. Além disso, para Weber (2009), as crenças religiosas determinam a ética de conduta pessoal do indivíduo, sendo determinantes na visão de mundo que este desenvolve, bem como na sua própria relação interpessoal na sociedade, no que se refere às tomadas de decisão.

Desta forma, a influência das crenças religiosas e espirituais na gestante pode ter implicações clínicas e éticas significativas. Puchalski e Ferell (2011) observaram que, clinicamente, as crenças podem influenciar na saúde mental e bem-estar psicológico, na

adesão a tratamentos médicos, decisões sobre contracepção e aborto, e até mesmo, a escolha de métodos de parto. Eticamente, podem gerar conflitos entre a autonomia da mulher e a Medicina, especialmente em questões como aborto ou cirurgias que envolvem riscos à saúde (Aziato; Ohemeng; Omenyo, 2016; Jacintho et al., 2017).

Entre as implicações clínicas, estudos (Mann et al., 2007; Silva; Ronzani; Furtado, 2009) indicam que a prática religiosa pode estar associada a menores índices de transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade, em gestantes. Uma pesquisa (Silva; Ronzani; Furtado, 2009) realizada em Juiz de Fora revelou que gestantes praticantes apresentaram menores taxas de sintomas depressivos e uso de álcool em comparação às não praticantes. Além disso, a espiritualidade pode servir como um mecanismo de enfrentamento, proporcionando conforto emocional durante períodos de estresse.

Segundo Callister (2004), as crenças religiosas podem influenciar decisões relacionadas ao parto, como a escolha entre parto normal ou cesariana, uso de anestesia e aceitação de intervenções médicas (Callister, 2004). Por exemplo, algumas religiões proíbem transfusões de sangue, o que pode afetar o manejo de complicações obstétricas (Bezerra; Cesar; Lara, 2015; Leiria, 2009). É fundamental que os profissionais de saúde respeitem a autonomia da gestante, fornecendo informações claras e alternativas viáveis que estejam alinhadas com suas crenças (Darwiche et al., 2023; Pinto; Falcão, 2014).

Considerando a procriação como um aspecto sagrado da vida (Rodrigues, 2012), mulheres que seguem essas crenças podem se opor a procedimentos cirúrgicos que interfiram na capacidade de conceber filhos ou até a interrupção da gestação em casos de risco para a saúde da mãe e anencefalia (Azevedo; Efrem Filho, 2021), constituindo estas, outra implicação clínica e ética.

Uma questão relevante no âmbito das implicações clínicas e éticas da R/E diz respeito ao abortamento. Em uma pesquisa qualitativa (Silva; Di Flora, 2010), entrevistaram quarenta participantes, entre líderes religiosos e mulheres frequentadoras de instituições religiosas, com o objetivo de analisar a proximidade entre seus discursos acerca do aborto e investigar se a religião poderia atuar como possível fator de proteção diante dessa prática. Entre os principais fatores apontados pelos líderes religiosos e pelas fiéis como associados à decisão pelo abortamento estavam as dificuldades financeiras, aspectos psicológicos, como medo e imaturidade, fatores sociais relacionados à família e ao companheiro, situações de estupro, falta de informação, gravidez não planejada e presença de malformações fetais. Embora mencionadas com menor frequência, a ausência de religião e a desvalorização da vida também apareceram nos discursos como possíveis elementos relacionados à decisão pelo abortamento.

Os autores observaram, ainda, que a prática religiosa foi percebida como um possível fator de proteção na prevenção do abortamento.

Vasylieva et al. (2021) avaliaram os níveis de influência da tradição espiritual cristã na atitude de 375 estudantes (do 1º e 6º anos e de pós-graduação) de Medicina (Universidade Médica Nacional de Bogomolets, Ucrânia) em relação ao aborto. Realizaram uma análise comparativa da ética cristã e das principais abordagens da bioética secular em relação à interrupção artificial da gravidez, considerando as peculiaridades da autoidentificação religiosa. Verificaram que a posição cristã se distingue pelo reconhecimento da sacralidade, da inviolabilidade da vida humana, da dignidade inalienável e do valor do ser humano desde a concepção até ao fim natural da vida. Concluíram que isso determina a especial importância da tradição espiritual cristã na superação das manifestações da mentalidade abortiva na sociedade ucraniana contemporânea.

Uma situação complexa onde essas implicações devem ser levadas em consideração é a interrupção terapêutica da gravidez (ITG). Em Jerusalém, Even-Zohar Gross et al. (2017) analisaram em uma amostra de 85 pais de indivíduos com Síndrome de Prader-Willi (SPW), as atitudes em relação ao diagnóstico pré-natal e a ITG, uma vez que se espera um desfecho grave nestes indivíduos. As características clínicas impedem muitos adolescentes e adultos com SPW de viverem de forma independente, e muitos residem em lares ou albergues. Um total de 57 pais apoiaram o teste pré-natal invasivo (TPI) e apenas 28 os testes não invasivos; nenhum se opôs ao TPI; 38 apoiaram o TPI, outros 31 apoiaram a interrupção da gestação sob certas condições, como aconselhamento espiritual, e 15 foram categoricamente contra a ITG. A maioria dos pais de indivíduos com SPW apoiou o TPI, porém menos da metade apoiou a ITG, sendo a religiosidade o fator mais influente. Concluíram que a visão de mundo familiar deve ser levada em consideração durante o aconselhamento pré-natal.

A presença de práticas espirituais, como orações e grupos de apoio religioso, tem demonstrado benefícios no processo de humanização do cuidado obstétrico. Um estudo qualitativo (Véras; Vieira; Morais, 2010) com mães usuárias do Método Canguru no Rio Grande do Norte evidenciou que a religiosidade atuou como suporte emocional, promovendo o vínculo entre mãe, filho, família e equipe multidisciplinar. De acordo com alguns autores (Backes et al., 2023; Rodrigues-Câmara, 2015; Santos, 2020), ainda é preciso considerar que a R/E desempenha um papel significativo na experiência da gestação, influenciando a forma como a mulher se relaciona com o processo e o significado que atribui à maternidade. Enquanto, a ética profissional orienta os cuidados e decisões durante a gestação, garantindo o respeito pela

autonomia da mulher e a proteção do bem-estar do bebê (Backes et al., 2023; Rodrigues-Câmara, 2015; Santos, 2020).

Apesar de todas estas implicações clínicas e éticas, muitos profissionais de saúde relatam insegurança ao lidar com questões espirituais e religiosas no contexto clínico (Caldeira; Esperandio, 2022). Silva et al. (2017), por meio de uma pesquisa qualitativa, identificaram que profissionais da Atenção Primária à Saúde demonstraram desejo de embasamento científico e qualificação para incorporar a dimensão espiritual religiosa no cuidado clínico, evidenciando a necessidade de formação específica nessa área. Para Koenig (2001), ao comentar assuntos espirituais, os médicos devem estar conscientes de como suas crenças religiosas podem interferir em sua habilidade para avaliar uma situação objetivamente.

Observa-se assim que as crenças religiosas e espirituais das gestantes têm implicações profundas nas dimensões clínicas e éticas do cuidado obstétrico (Puchalski; Ferrell, 2011), sendo fundamental que os profissionais de saúde adotem uma abordagem holística e culturalmente sensível, respeitando a autonomia da paciente e integrando práticas espirituais que promovam o bem-estar físico e mental (Puchalski et al., 2014).

3 JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, tem-se observado um crescimento significativo na produção científica voltada à relação entre religião e saúde (Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021; Lucchetti; Lucchetti, 2014), revelando correlações positivas entre práticas religiosas e diversos desfechos de saúde física e mental (Koenig, 2012a; Mann et al., 2007, 2008c; Salgado; Freire, 2008). Esse avanço tem possibilitado uma abordagem mais respeitosa e integrada da dimensão espiritual no cuidado em saúde, reconhecendo as crenças individuais como potenciais recursos terapêuticos e de enfrentamento (Koenig, 2012a; Powell; Shahabi; Thoresen, 2003; Shattuck; Muehlenbein, 2020).

Tanto no cenário nacional (Lucchetti et al., 2015; Moreira-Almeida; Koenig; Lucchetti, 2014) quanto internacional (Koenig, 2012a; Pargament, 2010), diferentes grupos de pesquisa vêm se dedicando ao desenvolvimento de instrumentos válidos e confiáveis para mensuração da R/E, além de conduzirem estudos com rigor metodológico crescente (Koenig, 2012a; Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021; Panzini; Bandeira, 2005; Puchalski, 2014).

Nesse contexto, investigar de que forma a R/E se relacionam com a saúde mental e a QV de gestantes brasileiras representa uma oportunidade de qualificar a assistência oferecida durante o pré-natal, a partir de uma abordagem mais abrangente e centrada no modelo biopsicossocial.

A compreensão dessa dimensão espiritual pode contribuir para a formulação de políticas públicas mais sensíveis às necessidades integrais das gestantes, considerando aspectos que extrapolam o modelo biomédico tradicional, ainda predominante nos serviços de saúde. O reconhecimento da espiritualidade como parte integrante da experiência gestacional reforça a importância de um cuidado mais humanizado, centrado na pessoa e em seus valores. Diante disso, evidencia-se a necessidade premente de reorganizar os serviços de atenção à saúde materna, principalmente durante o período pré-natal e do parto, com o objetivo de assegurar um cuidado abrangente que reconheça não apenas o aspecto físico, mas também os fatores emocionais, sociais e espirituais presentes na experiência gestacional.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Investigar, na cidade de Juiz de Fora- MG, de que forma as crenças religiosas e espirituais manifestadas durante o período pré-natal se associam com a saúde mental e a qualidade de vida de gestantes.

4.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a associação entre diferentes dimensões da R/E com indicadores de saúde mental (sintomas depressivos e ansiosos) e QV de gestantes ao longo do pré-natal;
- Analisar a relação entre variações nas crenças religiosas e espirituais, seja aumento ou diminuição, ao longo do período gestacional e seus impactos na saúde mental (sintomas depressivos e ansiosos) e na QV dessas gestantes.

5 METODOS

5.1 DESENHO, PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo longitudinal conduzido no período de junho de 2021 a junho de 2025 com gestantes brasileiras na cidade de Juiz de Fora-MG.

Juiz de Fora é um município de médio porte, localizado na Zona da Mata Mineira, com população estimada em aproximadamente seiscentos mil habitantes, sendo referência regional para o atendimento em saúde no interior do estado (Prefeitura de Juiz de Fora, 2022).

As participantes foram recrutadas nos serviços de atenção pré-natal dos ambulatórios de obstetrícia do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ), que é referência direta para gestantes de baixo risco de Juiz de Fora e cidades vizinhas e do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), que atua como unidade de referência para o acompanhamento de gestantes de baixo e alto risco provenientes do município e também de cidades vizinhas, ampliando o alcance populacional da pesquisa, com média de 220 atendimentos mensais.

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A seleção da amostra seguiu critérios específicos de inclusão e exclusão. Foram incluídas gestantes em acompanhamento de pré-natal nos ambulatórios de obstetrícia vinculados ao HMTJ e ao HU-UFJF, com início do pré-natal até a 16ª semana de gestação (idade gestacional ≤ 16 semanas).

Foram excluídas as gestantes com histórico de transtornos psiquiátricos graves previamente diagnosticadas por profissional médico ou por registro clínico, bem como aquelas que apresentassem limitações clínicas ou cognitivas (esquizofrenias graves ou deficiências intelectuais importantes) que as impedissem uma adequada compreensão para respostas aos questionários da pesquisa. Foram igualmente excluídas as perdas no *follow-up*, incluindo gestantes que faleceram, perderam contato com a equipe de pesquisa, mudaram de cidade e aquelas e que evoluíram para aborto/parto prematuro ao longo do período de acompanhamento.

5.3 INSTRUMENTOS

Para a coleta de informações, foi desenvolvido um questionário que contempla dados sociodemográficos e obstétricos das participantes, além de instrumentos validados e traduzidos para o português (Apêndices A-G).

5.3.1 Dados sociodemográficos e obstétricos

As informações sociodemográficas obtidas compreenderam a idade, a raça, a escolaridade, o estado civil, a ocupação atual e a renda; os dados da história obstétrica foram: idade gestacional, tipo de gravidez, antecedentes obstétricos, amamentação em gestação anterior e complicações nas gestações anteriores. Foi solicitado às participantes que descrevessem de forma breve como cada variável foi categorizada quando fizesse sentido, por exemplo: tipo de gravidez e amamentação em gestação anterior (Apêndice A).

5.3.2 Suporte social – Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS)

A EPSS, desenvolvida e validada por Siqueira (2008), é composta por 29 itens, respondidos em uma escala de quatro pontos, variando de "1" = nunca, "2" = poucas vezes, "3" = muitas vezes e "4" = sempre. O instrumento permite avaliar a frequência com que as participantes percebiam a possibilidade de contar com o apoio de outras pessoas. A EPSS é fundamentada em três dimensões do suporte social: emocional, instrumental e informacional. A dimensão emocional corresponde à percepção da disponibilidade de recursos afetivos por parte da rede social, como compreensão, atenção e preocupação. A dimensão instrumental refere-se à percepção da possibilidade de receber recursos objetivos e concretos, incluindo empréstimo ou fornecimento de bens materiais. Já a dimensão informacional diz respeito à percepção da disponibilidade de recursos destinados ao esclarecimento e à orientação, como sugestões, informações e aconselhamentos (Siqueira, 2008) (Apêndice B).

5.3.3 Sintomas ansiosos e depressivos – *Depression, Anxiety and Stress Scale* versão curta de 21 itens (DASS-21)

A DASS-21 foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e posteriormente traduzida para o português de Portugal por Vignola e Tucci (2014). O instrumento é composto

por três subescalas, destinadas à avaliação de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, cada uma contendo sete itens. Trata-se de uma escala de autorresposta, estruturada no formato Likert de quatro pontos, na qual a participante deve indicar em que medida cada afirmação se aplicou à sua experiência durante a última semana. As opções de resposta variam de “0” a “3”, correspondendo a diferentes níveis de frequência ou intensidade dos sintomas. O escore de cada dimensão é obtido pela soma das respostas atribuídas aos respectivos sete itens que compõem cada subescala (Vignola; Tucci, 2014) (Apêndice C).

5.3.4 Religiosidade - *Duke Religion Index* (DUREL)

A DUREL, desenvolvida por Koenig e Büssing (2010), é um instrumento composto por cinco itens que avaliam três dimensões centrais do envolvimento religioso relacionadas a diferentes desfechos em saúde: RO, RNO e RI. A RO corresponde à frequência de participação em encontros ou atividades religiosas coletivas, enquanto a RNO diz respeito à frequência de práticas religiosas realizadas de forma privada (Koenig; Büssing, 2010). A RI, por sua vez, refere-se ao grau em que a religiosidade é internalizada e vivenciada como um objetivo central do indivíduo, enquanto outras finalidades são consideradas secundárias e buscadas em consonância com os princípios religiosos fundamentais (Moreira-Almeida; Lotufo Neto; Koenig, 2006). A DUREL caracteriza-se por ser um instrumento breve e de fácil aplicação, abrangendo importantes dimensões da religiosidade e apresentando utilização em diferentes contextos culturais (Koenig; Büssing, 2010). No Brasil, a versão original foi traduzida e adaptada para o português, dando origem à P-DUREL (Moreira-Almeida et al., 2008). Posteriormente, essa versão foi validada em uma amostra de indivíduos de baixa renda residentes em uma comunidade da cidade de São Paulo, apresentando elevada consistência interna e evidências satisfatórias de validade discriminante (Lucchetti et al., 2012) (Apêndice D).

5.3.5 Espiritualidade – *Daily Spiritual Experiences Scale* (DSES) – versão brasileira

A DSES, desenvolvida por Underwood e Teresi (2002), foi adaptada para o contexto brasileiro seguindo as etapas internacionalmente recomendadas para processos de tradução e adaptação transcultural. A versão brasileira apresentou equivalência em relação ao instrumento original após a realização de ajustes na redação de cinco itens. A DSES é composta por 16 itens e constitui uma medida de caráter unidimensional. Os primeiros 15 itens são respondidos em

uma escala do tipo Likert, com opções que variam de “1” (muitas vezes ao dia) a “6” (nunca ou quase nunca). O item 16, que avalia o grau de proximidade percebida com Deus por meio da pergunta “Em geral, quanto você se sente próximo de Deus?”, apresenta quatro possibilidades de resposta, variando de “1” (nada próximo) a “4” (tão próximo quanto possível). Para que todos os itens apresentem a mesma direção de interpretação, a pontuação do item 16 deve ser invertida. O escore total é calculado pela soma das pontuações dos 16 itens, podendo variar de 16 a 94 pontos (Kimura et al., 2012) (Apêndice E).

5.3.6 Escala de *Coping* Religioso (*Brief* RCOPE) – versão reduzida

A *Brief RCOPE* corresponde a uma versão reduzida da escala RCOPE, desenvolvida a partir de análise fatorial com o objetivo de identificar duas dimensões principais do coping religioso: positiva e negativa. A partir dessa análise, foram selecionados sete itens representativos de cada fator, provenientes de 12 subescalas da RCOPE, totalizando 14 itens na versão reduzida. As respostas são registradas em uma escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de “1” (nem um pouco) a “5” (muitíssimo). Posteriormente, uma análise fatorial confirmatória dos 14 itens indicou que a estrutura composta por dois fatores apresentava ajuste razoavelmente adequado aos dados (Panzini; Bandeira, 2005). Pargament et al. (2001) também utilizaram a *Brief RCOPE* de 14 itens em um estudo que investigou sua relação com a mortalidade. Na avaliação da confiabilidade teste-reteste, observou-se que as estratégias de coping religioso apresentaram, de modo geral, estabilidade ao longo do tempo. Além disso, os escores de coping religioso obtidos na avaliação inicial e no acompanhamento mostraram correlação significativa com as dimensões positiva e negativa do Coping Religioso-Espiritual (CRE) (Pargament et al., 2001). O coping religioso refere-se à maneira como os indivíduos mobilizam sua fé para enfrentar situações de estresse, dificuldades e problemas ao longo da vida, podendo essa fé estar relacionada à religião, à espiritualidade ou a crenças pessoais. O coping religioso positivo ocorre quando esses recursos favorecem uma adaptação considerada saudável às situações adversas. Em geral, está associado a crenças relacionadas ao amor, acolhimento e proteção de Deus e tende a se relacionar a melhores resultados na adaptação psicológica diante do estresse provocado por doenças graves. Por outro lado, o coping religioso negativo caracteriza-se pelo uso da religião de forma associada ao sofrimento ou à crise existencial, frequentemente envolvendo interpretações da doença como consequência de culpa, punição ou abandono divino (Panzini; Bandeira, 2005) (Apêndice F).

5.3.7 Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-*Brief*) – versão reduzida

A necessidade de instrumentos mais breves, que permitissem reduzir o tempo necessário para sua aplicação sem comprometer suas propriedades psicométricas, levou o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) a desenvolver uma versão abreviada do WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1995), denominada WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998). O instrumento é constituído por 26 questões, sendo duas destinadas à avaliação geral da qualidade de vida e as demais 24 correspondentes às facetas que compõem o instrumento original. A WHOQOL-Bref está estruturada em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Além de sua aplicação simplificada, o instrumento apresentou propriedades psicométricas satisfatórias, incluindo adequada consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste (Fleck et al., 2000) (Apêndice G).

5.4 PROCEDIMENTOS

As consultas nos ambulatórios de obstetrícia do HMTJ e do HU-UFJF são previamente agendadas em dias específicos da semana. As gestantes participantes deste estudo foram selecionadas por conveniência, conforme a ordem de chegada ao ambulatório, e entrevistadas por meio de um questionário estruturado. A aplicação dos instrumentos foi realizada por pesquisadores vinculados ao projeto ou por médicos residentes do primeiro ano da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia do HU-UFJF, previamente treinados para esse fim.

O primeiro inquérito (T1) foi administrado em ambiente reservado, no mesmo dia da primeira consulta de pré-natal da gestante, desde que esta se encontrasse com até 16 semanas de gestação. O segundo inquérito (T2), utilizando os mesmos instrumentos aplicados em T1, foi conduzido no terceiro trimestre gestacional, entre a 32ª e a 36ª semanas. Cada aplicação teve duração aproximada de 40 minutos. Todas as participantes foram abordadas por uma equipe treinada e assinaram, de forma voluntária, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que a participação na pesquisa não teve qualquer impacto sobre o tratamento oferecido às gestantes no contexto do pré-natal.

Os dados obtidos dos questionários e dos instrumentos foram inseridos em um banco de dados criado no programa *Excel for Windows* e exportados para o *software* R versão 4.3.1 para devida análise.

5.5 TAMANHO DA AMOSTRA

Baseado no estudo transversal prévio realizado por nosso grupo, encontrou-se uma associação entre *coping* religioso e espiritual e saúde mental variando de Beta (β) = 0,207 a 0,321 (Piccinini et al., 2021). Para esse cálculo amostral, optou-se então por adotar-se o β mais conservador de 0,207. Foi feita então a conversão para f-*square* resultando em um valor de f-*square* = 0,042. Utilizando o *software* G*Power 3.1, assumindo um nível de significância de 0,05, poder estatístico de 0,80 para um modelo de regressão linear incluindo dez preditores, obteve-se um tamanho amostral de 189 participantes. Uma vez que perdas relacionadas a estudos longitudinais podem ocorrer, foram acrescidos *dropouts* de 40%, resultando em uma amostra para ser recrutada de pelo menos 270 gestantes.

5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As análises estatísticas incluíram apenas os casos completos, ou seja, as participantes que responderam a todas as variáveis de interesse na linha de base e no acompanhamento. As estatísticas descritivas foram realizadas utilizando frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e média e desvio padrão para medidas contínuas. As estatísticas inferenciais foram realizadas da seguinte forma. Primeiro, as medidas religiosas e espirituais na linha de base foram investigadas como preditoras de saúde mental e QV no acompanhamento, utilizando modelos de regressão linear. Para isso, foram utilizados quatro modelos: Modelo 1 – não ajustado; Modelo 2 – modelo sociodemográfico ajustado para idade, escolaridade, situação profissional, estado civil, raça e apoio social; Modelo 3 – Modelo 2 + modelo clínico, incluindo adicionalmente idade gestacional, paridade, histórico de aborto e histórico médico, e; Modelo 4 – Modelo 3 + variável defasada (o valor basal do desfecho correspondente como covariável). Em segundo lugar, foram utilizados modelos de regressão linear para investigar se as mudanças nas variáveis espirituais ou religiosas estavam associadas a mudanças na saúde mental e na QV. Para essas análises, as pontuações delta foram calculadas como a diferença entre as pontuações de acompanhamento e as pontuações basais para todos os preditores e desfechos. Os mesmos ajustes foram utilizados para esses modelos, exceto para o Modelo 4, uma vez que foram utilizadas as pontuações delta. Com base nas análises de regressão, o preditor mais importante para todos os modelos (neste caso, o enfrentamento R/E negativo) foi explorado para elucidar ainda mais seus mecanismos longitudinais. As participantes foram

então categorizadas em quatro grupos: Baixo → Baixo, Baixo → Alto, Alto → Baixo e Alto → Alto, com base nas pontuações médias de enfrentamento R/E negativo. Em seguida, foi realizada uma análise de covariância (ANCOVA) para comparar esses quatro grupos, ajustando-se para as mesmas covariáveis sociodemográficas e clínicas e para o valor basal do desfecho correspondente utilizado nas análises de regressão. Os testes *post-hoc* de *Tukey* foram utilizados para as comparações entre os grupos. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo e os intervalos de confiança (IC) de 95% foram relatados.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Tendo em vista a natureza investigativa que abrange participantes humanos, em consonância Resolução nº. 466/2012 e a Norma Operacional nº. 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto deste estudo foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) e da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA) com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº. 61699916.3.0000.5133, sendo o mesmo aprovado sob pareceres nºs. 1.881.783 (HU-UFJF) e 1.945.762 (SUPREMA), em 26 de dezembro de 2016 e em 02 de março de 2017, respectivamente (Anexo A).

As gestantes envolvidas foram devidamente informadas acerca dos objetivos da investigação e esclarecidas que sua participação seria de caráter voluntário e confidencial; as que decidiram participar assinaram o TCLE (Apêndice H), em duas vias, uma ficando com a participante e outra com a pesquisadora.

6.RESULTADOS/DISCUSSÃO

Os resultados obtidos e a análise desenvolvida nesta tese foram transformados em artigo científico, o qual foi submetido para publicação.

Influence of religiosity and spirituality on mental health and quality of life from early to late pregnancy: a longitudinal study

ABSTRACT

Objective: To examine whether religiosity and spirituality (R/S) assessed in early pregnancy predict mental health and quality of life (QoL) in the third trimester and whether changes in R/S from the first to the third trimester are associated with corresponding changes in these outcomes.

Method: This longitudinal study included women receiving prenatal care at outpatient clinics in Brazil. Participants were assessed in early pregnancy (up to 16 weeks of gestation; T1) and late pregnancy (between 32 and 36 weeks of gestation; T2). Assessments comprised a sociodemographic and obstetric questionnaire and validated measures of religiosity, spirituality, religious/spiritual coping, symptoms of depression, anxiety, and stress, social support, and QoL. Longitudinal associations were examined using linear regression models.

Results: Of the 364 participants assessed at baseline, 270 (74.1%) had complete data and were included in the analyses. Higher organizational religiosity in early pregnancy was associated with fewer depressive symptoms in late pregnancy ($\beta = -0.123$; $p = 0.031$), whereas higher nonorganizational religiosity was associated with poorer physical ($\beta = -0.138$; $p = 0.014$) and psychological QoL ($\beta = -0.115$; $p = 0.019$). Changes in R/S over time showed broader associations with the outcomes. Increases in daily spiritual experiences were associated with reductions in depressive symptoms ($\beta = -0.145$; $p = 0.019$) and improvements in psychological QoL ($\beta = 0.246$; $p < 0.001$). Increases in nonorganizational religiosity ($\beta = 0.214$; $p < 0.001$), intrinsic religiosity ($\beta = 0.202$; $p = 0.001$), and positive religious/spiritual coping ($\beta = 0.140$; $p = 0.023$) were also associated with improvements in psychological QoL. Conversely, increases in negative religious/spiritual coping were associated with worsening symptoms of depression ($\beta = 0.275$; $p < 0.001$), anxiety ($\beta = 0.228$; $p < 0.001$), and stress ($\beta = 0.193$; $p = 0.002$), as well as poorer psychological ($\beta = -0.123$; $p = 0.046$), social ($\beta = -0.183$; $p = 0.003$), and environmental QoL ($\beta = -0.144$; $p = 0.021$).

Conclusion: R/S assessed in early pregnancy showed limited ability to predict subsequent mental health and QoL, whereas changes in R/S across pregnancy were more consistently associated with changes in these outcomes. In particular, increases in negative religious/spiritual coping showed the strongest pattern of associations with poorer mental health and QoL, suggesting that this coping pattern may represent a relevant marker of psychosocial vulnerability during pregnancy.

Keywords: Religious beliefs. Prenatal care. Pregnant women. Mental health. Quality of life.

INTRODUCTION

Pregnancy is a complex process involving physiological, social, family, and psychological changes throughout its course, which may influence gestational development, well-being, and maternal and child health (Baldwin *et al*., 2025; Grotzinger *et al*., 2026). Among the psychological factors associated with adverse outcomes during pregnancy, childbirth, and the postpartum period are the stressors experienced across these stages (Alves *et al*., 2023). Estimates indicate a high incidence of stress and depression during both pregnancy and the postpartum period. However, the prevalence of these symptoms appears to be higher during pregnancy than during the puerperium, highlighting greater psychological vulnerability during pregnancy (Rodrigues, Schiavo, 2011).

Mental health problems are common during pregnancy and have been associated with factors such as occupation (da Silva Vieira & Fuentes, 2020), insomnia (Bei *et al*., 2010), history of miscarriage (Chojenta *et al*., 2014), complications in previous pregnancies (Chojenta *et al*., 2014), low social and family support (Norhayati *et al*., 2015) and substance use (Silva et *al*., 2017). In addition, physiological, psychological (Wójcik *et al*., 2024) and social changes may affect women's quality of life (QoL), even in the absence of obstetric complications. In this context, identifying the difficulties experienced by women during pregnancy and providing appropriate support are essential for promoting maternal well-being and improving perinatal outcomes (Lagadec *et al*., 2018).

In addition to physical and psychological changes, pregnancy may involve shifts in spiritual and existential values, with each woman experiencing and responding to these changes differently (Backes *et al*., 2023). Studies have demonstrated that religiosity and spirituality (R/S) may influence the health and well-being of women during pregnancy, with both beneficial and adverse effects (Silva *et al*., 2017). Research suggests that women with an active religious or spiritual life during pregnancy may experience better emotional adjustment (Piccinini *et al*., 2021), as these beliefs can provide psychological support by fostering a sense of purpose (Koenig *et al*., 2012), hope, gratitude, and confidence in pregnancy and childbirth (Zinnbauer, Pargament, 2005; Backes *et al*., 2023).

Similarly, practices such as prayer (Callister, Khalaf, 2010), meditation (de Ascenção Salvador *et al*., 2025) and participation in religious communities have been associated with reductions in anxiety, stress, and perinatal depression (Backes *et al*., 2023). Regarding physical health, evidence suggests that spirituality is associated with better adherence to prenatal care (Callister, Khalaf, 2010) and greater engagement in self-care behaviors (Simões, 2023). Religious and spiritual beliefs may also influence decisions related to mode of delivery

(Zewude *et al*., 2022), the use of anesthesia, pain management (Sotudeh *et al*., 2022), and coping with adversities such as pregnancy loss or obstetric complications (Keegan, 2021). Within family relationships, these beliefs may influence how women during pregnancy relate to their partners, their unborn child, and their support network, potentially contributing to stronger emotional bonds (Dein *et al*., 2012).

Despite these potential benefits, some studies have shown that R/S may also be associated with adverse outcomes depending on how religious and spiritual beliefs are interpreted and used in coping. Piccinini *et al.* found that negative coping was associated with higher levels of depressive, anxiety, and stress symptoms, as well as poorer physical and psychological QoL (Piccinini *et al*., 2021), whereas Vitorino *et al*. observed that negative religious/spiritual coping was significantly associated with a greater presence of depressive symptoms, particularly among women with high-risk pregnancies (Vitorino *et al*., 2018). Similarly, certain spiritual beliefs may contribute to reluctance toward medical interventions, such as blood transfusions or the use of contraceptive methods, thereby requiring careful ethical consideration from healthcare professionals (Koenig, 2012).

Despite advances in the field, longitudinal research (Lucchetti, Lucchetti, 2014; Lucchetti *et al*., 2021) on health and spirituality remains limited (Iles-Caven *et al*., 2021), particularly in obstetric populations. Existing longitudinal studies suggest that R/S may be associated with favorable maternal outcomes. Higher spiritual well-being has been associated with a more positive childbirth experience (Hosaini *et al*., 2023), whereas greater religious commitment and religiosity have been associated with lower levels of depressive symptoms during pregnancy and/or the puerperium (Clements *et al*., 2016). Furthermore, religiosity has shown a protective association with anxiety symptoms and has been linked to attenuation of the effects of acculturative stress among women during pregnancy (Osman *et al*., 2021). Taken together, these findings suggest that R/S may represent important psychosocial resources for maternal mental health. However, the present study extends previous research by longitudinally assessing multiple dimensions of R/S and changes in these dimensions across pregnancy while simultaneously examining their associations with mental health and QoL.

Because the relationship between spirituality and health involves ethical, practical, and cultural considerations relevant to multiple sectors, including the lay public, healthcare professionals, researchers, and religious leaders (Puchalski, Ferrell, 2011; Aziato *et al*., 2016), longitudinal research addressing this relationship during pregnancy is needed. A deeper understanding of these associations during pregnancy may help inform maternal healthcare,

particularly prenatal and childbirth care, by supporting more sensitive and effective care strategies.

Thus, the present study aimed to investigate whether R/S assessed in early pregnancy predicts mental health and quality of life in the third trimester and to examine whether changes in R/S between the first and third trimesters are associated with changes in these outcomes.

METHODS

Design, period, and ethical aspects

This longitudinal study was conducted with pregnant women pregnancy living in Juiz de Fora, Brazil, between June 2021 and June 2025. Juiz de Fora is a medium-sized municipality in the interior of Brazil, with approximately 600,000 inhabitants, and serves as a regional referral center for obstetric care.

The present study was approved by the Research Ethics Committees of the Federal University of Juiz de Fora and Maternidade Therezinha de Jesus, Brazil, under approval numbers 1.881.783/2016 and 1.945.726/2016. All participants provided written informed consent.

Population

The study population consisted of women receiving prenatal care at the obstetric outpatient clinics of Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) and the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora (HU-UFJF), Brazil. These institutions are referral centers for obstetric care in the municipality and neighboring cities, thereby extending the geographic reach of the study population.

Eligibility criteria

For baseline data collection, we included women receiving prenatal care at obstetric outpatient clinics affiliated with HMTJ and HU-UFJF who had initiated prenatal visits by the 16th week of gestation (gestational age ≤ 16 weeks), were aged 18 years or older, and were registered and followed at the service throughout pregnancy. For follow-up, participants were included if they completed the second questionnaire between the 32nd and 36th weeks of gestation.

We excluded women with a history of severe psychiatric disorders previously diagnosed by a physician or documented in clinical records, as well as those with clinical or cognitive

limitations, such as severe schizophrenia or major intellectual disabilities, that prevented adequate understanding of or responses to the study questionnaires. Participants lost to follow-up were also excluded, including those who died, lost contact with the research team, moved to another city, or experienced miscarriage or preterm delivery during the follow-up period.

Instruments

The questionnaire was self-administered, took approximately 30 min to complete, and included:

- Sociodemographic data: age, race, education, marital status, and current occupation;
- Obstetric data: gestational age, parity, history of miscarriage, and medical history;
- Social support – Perceived Social Support Scale (EPSS): This 29-item scale assesses perceived social support across three dimensions: emotional, instrumental, and informational support. Responses are recorded on a four-point Likert scale ranging from "1" (never) to "4" (always), indicating how often participants perceive that they can rely on support from others. The Brazilian version has demonstrated satisfactory validity and reliability (Siqueira, Maria, 2008);
- Depression, anxiety, and stress symptoms – 21-item short version of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21): This 21-item instrument comprises three seven-item subscales assessing symptoms of depression, anxiety, and stress. Responses are recorded on a four-point Likert scale ranging from "0" (did not apply to me) to "3" (applied to me very much or most of the time), referring to the previous week. Scores for each domain are calculated by summing the corresponding items. The Brazilian version has demonstrated adequate psychometric properties (Vignola, Tucci, 2014);
- Religiosity – Duke Religion Index (DUREL): This five-item instrument assesses three dimensions of religious involvement related to health: organizational religiosity (OR), nonorganizational religiosity (NOR), and intrinsic religiosity (IR). OR refers to participation in collective religious activities; NOR refers to private religious practices, such as prayer and reading sacred texts; and IR reflects the extent to which religious beliefs are internalized and guide an individual's life (Koenig, Büssing, 2010). Responses are based on Likert-type scales, with specific response categories for each dimension, as defined in the original instrument. The Brazilian version has demonstrated good validity and reliability (Lucchetti *et al*., 2012);

- Spirituality – Daily Spiritual Experiences Scale (DSES): This 16-item scale assesses the frequency of daily spiritual experiences and is considered a unidimensional measure. The first 15 items are answered on a six-point Likert scale ranging from "1" (many times a day) to "6" (never or almost never). The 16th item is answered on a four-point scale ranging from "1" (not close to God at all) to "4" (as close as possible) and is subsequently reverse-coded to maintain the same scoring direction as the other items. The total score is calculated by summing all 16 items and ranges from 16 to 94 points. The Brazilian version has demonstrated satisfactory validity and reliability (Kimura *et al.*, 2012);
- Religious coping – Brief Religious Coping Scale (Brief RCOPE): This 14-item scale assesses two dimensions of religious coping: positive religious coping and negative religious coping, with seven items in each dimension. Responses are recorded on a five-point Likert scale ranging from "1" (not at all) to "5" (a great deal) (Pargament *et al.*, 1998). Scores are calculated by summing the items corresponding to each domain. The two-dimensional structure has been confirmed in the Brazilian version, which showed adequate psychometric properties (Esperandio *et al.*, 2018);
- QoL – WHOQOL-Brief: This 26-item instrument includes two items assessing overall QoL and 24 items distributed across four domains: physical, psychological, social relationships, and environment. Responses are recorded on a five-point Likert scale. Domain scores are calculated according to the recommendations of the World Health Organization and subsequently transformed to a 0–100 scale, with higher scores indicating better quality of life. The Brazilian version has demonstrated adequate internal consistency, construct validity, discriminant validity, concurrent validity, and test–retest reliability (Fleck *et al.*, 2000).

Procedures

Participants were recruited in order of arrival at the outpatient clinics and interviewed using a structured questionnaire administered by researchers affiliated with the project or by medical residents in Gynecology and Obstetrics at HU-UFJF who had received prior training in the study procedures.

The first assessment (up to the 16th week of gestation; T1) was conducted on the same day as the participant's first prenatal visit, whereas the second assessment (T2), using the same instruments as at T1, was conducted during the third trimester, between the 32nd and 36th

weeks of gestation. The researchers explained the study objectives to all participants, who voluntarily provided written informed consent.

Data obtained from the questionnaires and instruments were entered into a database created in Excel for Windows and subsequently exported to R software, version 4.5.3, for analysis.

Sample Size

Based on a previous cross-sectional study conducted by our group (Piccinini *et al*., 2021), associations between religious/spiritual coping and mental health were observed, with beta coefficients (β) ranging from 0.207 to 0.321. For the present sample size calculation, the most conservative β value of 0.207 was therefore used. This value was converted to Cohen's f^2, resulting in an f^2 value of 0.042. Using G*Power 3.1, with a significance level of 0.05, statistical power of 0.80, and a linear regression model including 10 predictors, the minimum required sample size was 189 participants. To account for potential loss to follow-up in this longitudinal study, an anticipated dropout rate of 40% was incorporated, resulting in a target recruitment sample of at least 270 participants.

Statistical Analyses

Statistical analyses included only complete cases, defined as participants with complete data for all baseline and follow-up variables of interest. Descriptive statistics were summarized using absolute and relative frequencies for categorical variables and means and standard deviations for continuous variables.

Inferential analyses were conducted in two stages. First, baseline religious and spiritual measures were examined as predictors of mental health and QoL at follow-up using linear regression models. Four models were specified: Model 1 was unadjusted; Model 2 was adjusted for the sociodemographic variables age, education, employment status, marital status, race, and social support; Model 3 additionally included the clinical variables gestational age, parity, history of miscarriage, and medical history; and Model 4 additionally adjusted for the baseline value of the corresponding outcome.

Second, linear regression models were used to examine whether changes in religious or spiritual measures were associated with changes in mental health and QoL. For these analyses, delta (Δ) scores were calculated as follow-up scores minus baseline scores for all predictors and

outcomes. The same covariate adjustments were applied, except for Model 4, because the analyses were based on change scores.

Based on the regression analyses, the predictor showing the most consistent associations across the models, negative R/S coping, was further examined to explore its longitudinal pattern. Participants were categorized into four groups: Low → Low, Low → High, High → Low, and High → High, based on the mean scores for negative R/S coping. Analyses of covariance (ANCOVAs) were then performed to compare the four groups while adjusting for the same sociodemographic and clinical covariates and the baseline value of the corresponding outcome included in the regression analyses. Tukey post hoc tests were used for pairwise group comparisons. A $p < 0.05$ was considered statistically significant, and 95% confidence intervals (CIs) were reported.

RESULTS

A total of 364 participants answered the baseline questionnaire, and 290 completed assessments at both time points. Of these, 270 (74.1%) had complete data for all variables of interest and were included in the analyses.

Table 1 presents the sociodemographic and clinical characteristics of the sample. The mean age was 29.9 ± 6.1 years. Most participants were White (58.5%), employed (76.7%), and living with a partner (75.9%). Regarding obstetric characteristics, 65.9% were nulliparous, 14.1% had a history of miscarriage, and 13.0% reported a previous medical condition. The sample showed high levels of spirituality and religiosity, with a mean DSES score of 4.7 ± 0.9 and a mean IR score of 13.3 ± 2.1. Mean positive and negative religious coping scores were 3.5 ± 0.6 and 1.4 ± 0.5, respectively, indicating greater use of positive than negative religious coping. Approximately 47.0% of participants reported attending religious services at least once a week, and 66.3% reported engaging in private religious activities at least daily.

Lagged linear regression models were used to examine whether baseline R/S measures were associated with follow-up outcomes (Tables 2 and 3). For mental health outcomes, only OR was associated with lower depressive symptom scores at T2 ($\beta = -0.123$, $p = 0.031$). For QoL, higher NOR was associated with lower physical QoL ($\beta = -0.138$, $p = 0.014$) and lower psychological QoL ($\beta = -0.115$, $p = 0.019$) at follow-up, even after adjustment for the specified covariates.

Tables 2 and 3 also present the associations between changes in R/S measures and changes in mental health and QoL. In the fully adjusted models, increases in daily spiritual experiences were associated with reductions in depressive symptoms (β = -0.145, p = 0.019), whereas increases in negative religious coping were associated with worsening depressive symptoms (β = 0.275, p < 0.001), anxiety symptoms (β = 0.228, p < 0.001), and stress symptoms (β = 0.193, p = 0.002). For QoL, increases in daily spiritual experiences were associated with improvements in psychological QoL (β = 0.246, p < 0.001). Similarly, increases in NOR (β = 0.214, p < 0.001), IR (β = 0.202, p = 0.001), and positive religious coping (β = 0.140, p = 0.023) were associated with improvements in psychological QoL. Conversely, increases in negative religious coping were associated with reductions in psychological (β = -0.123, p = 0.046), social (β = -0.183, p = 0.003), and environmental QoL (β = -0.144, p = 0.021).

Finally, longitudinal patterns of negative religious/spiritual coping were examined because this variable showed consistent associations with multiple outcomes over time (Table 4 and Figure 1). After adjustment for the specified covariates, significant differences among groups were identified for depression (F[3.255] = 9.32, p < 0.001), anxiety (F[3.255] = 6.34, p < 0.001), stress (F[3.255] = 8.04, p < 0.001), physical QoL (F[3.255] = 3.86, p = 0.010), and environmental QoL (F[3.255] = 3.86, p = 0.010). Post hoc analyses showed that participants with persistently low negative religious coping (Low → Low) had lower levels of depression, anxiety, and stress than participants with persistently high negative religious coping (High → High) and those whose negative religious coping increased over time (Low → High). Similarly, participants with persistently low negative religious coping (Low → Low) had higher physical QoL than those in both the High → High and High → Low groups. For environmental QoL, participants in the High → Low group had significantly better outcomes than those in the High → High group.

DISCUSSION

This study advances understanding of how religious and spiritual beliefs may be associated with mental health and QoL during pregnancy. Our findings showed that, although baseline R/S had limited ability to predict follow-up outcomes, changes in R/S were consistently associated with changes in mental health and QoL, with both favorable and unfavorable associations. Among the R/S variables examined, negative religious coping showed the most consistent associations with adverse outcomes. In addition, trajectory analyses indicated that women with persistently high or increasing levels of negative religious coping experienced poorer psychological outcomes than those with persistently low levels. Healthcare professionals may therefore benefit from recognizing both adaptive and maladaptive uses of R/S during pregnancy to help identify women who may be vulnerable, facilitate appropriate referrals, and support interventions that address spiritual needs.

Our initial findings concerned the ability of R/S variables assessed in early pregnancy to predict mental health and QoL in the third trimester. OR, that is, attendance at religious services, was associated with lower depressive symptom severity at follow-up, a finding consistent with previous studies. Mann *et al*. (2007) showed in a cross-sectional study that higher levels of religiosity were associated with lower depressive symptom severity during pregnancy. A similar association was observed in another prospective study, in which regular participation in organized religious activities during pregnancy significantly reduced the risk of depressive symptoms in the postpartum period, independently of baseline depression levels and social support (Mann *et al.*, 2008). One possible explanation is that participation in religious communities may encourage healthy behaviors, expand support networks, strengthen a sense of belonging, and facilitate adaptive coping with the changes inherent to pregnancy (Clements *et al*., 2016).

Conversely, higher baseline levels of NOR were associated with poorer physical and psychological QoL at follow-up. One plausible explanation is that women experiencing greater physical or psychological vulnerability, persistent concerns, or a greater need for coping may have engaged more intensively in these practices in early pregnancy. In this context, greater NOR may reflect an increased need for coping rather than contribute directly to poorer perceived QoL at follow-up, as previously suggested in population-based surveys (VanderWeele *et al*., 2017).

Notably, changes in R/S over the course of pregnancy appeared more relevant to the assessed outcomes than their initial levels. This finding reinforces the dynamic nature of religious and spiritual beliefs during pregnancy, a period characterized by substantial physical, emotional, and existential changes. Unlike cross-sectional studies (Mann *et al*., 2007; Piccinini *et al*., 2021), the longitudinal design adopted here allowed changes in spiritual experiences to be examined alongside changes in mental health and QoL over time, supporting a temporal association between these phenomena.

In this context, increases in daily spiritual experiences were associated with both reductions in depressive symptoms and improvements in psychological QoL. Daily spiritual experiences may foster hope, a sense of purpose in life, inner peace, and connection with something perceived as transcendent, mechanisms frequently associated with greater psychological resilience (Underwood, 2006). During pregnancy, these experiences may help women reinterpret challenges and reduce the emotional burden associated with the uncertainties and changes inherent to this period. From the theoretical perspective of Pargament and Park, such experiences may strengthen the process of meaning-making, thereby enhancing resilience

in response to physical and emotional changes (Pargament, 1997) and potentially contributing to more favorable psychological adjustment. Similarly, increases in IR were associated with improvements in psychological QoL. These findings are consistent with evidence suggesting that internalized forms of religiosity may provide more consistent psychological benefits than exclusively behavioral or social manifestations of religion (Koenig *et al*., 2012).

Interestingly, increases in positive religious/spiritual coping were also associated with improvements in psychological QoL, although no significant associations were observed with symptoms of depression, anxiety, or stress. This finding suggests that positive religious/spiritual coping strategies may be more closely related to subjective emotional well-being than to specific symptoms of psychological distress. Previous studies have shown that positive religious/spiritual coping may foster trust, hope, acceptance, and perceived divine support, thereby contributing to a more favorable appraisal of one's life even in potentially stressful circumstances (Pargament *et al*., 1998; Koenig *et al*., 2012). Similar findings have been reported among women during pregnancy. Piccinini *et al*. (2021) found that positive religious/spiritual coping was associated with better psychological QoL but not with symptoms of depression, anxiety, or stress. In addition, Puente *et al*. (2015) demonstrated that religious/spiritual coping was associated with better psychological adaptation during pregnancy (Puente *et al*., 2015).

Despite the favorable associations observed in our study, negative religious/spiritual coping showed the most consistent associations across outcomes. Increases in this form of coping were associated with worsening symptoms of depression, anxiety, and stress, as well as poorer psychological, social, and environmental QoL. These findings are consistent with a substantial body of literature identifying negative religious/spiritual coping as a marker of spiritual distress, characterized by experiences such as feelings of abandonment by God, divine punishment, religious conflicts, and spiritual doubts (Pargament *et al*., 1998; Koenig *et al*., 2001). Such experiences may intensify negative emotional responses, reduce the adaptive capacity to cope adaptively with stressors, and impair multiple dimensions of psychosocial functioning, as widely described in previous research (Ano, Vasconcelles, 2005; Koenig *et al*., 2012).

Trajectory analyses further supported this interpretation by showing that women who maintained persistently high levels of negative religious/spiritual coping or whose negative religious/spiritual coping increased over the course of pregnancy had poorer psychological outcomes than women who maintained persistently low levels. These findings suggest that negative religious/spiritual coping may not merely reflect a transient response but may represent

a sustained correlate of psychological distress during pregnancy. Previous studies have similarly found that negative coping was associated with higher levels of depression, anxiety, and stress symptoms in Brazilian samples (Vitorino *et al*., 2018; Piccinini *et al*., 2021), as well as higher levels of anxiety in an Iranian sample (Mirzaee *et al*., 2022).

Similarly, women whose negative religious/spiritual coping decreased over follow-up also showed improvements in environmental QoL, suggesting that this coping pattern may be modifiable over time. Although the present study was not interventional, this finding is consistent with literature suggesting that spiritual struggles and maladaptive religious coping strategies can be addressed through spiritual care interventions, with potential benefits for well-being and QoL across different clinical populations (Puchalski *et al*., 2009; Koenig *et al*., 2012).

The findings of the present study have important implications for clinical practice. Religiosity is often regarded primarily as a protective factor (Koenig *et al*., 2012; Koenig, 2018); however, our findings reinforce that its association with health may depend on how religious beliefs and spiritual experiences are understood and integrated into coping. While positive spiritual experiences and adaptive religious/spiritual coping may support psychological well-being, religious conflict and negative forms of coping may be associated with greater emotional vulnerability (Koenig, 2018; Garssen *et al*., 2021). Therefore, clinical assessments that consider only the presence or absence of religious involvement may be insufficient to capture the broader influence of spirituality on health during pregnancy. In this context, incorporating spiritual assessment into prenatal care may contribute to the early identification of women who may be more vulnerable to psychological distress. Brief spiritual history-taking instruments (Lucchetti *et al*., 2013), combined with attentive listening and respect for individual beliefs, may help healthcare professionals identify spiritual conflicts and facilitate timely referral for psychological support, spiritual care, or multidisciplinary follow-up when appropriate.

The present findings also contribute to a broader understanding of how R/S may be associated with health during pregnancy. Rather than functioning as static characteristics, these dimensions appeared to change alongside the emotional adaptations experienced throughout pregnancy. Accordingly, interventions aimed at strengthening positive spiritual experiences and addressing negative forms of religious/spiritual coping may represent complementary strategies for supporting mental health and QoL during prenatal care.

This study has some limitations. The sample consisted of women receiving prenatal care in a single Brazilian city, with a predominance of Christian religious affiliations, which may limit the generalizability of the findings to populations with different cultural or religious characteristics. In addition, all data were obtained using self-report instruments, which may be affected by recall and social desirability biases. Despite these limitations, the longitudinal design represents an important methodological strength because it enabled assessment of changes in religious and spiritual dimensions throughout pregnancy and their temporal associations with mental health and QoL.

In conclusion, R/S assessed in early pregnancy showed limited ability to predict subsequent mental health and QoL outcomes, whereas changes in R/S across pregnancy were more consistently associated with changes in these outcomes. Negative religious/spiritual coping showed the strongest pattern of associations with poorer mental health and QoL, highlighting its potential relevance as a marker of psychosocial vulnerability during pregnancy.

REFERENCES

Alves, A. C., Souza, R. T., Mayrink, J., Galvao, R. B., Costa, M. L., Feitosa, F. E., . . . Santana, D. S. (2023). Measuring resilience and stress during pregnancy and its relation to vulnerability and pregnancy outcomes in a nulliparous cohort study. *BMC pregnancy and childbirth, 23*(1), 396.

Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology, 61*(4), 461-480.

Aziato, L., Ohemeng, H. A., & Omenyo, C. N. (2016). Experiences and perceptions of Ghanaian midwives on labour pain and religious beliefs and practices influencing their care of women in labour. *Reproductive health, 13*, 1-7.

Backes, D. S., Gomes, E. B., Rangel, R. F., Rolim, K. M. C., Arrusul, L. S., & Abaid, J. L. W. (2023). Significado da dimensão espiritual do cuidado em saúde na gestação e no parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 30*, e3774.

Baldwin, A., Capper, T., & Naughton, S. (2025). My 'normal'isn't your normal... What is maternal wellbeing? A scoping review. *Midwifery, 141*, 104250.

Bei, B., Milgrom, J., Ericksen, J., & Trinder, J. (2010). Subjective perception of sleep, but not its objective quality, is associated with immediate postpartum mood disturbances in healthy women. *Sleep, 33*(4), 531-538.

Callister, L. C., & Khalaf, I. (2010). Spirituality in childbearing women. *The Journal of perinatal education, 19*(2), 16.

Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M.-P., & Loxton, D. (2014). History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PloS one, 9*(4), e95038.

Clements, A. D., Fletcher, T. R., Childress, L. D., Montgomery, R. A., & Bailey, B. A. (2016). Social support, religious commitment, and depressive symptoms in pregnant and postpartum women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 34*(3), 247-259.

da Silva Vieira, M. d. F., & Fuentes, M. P. (2020). Bem-estar e espiritualidade na gravidez. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*(36 (1)), 37-47.

de Ascenção Salvador, A. P., da Mata, J. A. L., Dalla Nora, C. R., de Oliveira Sanfelice, C. F., Rocha, C. M. F., & Weissheimer, A. M. (2025). Efeitos da prática de mindfulness em gestantes e parturientes atendidas no ambiente hospitalar. *Revista Enfermagem Atual In Derme, 99*(supl. 1), e025089-e025089.

Dein, S., Cook, C. C., & Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. *The Journal of nervous and mental disease, 200*(10), 852-855.

Esperandio, M. R. G., Escudero, F. T., Fernandes, M. L., & Pargament, K. I. (2018). Brazilian validation of the brief scale for spiritual/religious coping—SRCOPE-14. *Religions, 9*(1), 31.

Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida" WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública, 34*, 178-183.

Garssen, B., Visser, A., & Pool, G. (2021). Does spirituality or religion positively affect mental health? Meta-analysis of longitudinal studies. *The international journal for the psychology of religion, 31*(1), 4-20.

Grotzinger, H., Martínez-García, M., Miller, E. C., Stelzer, I. A., Collado, M. C., & Jacobs, E. G. (2026). The Maternal Brain in Context: Systemic Physiological Changes Across Pregnancy. *Annual Review of Neuroscience, 49*.

Hosaini, S., Yazdkhasti, M., Moafi Ghafari, F., Mohamadi, F., Kamran Rad, S. H. R., & Mahmoodi, Z. (2023). The relationships of spiritual health, pregnancy worries and stress and perceived social support with childbirth fear and experience: A path analysis. *PloS one, 18*(12), e0294910.

Iles-Caven, Y., Gregory, S., Bickerstaffe, I., Northstone, K., & Golding, J. (2021). Parental spiritual and religious beliefs and behaviour data collected from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children, 2020. *Wellcome Open Res, 6*, 175. doi:10.12688/wellcomeopenres.17010.3

Keegan, M. B. (2021). Spirituality in Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol, 64*(3), 704-711. doi:10.1097/grf.0000000000000633

Kimura, M., de Oliveira, A. L., Mishima, L. S., & Underwood, L. G. (2012). Adaptação cultural e validação da Underwood's Daily Spiritual Experience Scale-versão brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46*, 99-106.

Koenig, H. G. (2012). *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*: L&PM,54-67.

Koenig, H. G. (2018). *Religion and mental health: Research and clinical applications*: Academic Press.363p.

Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemological studies. *Religions, 1*(1), 78-85.

Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*.2.ed. Oup Usa.1169p.

Koenig, H. G., Larson, D. B., & Larson, S. S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *Annals of pharmacotherapy, 35*(3), 352-359.

Lagadec, N., Steinecker, M., Kapassi, A., Magnier, A. M., Chastang, J., Robert, S., . . . Ibanez, G. (2018). Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth, 18*(1), 455. doi:10.1186/s12884-018-2087-4

Lucchetti, G., Bassi, R. M., & Lucchetti, A. L. G. (2013). Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore, 9*(3), 159-170.

Lucchetti, G., Granero Lucchetti, A. L., Peres, M. F., Leão, F. C., Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2012). Validation of the duke religion index: DUREL (Portuguese version). *Journal of religion and health, 51*(2), 579-586.

Lucchetti, G., Koenig, H. G., & Lucchetti, A. L. G. (2021). Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World J Clin Cases, 9*(26), 7620-7631. doi:10.12998/wjcc.v9.i26.7620

Lucchetti, G. & Lucchetti, A. L. (2014). Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). *Int J Psychiatry Med, 48*(3), 199-215. doi:10.2190/PM.48.3.e

Mann, J. R., McKeown, R. E., Bacon, J., Vesselinov, R., & Bush, F. (2007). Religiosity, spirituality, and depressive symptoms in pregnant women. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 37*(3), 301-313.

Mann, J. R., McKeown, R. E., Bacon, J., Vesselinov, R., & Bush, F. (2008). Do antenatal religious and spiritual factors impact the risk of postpartum depressive symptoms? *Journal of Women's Health, 17*(5), 745-755.

Mirzaee, F., Hasanpoor-Azghady, S. B., & Amiri-Farahani, L. (2022). Correlation between religious coping, demographic and fertility factors, and pregnancy anxiety of Iranian primiparous women: a cross-sectional study. *BMC psychiatry, 22*(1), 298.

Norhayati, M., Hazlina, N. N., Asrenee, A., & Emilin, W. W. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of Affective Disorders, 175*, 34-52.

Osman, K. M., Lara-Cinisomo, S., & D'Anna-Hernandez, K. L. (2021). Associations between religiosity and perinatal anxiety symptoms among women of Mexican descent. *Journal of Affective Disorders, 294*, 77-84.

Pargament, K. I. (1997). The psychology of religion and coping. New York: Guilford Press.548p.

Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 710-724.

Piccinini, C. R. P., de Castro Almeida, V., da Silva Ezequiel, O., de Matos Fajardo, E. F., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. (2021). Religiosity/spirituality and mental health and quality of life of early pregnant women. *Journal of religion and health, 60*(3), 1908-1923.

Puchalski, C., & Ferrell, B. (2011). *Making health care whole: Integrating spirituality into patient care*: Templeton Foundation Press.288p.

Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., . . . Prince-Paul, M. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine, 12*(10), 885-904.

Puente, C. P., Morales, D. M., & Monge, F. J. C. (2015). Religious coping and locus of control in normal pregnancy: moderating effects between pregnancy worries and mental health. *Journal of religion and health, 54*(5), 1598-1611.

Rodrigues, O. M., & Schiavo Rde, A. (2011). [Stress in pregnancy and puerperium: a correlation with postpartum depression]. *Rev Bras Ginecol Obstet, 33*(9), 252-257. doi:10.1590/s0100-72032011000900006

Silva, M. M. d. J., Nogueira, D. A., Clapis, M. J., & Leite, E. P. R. C. (2017). Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 51*, e03253.

Simões, I. C. G. (2023). Influência de variáveis clínico-obstétricas e religiosidade na depressão pós-parto.32f.

Siqueira, M., & Maria, M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em estudo, 13*(2).

Sotudeh, T., Hasanpoor-Azghady, S. B., & Amiri-Farahani, L. (2022). Relationship between Religious Coping, Pain Severity, and Childbirth Self-Efficacy in Iranian Primipara Women. *Obstet Gynecol Int, 2022*, 2338683. doi:10.1155/2022/2338683

Underwood, L. G. (2006). Ordinary spiritual experience: Qualitative research, interpretive guidelines, and population distribution for the Daily Spiritual Experience Scale. *Archive for the Psychology of Religion, 28*(1), 181-218.

VanderWeele, T. J., Yu, J., Cozier, Y. C., Wise, L., Argentieri, M. A., Rosenberg, L., . . . Shields, A. E. (2017). Attendance at religious services, prayer, religious coping, and religious/spiritual identity as predictors of all-cause mortality in the Black Women's Health Study. *American journal of epidemiology, 185*(7), 515-522.

Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders, 155*, 104-109.

Vitorino, L. M., Chiaradia, R., Low, G., Cruz, J. P., Pargament, K. I., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. (2018). Association of spiritual/religious coping with depressive symptoms in high- and low-risk pregnant women. *J Clin Nurs, 27*(3-4), e635-e642. doi:10.1111/jocn.14113

Wójcik, M., Aniśko, B., & Siatkowski, I. (2024). Quality of life in women with normal pregnancy. *Sci Rep, 14*(1), 12434. doi:10.1038/s41598-024-63355-7

Zewude, B., Siraw, G., & Adem, Y. (2022). The Preferences of Modes of Child Delivery and Associated Factors Among Pregnant Women in Southern Ethiopia. *Pragmat Obs Res, 13*, 59-73. doi:10.2147/por.s370513

Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. *Handbook of the psychology of religion and spirituality, 54*, 1-6.

TABLES

Table 1. Baseline sociodemographic, clinical, religiosity/spirituality, and outcome characteristics of the sample (N = 270)

Variables	n	±	%
Sociodemographics			
Age (years)	29.9	6.1	
Education (years)	14.8	5.0	
Working status			
Not working	63		23.3
Working	207		76.7
Marital status			
Partened	205		75.9
Color/Race			
White	158		58.5
Non-white	112		41.5
Clinical data			
Baseline Gestational age	10.5	3.5	
Parity			
Multiparous	92		34.1
Nulliparous	178		65.9
Abortion history	38		14.1
Medical history	35		13.0
DSES	4.7	0.9	
DUREL OR			
Never	15		5.6
Once a year or less	23		8.5
A few times a year	67		25.0
A few times a month	37		14.0
Once a week	70		26.0
More than once a week	58		21.0
DUREL NOR			
Rarely or Never	18		6.7
A few times a month	20		7.4
Once a week	18		6.7
Two or three times a week	35		13.0
Daily	132		49.0
More than once a day	47		17.0
DUREL IR	13.3	2.1	
RCOPE Positive	3,5	0.6	
RCOPE Negative	1.4	0.5	
Outcomes			
SSPS	3.0	0.5	
DASS Depression	9.9	9.0	
DASS Anxiety	10.0	9.0	
DASS Stress	17.2	10.3	
WHOQoL Physical	62.9	13.3	
WHOQoL Psychological	63.4	12.8	
WHOQoL Social	70.4	17.7	
WHOQoL Environment	55.7	11.6	

Legend: n (number in the sample); ± (standard deviation); % (percentage); SSPS (Social Support Perception Scale); DSES (Daily Spiritual Experiences Scale); DUREL (Duke Religion Index); OR (Organizational Religiosity); NOR (Non-Organizational Religiosity); IR (Intrinsic Religiosity); RCOPE (Religious Coping Scale); DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale); WHOQoL (Quality of Life Scale).

Table 2. Associations of baseline religiosity/spirituality measures and changes in these measures with mental health outcomes

Predictor	Depression β ± (p)	Anxiety β ± (p)	Stress β ± (p)
Panel A. Baseline (T1) predictors of follow-up mental health (full adjusted)			
DSES T1	**-0.061 (0.291)**	**0.013 (0.807)**	**0.060 (0.278)**
DUREL OR T1	-0.123 (0.031)	**-0.014 (0.791)**	**0.023 (0.668)**
DUREL NOR T1	**-0.108 (0.057)**	**0.055 (0.296)**	**0.037 (0.490)**
DUREL IR T1	**-0.078 (0.172)**	**-0.037 (0.491)**	**0.023 (0.668)**
RCOPE Positive T1	**-0.074 (0.197)**	**0.005 (0.927)**	**0.079 (0.145)**
RCOPE Negative T1	**0.051 (0.435)**	**0.079 (0.198)**	**0.095 (0.120)**
Panel B. Changes in spirituality/religiosity and changes in mental health (full adjusted) (T2)			
ΔDSES	-0.145 (0.019)	**-0.116 (0.062)**	**-0.109 (0.081)**
ΔDUREL OR	**0.029 (0.641)**	**-0.064 (0.309)**	**-0.019 (0.759)**
ΔDUREL NOR	**0.005 (0.931)**	**-0.100 (0.112)**	**0.025 (0.686)**
ΔDUREL IR	**0.031 (0.624)**	**-0.005 (0.942)**	**0.015 (0.817)**
ΔRCOPE Positive	**-0.021 (0.732)**	**-0.078 (0.211)**	**-0.067 (0.283)**
ΔRCOPE Negative	0.275 (< 0.001)	0.228 (< 0.001)	0.193 (< 0.002)

Legend: β (Beta); ± (p-value); T1 (first trimester); T2 (third trimester); DSES (Daily Spiritual Experiences Scale); DUREL (Duke Religion Index); OR (Organizational Religiosity); NOR (Non-Organizational Religiosity); IR (Intrinsic Religiosity); RCOPE (Religious Coping Scale); Δ (Delta); - (minus); < (less than).

Table 3. Associations of baseline religiosity/spirituality measures and changes in these measures with quality-of-life outcomes

Predictor	Physical QoL β ± (p)	Psychological QoL β ± (p)	Social QoL β ± (p)	Environmental QoL β ± (p)
Panel A. Baseline (T1) predictors of follow-up QoL (Lagged models)				
DSES T1	**0.006 (0.912)**	**0.013 (0.804)**	**0.036 (0.551)**	**-0.071 (0.236)**
DUREL OR T1	**-0.050 (0.387)**	**0.042 (0.400)**	**0.028 (0.642)**	**-0.028 (0.634)**
DUREL NOR T1	-0.138 (0.014)	-0.115 (0.019)	**0.001 (0.981)**	**-0.105 (0.074)**
DUREL IR T1	**-0.021 (0.714)**	**-0.022 (0.656)**	**0.021 (0.720)**	**-0.003 (0.964)**
RCOPE Positive T1	**-0.059 (0.306)**	**0.031 (0.534)**	**-0.063 (0.293)**	**-0.050 (0.402)**
RCOPE Negative T1	**-0.087 (0.167)**	**0.020 (0.724)**	**0.065 (0.320)**	**-0.045 (0.493)**
Panel B. Changes in spirituality/religiosity and changes in QoL (Clinical models) (T2)				
ΔDSES	**-0.001 (0.991)**	0.246 (< 0.001)	**0.102 (0.097)**	**0.102 (0.102)**
ΔDUREL OR	**-0.061 (0.327)**	**0.087 (0.161)**	**-0.073 (0.237)**	**0.028 (0.657)**
ΔDUREL NOR	**0.062 (0.316)**	0.214 (< 0.001)	**0.073 (0.242)**	**0.112 (0.074)**
ΔDUREL IR	**0.020 (0.745)**	0.202 (0.001)	**0.008 (0.896)**	**-0.020 (0.756)**
ΔRCOPE Positive	**0.024 (0.700)**	0.140 (0.023)	**0.104 (0.093)**	**0.051 (0.418)**
ΔRCOPE Negative	**-0.092 (0.138)**	-0.123 (0.046)	-0.183 (0.003)	-0.144 (0.021)

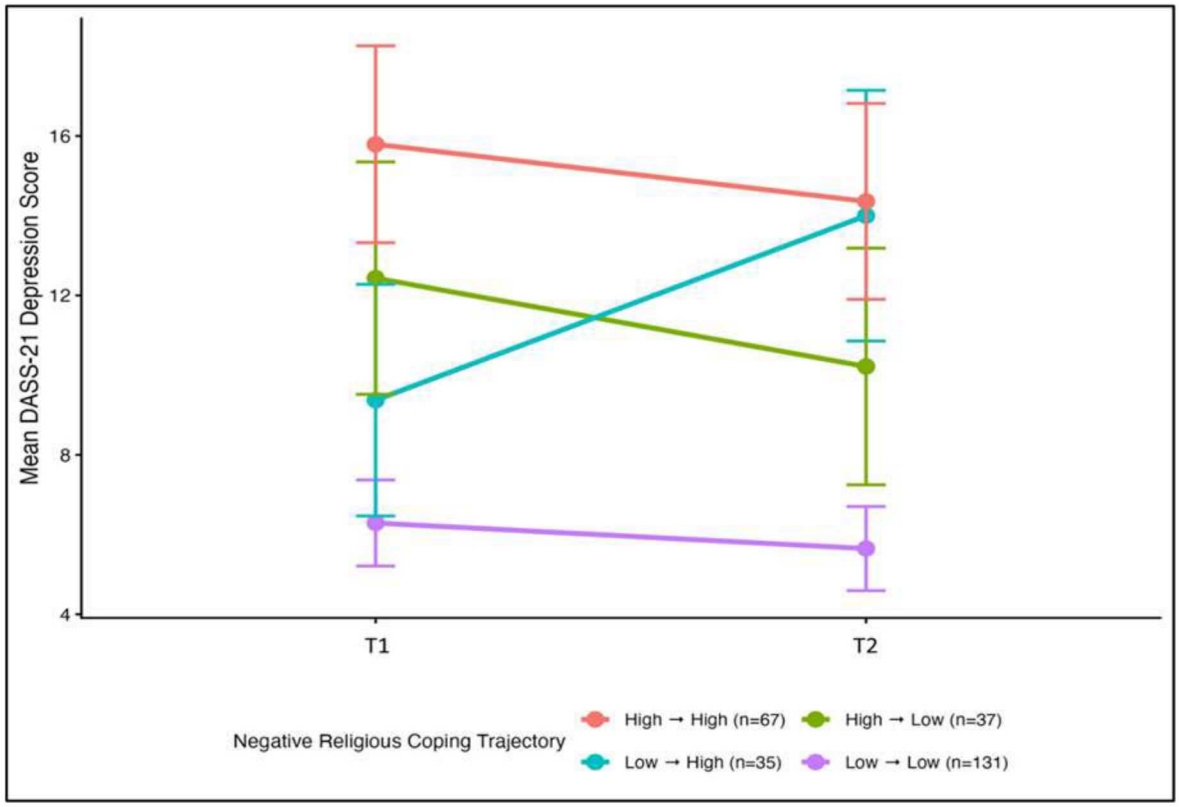
Legend: QoL (Quality of Life); β (Beta); ± (p-value); T1 (first trimester); T2 (third trimester); DSES (Daily Spiritual Experiences Scale); DUREL (Duke Religion Index); OR (Organizational Religiosity); NOR (Non-Organizational Religiosity); IR (Intrinsic Religiosity); RCOPE (Religious Coping Scale); Δ (Delta); - (minus); < (less than).

Table 4. Associations of negative religious/spiritual coping trajectories with follow-up mental health and quality-of-life outcomes (T1 × T2)

Outcome	Overall ANCOVA	p-value	Significant Tukey post-hoc comparisons
Depression	F(3.255) = 9.32	**< 0.001**	High → High > Low → Low (**p < 0.001**); Low → High > Low → Low (**p < 0.001**)
Anxiety	F(3.255) = 6.34	**< 0.001**	High → High > Low → Low (**p = 0.001**); Low → High > Low → Low (**p = 0.005**)
Stress	F(3.255) = 8.04	**< 0.001**	High → High > Low → Low (**p < 0.001**); Low → High > Low → Low (**p < 0.001**)
Physical QoL	F(3.255) = 3.86	**0.010**	Low → Low > High → High (**p = 0.028**); Low → Low > High → Low (**p = 0.046**)
Psychological QoL	F(3.255) = 1.38	0.250	None
Social QoL	F(3.254) = 0.36	0.785	None
Environmental QoL	F(3.255) = 3.86	**0.010**	High → Low > High → High (**p = 0.005**)

Legend: ANCOVA (Analysis of covariance); QoL (Quality of Life); = (equal); < (less than); > (greater than).

Figure 1. Average depression score on the DASS-21 demonstrating a negative trajectory of religious coping over time (T1 × T2)



Legend: DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale); T1 (first trimester); T2 (third trimester); n (number in the sample); = (equal).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a R/E inicial não tenha sido um bom preditor dos desfechos durante o acompanhamento, as alterações na R/E estiveram de forma consistente relacionadas às mudanças na saúde mental e na QV, evidenciando associações tanto positivas quanto negativas. O enfrentamento negativo emergiu como fator mais robusto. Gestantes com níveis persistentes elevados de enfrentamento religioso negativo apresentaram desfechos psicológicos mais desfavoráveis em comparação àquelas cujo enfrentamento permaneceu em níveis baixos ao longo do tempo.

Com base no exposto, os resultados deste estudo indicam que a hipótese foi aceita em parte pois levantou-se que crenças R/E se associam de forma positiva com a saúde mental e a QV de mulheres durante a gravidez.

REFERÊNCIAS

ABDOLLAHPOUR, S.; KHOSRAVI, A. Relationship between spiritual intelligence with happiness and fear of childbirth in Iranian pregnant women. **Iran J Nurs Midwifery Res**, Mumbai, v. 23, n. 1, p. 45-50, Jan./Feb. 2018.

ABRAHAM, J. **Religion and science series**. No 1. Bangalore: Darmavaram Publications. 2004.

AI, A. L. et al. Pathways to postoperative hostility in cardiac patients: Mediation of coping, spiritual struggle and interleukin-6. **J Health Psychol**, London, v. 15, n. 2, p. 186-195, Mar. 2010.

ALCHALEL, S. et al. The impact of religious beliefs on early lactation in Israeli mothers. **Breastfeed Med**, New Rochelle, v. 19, n. 7, p. 525-533, July 2024.

ALDWIN, C. M. et al. Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: a self-regulation perspective. **Psychol Religion Spirituality**, Washington, v. 6, n. 1, p. 9-21, Jan. 2014.

ALMEIDA, A. M. et al. Posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria sobre espiritualidade e religiosidade em psiquiatria. **Debates Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 6-8, abr. 2018. Disponível em: https://revistardp.org.br/revista/article/view/309. Acesso em: 12 abr. 2025.

ALMEIDA, A. M. D.; STROPPA, A. Espiritualidade & saúde mental: importância e impacto da espiritualidade na saúde mental. **Zen Review**, v. 2, n. 1, p. 2-6, maio 2009. Disponível em: https://www.espiritualidades.com.br/Artigos/M_autores/MOREIRA-ALMEIDA_Alexander_et_STROPPA_Andre_tit_Espiritualidade_e_Saude_Mental.pdf. Acesso em: 10 abr. 2025.

ALMEIDA, M. M. R. et al. Fatores associados a gravidez não planejada entre gestantes de alto risco do HMIB. **Braz J Develop**, Paraná, v. 6, n. 5, p. 31173-31183, maio 2020.

ALVES, R. R. D. N. et al. The influence of religiosity on health. **Ciên Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2105-2111, July 2010.

ALVES, T. V.; BEZERRA, M. M. M. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o período gestacional. **Id on Line Rev Mult Psic**, v. 14, n. 49, p. 114-126, fev. 2020. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2324/3608. Acesso em: 10 abr. 2025.

ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. **Am Fam Physician**, Kansas City, v. 63, n. 1, p. 81-89, Jan. 2001.

ANDERSON, M. R. et al. Genetic correlates of spirituality/religion and depression: a study in offspring and grandchildren at high and low familial risk for depression. **Spiritual Clin Pract**, Washington, v. 4, n. 1, p. 43-63, Mar. 2017.

ANYFANTAKIS, D. et al. Impact of religiosity/spirituality on biological and preclinical markers related to cardiovascular disease. Results from the SPILI III study. **Hormones**, Athens, v. 12, n. 3, p. 386-96, July/Sep. 2013.

ARRIEIRA, I. C. D. O. et al. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 52, p. 1-7, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/rRzH3886NYD5SThYX3pdLfR/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 02 maio 2025.

ASCENÇÃO SALVADOR, A. P. et al. Efeitos da prática de mindfulness em gestantes e parturientes atendidas no ambiente hospitalar. **Rev Enferm Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 99, supl. 1, p. 1-18, jun. 2025. Disponível em: https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/2513/4342. Acesso em: 10 mar. 2025.

AVANTS, S. K. et al. Spiritual beliefs, world assumptions, and HIV risk behavior among heroin and cocaine users. **Psychol Addict Behav**, Indianapolis, v. 17, n. 2, p. 159-162, June 2003.

AWAWORYI CHURCHILL, S.; APPAU, S.; OCLOO, J. E. Religion and the risks of sexually transmissible infections: Evidence from Britain. **J Relig Health**, New York, v. 30, n. 3, p. 1613-1629, June 2021.

AZEVEDO, M.; EFREM FILHO, R. A maioria perseguida: religião, ciência e democracia na audiência pública sobre aborto no STF. **Rev Anthropológicas**, Recife, v. 32, n. 2, p. 76-110, jan. 2021.

AZIATO, L.; ODAI, P. N. A.; OMENYO, C. N. Religious beliefs and practices in pregnancy and labour: an inductive qualitative study among post-partum women in Ghana. **BMC Pregnancy Childbirth,** v. 16, n. 138, p. 1-10, June 2016.

AZIATO, L.; OHEMENG, H. A.; OMENYO, C. N. Experiences and perceptions of Ghanaian midwives on labour pain and religious beliefs and practices influencing their care of women in labour. **Reprod Health**, London, v. 13, n. 1, p. 136, Nov 2016.

BACKES, D. S. et al. Interactividad sistémica entre los conceptos interdependientes de cuidado de enfermería. **Chía**, Colombia, v. 16, n. 1, p. 24-31, Marzo 2016.

BACKES, D. S. et al. Significado da dimensão espiritual do cuidado em saúde na gestação e no parto. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 30, p. 1-8, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/Hs3GkNgRcYV89PSQJVr6wkt/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 02 maio 2025.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-7, jan./mar. 2009.

BADINTER, E. **Um amor conquistado:** o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BALBONI, T. A. et al. State of the science of spirituality and palliative care research part II: screening, assessment, and interventions. **J Pain Symptom Manage**, Madison, v. 54, n. 3, p. 441-453, Sep. 2017.

BALDUCCI, L. Culture and palliative care. *In*: SILBERMANN, M. (Ed.). **Palliative care for chronic cancer patients in the community:** global approaches and future applications. Minneapolis: Springer Nature Switzerland, 2021. p. 65-71.

BALTAZAR, D. V. S. **Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental:** impasse ou possibilidade? Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental. 2003. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. *In*: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. (Coleção educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BAUM, A.; REVENSON, T. A.; SINGER, J. **Handbook of health psychology**. 2. ed. New York: Psychology Press, 2011.

BEECHER, H. K. The powerful placebo. **J Am Med Assoc**, Chicago, v. 159, n. 17, p. 1602-1606, Dec. 1955.

BEHMANESH, F. et al. Spiritual health, anxiety and fear of childbirth in Iran: is there any relationship? **J Relig Health**, New York, v. 64, n. 1, p. 400-412, Feb. 2025.

BEI, B. et al. Subjective perception of sleep, but not its objective quality, is associated with immediate postpartum mood disturbances in healthy women. **Sleep**, New York, v. 33, n. 4, p. 531-538, Apr. 2010.

BENJAMINS, M. R.; TRINITAPOLI, J.; ELLISON, C. G. Religious attendance, health maintenance beliefs, and mammography utilization: Findings from a nationwide survey of Presbyterian women. **J Sci Stud Relig**, Malden, v. 45, n. 4, p. 597-607, Nov. 2006.

BERG, G. The relationship between spiritual distress, PTSD and depression in Vietnam combat veterans. **J Pastoral Care Counsel**, Kutztown, v. 65, n. 1, p. 1-11, Spring/Summer 2011.

BERNARD, J. Y. et al. Maternal religion and breastfeeding intention and practice in the US Project Viva cohort. **Birth**, Berkeley, v. 47, n. 2, p. 191-201, June 2020.

BERNTSON, G. G. et al. Spirituality and autonomic cardiac control. **Ann Behav Med**, Knoxville, v. 35, n. 2, p. 198-208, Apr. 2008.

BETTO, F; BARBA, E.; COSTA, J. F. **Ética**. Rio de Janeiro: Garamond, 1997.

BEZERRA, A. P. A.; CESAR, M. B.; LARA, S. R. G. Recusa a transfusão de sangue por gestantes e puérperas testemunhas de Jeová. **REME – Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 1052-4059, out./dez. 2015.

BEZERRA, J. N. et al. Instrumentos que avaliam a espiritualidade de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. **Rev InterScientia**, João Pessoa, v. 7, n. 2, p. 160-173, jul./dez. 2019.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, maio/jun. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/TRS8Gc5pSh3SRkywzg99P5p/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 02 maio 2025.

BOFF, L. **Espiritualidade:** um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BONELLI, R. M.; KOENIG, H. G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. **J Relig Health**, New York, v. 52, n. 2, p. 657-673, June 2013.

BORNEMAN, T.; FERRELL, B.; PUCHALSKI, C. M. Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. **J Pain Symptom Manage**, Madison, v. 40, n. 2, p. 163-173, Aug. 2010.

BOSCAGLIA, N. et al. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. **Int J Gynecol Cancer**, Cambridge, v. 15, n. 5, p. 755-761, Sep./Oct. 2005.

BREWER, L. C. et al. Religiosity/spirituality and cardiovascular health: the American Heart Association Life's simple 7 in African Americans of the Jackson Heart Study. **J Am Heart Assoc**, Oxford, v. 11, n. 17, p. 1-33, Sep. 2022.

CALDEIRA, S.; ESPERANDIO, M. R. G. (Orgs.). **Espiritualidade e saúde:** fundamentos e práticas em perspectiva luso-brasileira. V. 2. Curitiba: PUCPPress, 2022.

CALLISTER, L. C. Making meaning: women's birth narratives. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, Philadelphia, v. 33, n. 4, p. 508-518, July/Aug. 2004.

CALLISTER, L. C.; KHALAF, I. Spirituality in childbearing women. **J Perinat Educ**, Washington, v. 19, n. 2, p. 16-24, Spring, 2010.

CALLISTER, L. C.; LAURI, S.; VEHVILAINEN-JULKUNEN, K. A description of birth in Finland. **MCN Am J Matern Child Nurs**, v. 25, n. 3, p. 146-150, May/June 2000.

CAMATI, O. Uma era secular. **Conjectura: Filos Educ**, Caxias do Sul, v. 18, n. 3, p. 192-195, set./dez. 2013.

CAP, B.; BILGIC, D.; PALA, H. G. Investigation of the relationship between spiritual well-being, prenatal stress and attachment level of Turkish women conceiving spontaneously or with assisted reproductive techniques. **J Relig Health**, New York, v. 63, n. 3, p. 2344-2361, June 2024.

CARVALHO, J. J. **Características do fenômeno religioso na sociedade contemporânea**. Série Antropologia. Brasília, 1991.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F.; WEINTRAUB, J. K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. **J Pers Soc Psychol**, Washington, v. 56, n. 2, p. 267-283, Feb. 1989.

CHARDIN, P. T. **O fenômeno humano**. São Paulo: Pensamento-Cultrix Ltda., 2005. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=t06K7zPKgaIC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 15 jun. 2025.

CHAVES, E. C. L. et al. Ansiedade e espiritualidade em estudantes universitários: um estudo transversal. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 504-509, maio/jun. 2015.

CHEHRAZI, M. et al. Health promotion behaviours of pregnant women and spiritual well-being: Mediatory role of pregnancy stress, anxiety and coping ways. **Nurs Open**, Hoboken, v. 8, n. 6, p. 3558-3565, Nov. 2021.

CHIES, G. A. F.; TAKIMI, L. N. Religiosidade, espiritualidade e saúde mental em estudantes de ensino médio: um estudo transversal. **Debates Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1-28, 2024. Disponível em: https://revistardp.org.br/revista/article/view/1098. Acesso em: 19 maio. 2025.

CHOJENTA, C. et al. History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 4, p. 1-7, Apr. 2014.

CLEMENTS, A. D. et al. Social support, religious commitment, and depressive symptoms in pregnant and postpartum women. **J Reprod Infant Psychol**, Abingdon, v. 34, n. 3, p. 247-259, Mar. 2016.

CLEMENTS, A. D.; ERMAKOVA, A. V. Surrender to God and stress: a possible link between religiosity and health. **Psychol Relig Spirituality**, Washington, v. 4, n. 2, p. 93-107, May 2012.

COELHO-JÚNIOR, H. J. et al. Religiosity/spirituality and mental health in older adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Front Med**, Lausanne, v. 9, n. 5, p. 1-29, May 2022.

COSTA, E. S. et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun. 2010.

COTTON, S. et al. Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. **J Gen Intern Med**, Philadelphia, v. 21, suppl. 5, p. 5-13, Dec. 2006.

COUNCIL, A. **Clinical practice guidelines:** antenatal care – module I. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing, 2012. Disponível em: https://consultations.health.gov.au/phd-tobacco/clinical-practice-guidelines-antenatal-care-module/supporting_documents/ANC_Guidelines_Mod1FINAL%20D13871243.PDF. Acesso em: 02 maio 2025.

CROWTHER, S. A. et al. Spirituality and childbirth: an international virtual co-operative inquiry. **Women Birth**, Amsterdam, n. 34, p. 2, p. 135-145, Mar. 2021.

CURCIO, C. S. S.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Investigação dos conceitos de religiosidade e espiritualidade em amostra clínica e não clínica em contexto brasileiro: uma análise qualitativa. **Inter Psicol**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 281-292, ago. 2019.

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Rev Psiq Clin**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 25-33, out. 2007.

DALGALARRONDO, P. Rubim de Pinho: fragmentos da Psiquiatria Transcultural. **Braz J Psychiatry**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 282-283, dez. 2004.

DARWICHE, G. et al. A influência da religiosidade na escolha do tratamento médico. *In*: **Anais do 21º Encontro Científico Cultural Interinstitucional – 2023**.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an american rite of passage**. London: Routledge, 2022.

DEBNAM, K. J. et al. Spiritual health locus of control and health behaviors in African Americans. **Am J Health Behav**, Star City, v. 36, n. 3, p. 360-372, Mar. 2012.

DEDERT, E. A. et al. Religiosity may help preserve the cortisol rhythm in women with stress-related illness. **Int J Psychiatry Med**, Farmingdale, v. 34, n. 1, p. 61-77, Jan. 2004.

DEIN, S.; COOK, C. C.; KOENIG, H. Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. **J Nerv Ment Dis**, Baltimore, v. 200, n. 10, p. 852-855, Oct. 2012.

DEMIR, R.; KAYA ODABAŞ, R. Investigation into the relationship between women's thoughts, stigmatizing attitudes, beliefs, and behaviors on voluntary abortion and spiritual well-being in Turkiye. **J Transcult Nurs**, Memphis, v. 35, n. 3, p. 207-215, May 2024.

DERRIDA, J. et al. **A religião:** o seminário de Capri. São Paulo: Estação Liberdade, 2000.

DILMEN, S.; DILMEN, İ.; ÖZBEK, H. A contemporary perspective on spirituality during pregnancy: a bibliometric analysis. **J Relig Health**, New York, v. 64, n. 4, p. 2832-2857, Aug 2025.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciên Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005.

DOKUHAKI, S. et al. Investigation of the relationship between religious attitude and postpartum physical and perineal pain in Iran. **J Relig Health**, New York, v. 62, n. 5, p. 3313-3326, Oct. 2023.

DONATELLI, M. F. **A compreensão da religiosidade no psicodiagnóstico interventivo fenomenológico-existencial**. 2005. 272 f. Tese (Doutorado e, Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

ESPORCATTE, R. et al. Espiritualidade: do conceito à anamnese espiritual e escalas para avaliação. **Rev SOCESP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 306-314, out. 2020.

EVANS, K.; SPIBY, H.; MORRELL, C. J. Developing a complex intervention to support pregnant women with mild to moderate anxiety: application of the Medical Research Council framework. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 20, n. 1, p. 1-12, Dec. 2020.

EVEN-ZOHAR GROSS, N. et al. Attitudes toward prenatal genetic testing and therapeutic termination of pregnancy among parents of offspring with Prader-Willi syndrome. **Eur J Med Genet**, Amsterdam, v. 60, n. 4, p. 205-211, Apr. 2017.

EVERS, E. C. **Vivendo a gravidez em harmonia**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1999.

FAISAL-CURY, A. et al. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy. **Arch Womens Ment Health**, Wien, v. 12, n. 5, p. 335-343, Oct. 2009.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicol Reflex Crít**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 381-389, dez. 2005.

FARIAS, M.; UNDERWOOD, R.; CLARIDGE, G. Unusual but sound minds: mental health indicators in spiritual individuals. **Br J Psychol**, London, v. 104, n. 3, p. 364-381, Aug. 2013.

FITCHETT, G. **Assessing spiritual needs:** a guide for caregivers. Minneapolis: Fortress Press, 1993.

FITCHETT, G.; RISK, J. L. Screening for spiritual struggle. **J Pastoral Care Counsel**, Kutztown, v. 63, n. 1-2, p. 1-12, Spring/Summer 2009.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

FOLKMAN, S. et al. Stress, coping, and high-risk sexual behavior. **Health Psychol**, Hillsdale, v. 11, n. 4, p. 218-222, Apr. 1992.

FORTI, S.; SERBENA, C. A.; SCADUTO, A. A. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciên Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1463-1474, mar. 2020.

FREIRE, G. T.; SALGADO, M. I. (Orgs.). **Saúde e espiritualidade:** uma nova visão da medicina. Vol. 1. São Paulo: INEDE, 2013.

GASTAUD, M. B. et al. Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 12-18, jan./abr. 2006.

GEBARA, I. **Rompendo o silêncio:** uma fenomenologia feminista do mal. Petrópolis: Vozes, 2000.

GERONE, L. G. T. A espiritualidade no contexto da ciência da saúde. **Rev Cient Multidisc Núcleo Conhecimento**, São Paulo, v. 1, n. 9, p. 121-136, set. 2020. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/ciencia-da-religiao/ciencia-da-saude. Acesso em 15 jun. 2025.

GIBORE, N. S.; BALI, T. A.; KIBUSI, S. M. Factors influencing men's involvement in antenatal care services: a cross-sectional study in a low resource setting, Central Tanzania. **Reprod Health**, London, v. 16, n. 1, p. 1-10, May 2019.

GOLDBOURT, U.; YAARI, S.; MEDALIE, J. H. Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. A 23-year mortality follow-up in the Israeli Ischemic Heart Disease Study. **Cardiology**, Basel, v. 82, n. 2-3, p. 100-121, Feb./Mar. 1993.

GOMES, S. B. et al. Avaliação da influência da espiritualidade e religiosidade no processo saúde doença. **Saúde Foco**, Teresina, v. 3, p. 115-128, 2018. Disponível em: https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/201001679.pdf. Acesso em: 10 abr. 2025.

GREGÓRIO, S. B. Religião e vivência religiosa. **Rev Filos**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 300-305, jan. 1995.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev Psiq Clin**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 88-94, out. 2007.

HEIMANN, T. **Cuidando de cuidadores: acompanhamento a profissionais que assistem pacientes em UTIS:** uma abordagem a partir da psicologia pastoral. 2003. 84 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2003.

HILL, T. D. et al. Religious attendance and biological functioning: a multiple specification approach. **J Aging Health**, Newbury Park, v. 26, n. 5, p. 766-785, Aug. 2014.

HILL, T. D. et al. Religious involvement and healthy lifestyles: evidence from the survey of Texas adults. **Ann Behav Med**, Knoxville, v. 34, n. 2, p. 217-222, Oct. 2007.

HODAPP, B.; ZWINGMANN, C. Religiosity/spirituality and mental health: a meta-analysis of studies from the German-speaking area. **J Relig Health**, New York, v. 58, n. 6, p. 1970-1998, Dec. 2019.

HOLLAND, J. C. **Psycho-oncology**. New York: Oxford University Press, 2010.

HOLT, C. L. et al. Positive self-perceptions as a mediator of religious involvement and health behaviors in a national sample of African Americans. **J Behav Med**, New York, v. 37, n. 1, p. 102-112, Feb. 2014a.

HOLT, C. L. et al. Religion and health in African Americans: the role of religious coping. Am J Health Behav, v. 38, n. 2, p. 190-199, Mar. 2014b.

HORDERN, J. Religion and culture. **Medicine**, Abingdon, v. 44, n. 10, p. 589-592, Oct. 2016.

HOSAINI, S. et al. The relationships of spiritual health, pregnancy worries and stress and perceived social support with childbirth fear and experience: a path analysis. **PLoS One**, San Francisco, v. 18, n. 12, p. 1-14, Dec. 2023.

HUFFORD, D. J. An analysis of the field of spirituality, religion and health. **Metanexo Salus**. 2005. Disponível em: https://metanexus.net/analysis-field-spirituality-religion-and-health-david-j-hufford/. Acesso em: 15 jun. 2025.

HUIZINGA, J.; ABELAIRA, A.; SILVA, V. D. **O declínio da Idade Média**. Lisboa: Ulisseia Lousã, 1985.

HUMMER, R. A. et al. Religious involvement and US adult mortality. **Demography**, Washington, v. 36, n. 2, p. 273-285, May 1999.

ILES-CAVEN, Y. et al. Parental spiritual and religious beliefs and behaviour data collected from the Avon longitudinal study of parents and children, 2020. **Wellcome Open Res**, London, London, v. 6, n. 11, p. 1-32, Nov. 2021.

INOUE, T. M.; VECINA, M. V. A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **J Health Sci Inst**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 127-130, abr./jun. 2017.

IRONSON, G. et al. Spirituality and religiousness are associated with long survival, health behaviors, less distress, and lower cortisol in people living with HIV/AIDS. **Ann Behav Med**, Knoxville, v. 24, n. 1, p. 34-48, Winter, 2002.

JACINTHO, J. O. et al. Abordagem teórico-prática da espiritualidade em pacientes institucionalizados. **Rev UFG**, Goiânia, v. 17, n. 20, p. 1-21, ago. 2017. Disponível em: https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/51766. Acesso em: 30 jun. 2025.

JEE, S. B.; SAWAL, A. Physiological changes in pregnant women due to hormonal changes. **Cureus**, Palo Alto, v. 16, n. 3, p. 1-8, Mar. 2024.

JESSE, D. E.; REED, P. G. Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, Philadelphia, v. 33, n. 6, p. 739-747, Nov./Dec. 2004.

JESSE, D. E.; WALLACE, D. C.; SEAVER, W. A holistic approach to risk-screening in pregnancy with Appalachian women. **J Holist Nurs**, Telluride, v. 20, n. 2, p. 133-151, June 2002.

KABUKÇU, C. et al. Predictors of prenatal distress and fear of childbirth among nulliparous and parous women. **Niger J Clin Pract**, Mumbai, v. 22, n. 12, p. 1635-1643, Dec. 2019.

KEEGAN, M. B. Spirituality in pregnancy. **Clin Obstet Gynecol**, Hagerstown, v. 64, n. 3, p. 704-711, Sep. 2021.

KIM, J. H. et al. Self-transcendence trait and its relationship with in vivo serotonin transporter availability in brainstem raphe nuclei: an ultra-high-resolution PET-MRI study. **Brain Res**, Amsterdam, v. 1629, n. 12, p. 63-71, Dec. 2015.

KIMURA, M. et al. Adaptação cultural e validação da Underwood's Daily Spiritual Experience Scale – versão brasileira. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. esp. p. 99-106, out. 2012.

KING, D. E. et al. The relationship between attendance at religious services and cardiovascular inflammatory markers. **Int J Psychiatry Med**, Farmingdale, v. 31, n. 4, p. 415-425, Apr. 2001.

KLEIN, M. M. S.; GUEDES, C. R. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicol Ciên Prof**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 862-871, dez. 2008.

KOENIG, H. G. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. **JAMA**, Chicago, v. 288, n. 4, p. 487-493, July 2002.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde:** o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012a.

KOENIG, H. G. Religion and depression in older medical inpatients. **Am J Geriatr Psychiatry**, Washington v. 15, n. 4, p. 282-291, Apr. 2007a.

KOENIG, H. G. Religion and medicine II: religion, mental health, and related behaviors. **Int J Psychiatry Med**, Los Angeles, v. 31, n. 1, p. 97-109, Jan. 2001.

KOENIG, H. G. Religion and remission of depression in medical in patients with heart failure/pulmonary disease. **J Nerv Ment Dis**, Baltimore, v. 195, n. 5, p. 389-395, May 2007b.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality and medicine in Australia: research and clinical practice. **Med J Aust**, Sydney, v. 186, n. 10, p. 45-46, May 2007c.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, Cairo, n. 12, p. 1-33, Dec. 2012b.

KOENIG, H. G. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. **Can J Psychiatry**, Ottawa, v. 54, n. 5, p. 283-291, May 2009.

KOENIG, H. G. Spirituality and mental health. **Int J Appl Psych Stud**, London, v. 7, n. 2, p. 116-122, Feb. 2010.

KOENIG, H. G. STUDENTJAMA. Taking a spiritual history. **JAMA**, Chicago, v. 291, n. 23, p. 2881, June 2004.

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

KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. **Handbook of religion and health**. 2th. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

KOENIG, H.; PARKERSON JR, G. R.; MEADOR, K. G. Religion index for psychiatric research. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 154, n. 6, p. 885-886, June 1997.

KOENIG, L. B.; VAILLANT, G. E. A prospective study of church attendance and health over the lifespan. **Health Psychol**, Hillsdale, v. 28, n. 1, p. 117-124, Jan. 2009.

KOLETIĆ, G. et al. A meta-analytic exploration of associations between religious service attendance and sexual risk taking in adolescence and emerging adulthood. **J Health Psychol**, London, v. 28, n. 12, p. 1103-1116, Oct. 2023.

KOLK, M.; SAARELA, J. Religion and fertility: a longitudinal register study examining differences by sex, parity, partner's religion, and religious conversion in Finland. **Eur J Popul**, Amsterdam, v. 40, n. 1, p. 1-25, Feb. 2024.

KRAUSE, N. Religious meaning and subjective well-being in late life. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, Washington, v. 58, n. 3, p. 160-170, May 2003.

KUCKEL, D. P.; JONES, A. L.; SMITH, D. K. The spiritual assessment. **Am Fam Physician**, Kansas City, v. 106, n. 4, p. 415-419, Oct. 2022.

LAMA, D. **Uma ética para o novo milênio:** sua santidade, o Dalai Lama. 7. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

LEE, B. Y.; NEWBERG, A. B. Religion and health: a review and critical analysis. **J Relig Sci**, Malden, v. 40, n. 2, p. 443-468, May 2005.

LEIRIA, C. S. Transfusões de sangue contra a vontade de paciente de religião Testemunhas de Jeová: uma gravíssima violação de direitos humanos. **Conteúdo Jurídico**, Brasilia, 19 mar 2009. Disponível em: https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/17022/transfusoes-de-sangue-contra-a-vontade-de-paciente-da-religiao-testemunhas-de-jeova-uma-gravissima-violacao-de-direitos-humanos. Acesso em: 31 jun. 2025.

LEITE, M. G. et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicol Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, jan./mar. 2014.

LENHARDT, M. **Espiritualidade e autocuidado na visão das práticas integrativas e complementares em saúde**. 2020. 29 f. Monografia (Especialização Práticas Integrativas e Complementares) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2020.

LEVIN, J. **Deus, fé e saúde**. São Paulo: Cultrix, 2003.

LEVIN, J. S.; VANDERPOOL, H. Y. Is religion therapeutically significant for hypertension? **Soc Sci Med**, Oxford, v. 29, n. 1, p. 69-78, Jan. 1989.

LIMA, D. R. **História da medicina:** um guia prático e bem-humorado. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

LINDEMBERG, M. A. **Saúde-doença:** conhecimento, poder, cultura, ciência e história. Práxis em Saúde Coletiva (Online). 2006. Disponível em: https://psaudecoletiva.blogspot.com/2009/04/saude-doenca-conhecimento-poder-cultura.html. Acesso em: 20 jun. 2025.

LÓPEZ-TARRIDA, A. D. C.; DE DIEGO-CORDERO, R.; LIMA-RODRÍGUEZ, J. S. Spirituality in a doctor's practice: what are the issues? **J Clin Med**, Basel, v. 10, n. 23, p. 1-16 Nov. 2021.

LOUCKS, E. B. et al. Social integration is associated with fibrinogen concentration in elderly men. **Psychosom Med**, Baltimore, v. 67, n. 3, p. 353-358, May/June 2005.

LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. **Manual for the depression anxiety stress scales**. Sydney: Psychology Foundation, 1995.

LUCCHESE, F. A.; KOENIG, H. G. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. **Braz J Cardiovasc Surg**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 103-128, Mar. 2013.

LUCCHETTI, A. L. et al. Spiritual treatment for depression in Brazil: an experience from spiritism. **Explore**, New York, v. 11, n. 5, p. 377-386, Sep./Oct. 2015.

LUCCHETTI, G. et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. Rev Bras Clin Med, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 154-158, mar./abr. 2010.

LUCCHETTI, G. et al. Spirituality or religiosity: is there any difference? **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 83-84, Jan./Mar. 2015.

LUCCHETTI, G. et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **J Relig Health**, New York, v. 51, n. 2, p. 579-586, June 2012.

LUCCHETTI, G.; BASSI, R. M.; LUCCHETTI, A. L. G. Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. **Explore**, New York, v. 9, n. 3, p. 159-170, May/June 2013.

LUCCHETTI, G.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, religiousness, and mental health: a review of the current scientific evidence. **World J Clin Cases**, Hong Kong, v. 9, n. 26, p. 7620-7631, Sep. 2021.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). **Int J Psychiatry Med**, Los Angeles, v. 48, n. 3, p. 199-215, Mar. 2014.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; KOENIG, H. G. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. **Explore**, New York, v. 7, n. 4, p. 234-238, July/Aug. 2011.

LUCERO, S. M. et al. Links between religious and spiritual coping and adjustment among fathers and mothers during first pregnancy. **J Reprod Inf Psychology**, Abingdon, v. 31, n. 3, p. 309-322, May 2013.

LUTGENDORF, S. K. et al. Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. **Health Psychol**, Washington, v. 23, n. 5, p. 465-475, Sep. 2004.

MAHONEY, A. Religion in families 1999 to 2009: A relational spirituality framework. **J Marriage Fam**, Menasha, v. 72, n. 4, p. 805-827, Aug. 2010.

MAJOR-SMITH, D. et al. Associations between religious/spiritual beliefs and behaviours and dietary patterns: analysis of the parental generation in a prospective cohort study (ALSPAC) in Southwest England. **Public Health Nutr**, Wallingford, v. 26, n. 12, p. 2895-2911, Dec. 2023.

MAJOR-SMITH, D. et al. Demographic and socioeconomic predictors of religious/spiritual beliefs and behaviours in a prospective cohort study (ALSPAC) in Southwest England: Results from the parental generation. **Wellcome Open Res**, London, v. 7, n. 6, p. 1-27, June 2024.

MAKO, C.; GALEK, K.; POPPITO, S. R. Spiritual pain among patients with advanced cancer in palliative care. J Palliat Med, v. 9, n. 5, p. 1106-1113, Oct. 2006.

MANN, J. R. et al. Do antenatal religious and spiritual factors impact the risk of postpartum depressive symptoms? **J Womens Health**, Larchmt, v. 17, n. 5, p. 745-755, June 2008a.

MANN, J. R. et al. Predicting depressive symptoms and grief after pregnancy loss. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, Utrecht v. 29, n. 4, p. 274-279, Dec. 2008b.

MANN, J. R. et al. Religiosity, spirituality and antenatal anxiety in Southern U.S. women. **Arch Womens Ment Health**, Wien, v. 11, n. 1, p. 19-26, Jan. 2008c.

MANN, J. R. et al. Religiosity, spirituality, and depressive symptoms in pregnant women. **Int J Psychiatry Med**, Farmingdale, v. 37, n. 3, p. 301-313, Mar. 2007.

MARGOTTA, R. **História ilustrada da medicina**. Trad. da versão inglesa por Marcos Leal. Barueri: Manole, 1998.

MARTINIANO, E. C.; SILVA, N. E. F.; QUIRINO, G. S. Bem-estar espiritual, satisfação com a vida e sintomas psicopatológicos em mulheres grávidas: estudo transversal. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 1-7, dez. 2024. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/84205/52140. Acesso em: 28 fev. 2025.

MARTINS, L. B.; ZANGARI, W. Relações entre experiências anômalas tipicamente contemporâneas, transtornos mentais e experiências espirituais. **Rev Psiq Clín**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 198-203, jun./jul. 2012.

MASTERS, K. S.; WALLSTON, K. A. Canonical correlation reveals important relations between health locus of control, coping, affect and values. **J Health Psychol**, London, v. 10, n. 5, p. 719-731, Sep. 2005.

MAUGANS, T. A. The SPIRITual history. **Arch Fam Med**, Chicago, v. 5, n. 1, p. 11-16, Jan. 1996.

McCLAIN-JACOBSON, C. et al. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. **Gen Hosp Psychiatry**, New York, v. 26, n. 6, p. 484-486, Nov./Dec. 2004.

McSHERRY, W.; CASH, K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. **Int J Nurs Stud**, Oxford, v. 41, n. 2, p. 151-161, Feb. 2004.

MELO, C. F. et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estud Pesq Psicol**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n2/v15n2a02.pdf. Acesso em: 15 jun. 2025.

MENDES, I. M. M. M. D. **Ajustamento materno e paterno:** experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto. 2007. 383 f. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) – Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2007.

MENEZES, T. M. O. Dimensão espiritual do cuidado na saúde e enfermagem. **Rev Baiana Enferm**, **Salvador,** v. 31, n. 2, p. 1-3, jul. 2017. Disponível em: https://revbaianaenferm.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/22522. Acesso em: 30 jun. 2025.

MOHR, S. et al. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 163, n. 11, p. 1952-1959, Nov. 2006.

MONTEIRO, D. D. et al. Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. **Bol - Acad Paul Psicol**, São Paulo, v. 40, n. 98, p. 129-139, jan./jun. 2020.

MORAES, P. R. **Religião e saúde:** a relação entre a espiritualidade e a prevenção do câncer do colo do útero. 2020. 73 f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2020.

MOREIRA, W. C. et al. Effects of the association between spirituality, religiosity and physical activity on health/mental health: a sistematic review. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 54, p. 1-8, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K9SV9wbjLjXRfPcxj66gSgr/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 jun. 2025.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. **Arch Clin Psychiatry**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 22-25, Jan. 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Rev Psiq Clín**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 31-32, jan./fev. 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. **World Psychiatry**, Milan, v. 15, n. 1, p. 87-88, Feb. 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Braz J Psychiatry**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 176-182, Apr./June 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Braz J Psychiatry**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, Sep. 2006.

MORHASON-BELLO, I. O. et al. Attitude and preferences of Nigerian antenatal women to social support during labour. **J Biosoc Sci**, Cambridge, v. 40, n. 4, p. 553-562, July 2007.

MOSQUEIRO, B. P.; FLECK, M. P.; ROCHA, N. S. Increased levels of brain-derived neurotrophic factor are associated with high intrinsic religiosity among depressed inpatients. **Front Psychiatry**, Switzerland, v. 10, n. 9, p. 1-8, Sep. 2019.

NAGUIB, S. M.; COMSTOCK, G. W.; DAVIS, H. J. Epidemiologic study of trichomoniasis in normal women. **Obstet Gynecol**, New York, v. 27, n. 5, p. 607-616, May 1966.

NASCIMENTO, E. L. M. et al. A medicina e as manifestações religiosas: uma relação através da história. *In*: **XV Safety, Health and Environment World Congress**. Porto, Portugal, 19-22 July 2015.

NASCIMENTO, F. R. V. **Abordagem da espiritualidade e religiosidade por profissionais de saúde brasileiros:** estudo com base na teoria de resposta ao item. 2023. 43 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

NASCIMENTO, L. C. et al. Spirituality and religiosity in the perspectives of nurses. **Text Contex Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 52-60, Jan./Mar. 2013.

NASCIMENTO, N. C.; BORGES, A. L. V.; FUJIMORI, E. Preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 22-29, dez. 2019.

NORHAYATI, M. N. et al. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 175, n. 4, p. 34-52, Apr. 2015.

O'CONNOR, E. et al. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. **JAMA**, Chicago, v. 315, n. 4, p. 388-406, Jan. 2016.

OLIVEIRA, L. M. S. **Um estudo sobre a vivência da gravidez tardia**. 2014. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2014.

OLIVEIRA, M. R. D.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estud Psicol**, Natal, v. 17, n. 3, p. 469-476, set./dez. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/epsic/a/w3hnsrp3wzVcRPL3DkCzXKr/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 28 fev. 2025.

OMAN, D. Defining religion and spirituality. *In*: PALOUTZIAN, R. F.; PARK, C. L. (Eds.). **Handbook of the psychology of religion and spirituality**. V. 2. Nova York: Guilford Press, 2013. p. 23-47.

OMAN, D. et al. Religious attendance and cause of death over 31 years. **Int J Psychiatry Med**, Farmingdale, v. 32, n. 1, p. 69-89, Jan. 2002.

OMAN, D.; THORESEN, C. Do religion and spirituality influence health? *In*: PALOUTZIAN, R. F.; PARK, C. L. (Eds.). **Handbook of the psychology of religion and spirituality**. V. 1. Nova York: Guilford Press, 2005.

OSMAN, K. M.; LARA-CINISOMO, S.; D'ANNA-HERNANDEZ, K. L. Associations between religiosity and perinatal anxiety symptoms among women of Mexican descent. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 294, n. 11, p. 77-84, Nov. 2021.

PANZINI, R.; BANDEIRA, D. Escala de *coping* religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicol Estud**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507-516, set./dez. 2005

PAPADOPOULOS, I. et al. Spiritual support during COVID-19 in England: a scoping study of online sources. **J Relig Health**, v. 60, n. 4, p. 2209-2230, Aug. 2021.

PARGAMENT, K. I. et al. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. **J Health Psychol**, London, v. 9, n. 6, p. 713-730, Nov. 2004.

PARGAMENT, K. I. et al. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 161, n. 5, p. 1881-1885 Aug. 2001.

PARGAMENT, K. I. Religion and coping: the current state of knowledge. *In*: Folkman S. (Ed.). **The Oxford handbook of stress, health, and coping**. Oxford: University Press, 2010. chapter 14. p. 269-288.

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

PARGAMENT, K. I. The psychology of religion and spirituality? Yes and no. **Int J Psychol Religion**, Hillsdale, v. 9, n. 1, p. 3-16, Jan. 1999.

PARK, C. L. et al. Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine. **J Behav Med**, New York, v. 40, n. 1, p. 39-51, Feb. 2017.

PARK, C. L. Religiousness/spirituality and health: a meaning systems perspective. **J Behav Med**, New York, v. 30, n. 4, p. 319-328, Aug. 2007.

PEARCE, M. J.; SINGER, J. L.; PRIGERSON, H. G. Religious coping among caregivers of terminally ill cancer patients. **J Health Psychol**, London, v. 11, n. 5, p. 743-759, Sep. 2006.

PEREIRA, L. C.; TSALLIS, A. C. Maternidade *versus* sacrifício: uma análise do efeito moral e práticas sobre a maternidade, comumente engendradas nos corpos das mulheres. **Pesqui Prát Psicossociais**, São João Del Rei, v. 15, n. 3, p. 1-14, jul./set. 2020.

PEREIRA, R. C. C. **A dimensão da espiritualidade como estratégia de enfrentamento no diagnóstico positivo de HIV/AIDS em gestantes**. 2010. 81 f. Dissertação (Mestrado em Ciência das Religiões) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev Psiq Clin**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 82-87, 2007.

PICCININI, C. R. P. et al. Religiosity/spirituality and mental health and quality of life of early pregnant women. **J Relig Health**, New York, v. 60, n. 3, p. 1908-1923, June 2021.

PILLON, S. C. et al. Fatores de risco, níveis de espiritualidade e uso de álcool em estudantes de dois cursos de enfermagem. **SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, Ribeirão Preto, v. 6, n. espec. p. 493-513, nov. 2010.

PINTO, A. N.; FALCÃO, E. B. M. Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. **Rev Bras Educ Méd**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 38-46, mar. 2014.

PIRES, L. P. et al. A espiritualidade e o luto na morte perinatal: uma revisão narrativa. **Rev Mundo Saúde**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 140-147, mar. 2024.

POWELL, L. H.; SHAHABI, L.; THORESEN, C. E. Religion and spirituality. Linkages to physical health. **Am Psychol**, Washington, v. 58, n. 1, p. 36-52, Jan. 2003.

PRÉCOMA, D. B. et al. Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 113, n. 4, p. 787-891, Nov. 2019.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Subsecretaria de Planejamento, Gestão Integrada e Participativa. **Plano Municipal de Saúde Participativo 2022-2025**. Juiz de Fora: PJF, 2022. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/instrumento-planejamento/arquivos/plano-municipal-de-saude-2022-2025.pdf. Acesso em: 10 jan. 2026.

PUCHALSKI, C. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **J Palliat Med**, Larchmont, v. 12, n. 10, p. 885-904, Oct. 2009.

PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. **J Palliat Med**, Larchmont, v. 17, n. 6, p. 642-656, June 2014.

PUCHALSKI, C. M. The FICA spiritual history tool #274. **J Palliat Med**, Larchmont, v. 17, n. 1, p. 105-106, Jan. 2014.

PUCHALSKI, C. M. The role of spirituality in health care. **Proc Bay Univ Med Center**, Dallas, v. 14, n. 4, p. 352-357, Oct. 2001.

PUCHALSKI, C.; FERRELL, B. **Making health care whole:** integrating spirituality into patient care. Pennsylvania: Templeton Press, 2011.

PUCHALSKI, C.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **J Palliat Med**, Larchmont, v. 3, n. 1, p. 129-137, Spring 2000.

PUTTINI, R. F. Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil. **Interface – Comunic Saúde Educ**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 87-106, jan./mar. 2008.

RABIEPOOR, S.; SADEGHI, E.; SAYYADI, H. Spiritual health and physical activity among Iranian pregnant women. **J Relig Health**, New York, v. 58, n. 2, p. 506-515, Apr. 2019.

RADDATZ, J. S.; MOTTA, R. F.; ALMINHANA, L. O. Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: círculo vicioso entre demanda e ausência de treinamento. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 24, n. 4, p. 699-709, out./dez. 2019.

RAMEZANI, M. et al. Spiritual care in nursing: a concept analysis. **Int Nurs Rev**, Oxford, v. 61, n. 2, p. 211-219, June 2014.

RAMOS, I. F.; CAMPOS, B.; SCHETTER, C. D. Pregnancy anxiety and beliefs surrounding motherhood in Latinas: a qualitative study. **J Lat Psychol**, Washington, v. 10, n. 4, p. 277-290, Nov. 2022.

RAVEN, F. G. C. **Sintomas depressivos e religiosidade entre gestantes e puérperas atendidas em um programa de incentivo ao aleitamento materno:** um estudo longitudinal durante a pandemia de COVID-19. 2023. 46 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, 2023.

REINDL BENJAMINS, M.; BROWN, C. Religion and preventative health care utilization among the elderly. **Soc Sci Med**, Oxford, v. 58, n. 1, p. 109-118, Jan. 2004.

RODRIGUES, C. C. L. Relações entre religiosidade e maternidade. **Rev Ciên Religião – História e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 114-137, jan./jul. 2012.

RODRIGUES-CÂMARA, C. C. Maternidade e espiritualidade: aspectos simbólicos. **Paralellus**, Recife, v. 6, n. 13, p. 467-494, jul./dez.2015.

SALMOIRAGO-BLOTCHER, E. et al. Religion and healthy lifestyle behaviors among postmenopausal women: the women's health initiative. **J Behav Med**, New York, v. 34, n. 5, p. 360-371, Oct. 2011.

SALSMAN, J. M. et al. The link between religion and spirituality and psychological adjustment: the mediating role of optimism and social support. **Pers Soc Psychol Bull**, Columbus, v. 31, n. 4, p. 522-535, Apr. 2005.

SANTOS, L. T. O. **Espiritualidade do casal na gravidez:** uma estratégia de cuidado para a enfermagem. 2020. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2020.

SAVER, J. L.; RABIN, J. The neural substrates of religious experience. **J Neuropsychiatry Clin Neurosci**, Washington, v. 9, n. 3, p. 498-510, Summer 1997.

SAWATZKY, R.; RATNER, P. A.; CHIU, L. A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. **Soc Indicators Res**, Heidelberg, v. 72, n. 2, p. 153-188, June 2005.

SAWYER, A. et al. Women's experiences of pregnancy, childbirth, and the postnatal period in the Gambia: a qualitative study. Br J Health Psychol, Leicester, v. 16, n. 3, p. 528-541, Sep. 2011.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007.

SCORSOLINI-COMIN, F. A religiosidade/espiritualidade no campo da saúde. **Rev Ciên Saúde**, Itajubá, v. 8, n. 2, p. 1-2, 2018. Disponível em: https://portalrcs.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/752/417. Acesso em 18 maio 2025.

SEIDMAN, S. N.; MOSHER, W. D.; ARAL, S. O. Women with multiple sexual partners: united states, 1988. **Am J Public Health**, New York, v. 82, n. 10, p. 1388-1394, Oct. 1992.

SHATTUCK, E. C.; MUEHLENBEIN, M. P. Religiosity/spirituality and physiological markers of health. **J Relig Health**, New York, v. 59, n. 2, p. 1035-1054, Apr. 2020.

SHIELDS, M.; KESTENBAUM, A.; DUNN, L. B. Spiritual AIM and the work of the chaplain: a model for assessing spiritual needs and outcomes in relationship. **Palliat Support Care**, Cambridge, v. 13, n. 1, p. 75-89, Feb. 2015.

SILVA VIEIRA MARTINS, M. F.; FUENTES, M. F. P. Bem-estar e espiritualidade na gravidez. **Quaderns 'Institut Català d'Antropologia**, Barcelona, v. 36, n. 1, p. 37-47, Nov 2020. Disponível em: https://raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/381460. Acesso em: 10 mar. 2025.

SILVA, C. S.; RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Relação entre prática religiosa, depressão, ansiedade e uso de álcool entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 35, n. 2, p. 111-118, abr./jun. 2009.

SILVA, D. V. R.; DI FLORA, M. C. A religião e o discurso de mulheres sobre o abortamento. **Psic: Teor Pesq**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 193-196, jan./mar. 2010.

SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre v. 38, n. 1, p. 1-8, mar. 2017.

SILVA, M. M. J. et al. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 51, p. 1-8, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VksFnnCm69jLxXp3PdVXYHC/?lang=pt&format=pdf. Acesso em 05 abr. 2025.

SIMÕES, I. C. G. **Influência de variáveis clínico-obstétricas e religiosidade na depressão pós-parto**. 2023. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2023.

SIQUEIRA, J. Educação médica em bioética. **Rev Bras Bioética**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 301-327, 2007. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7945/6517. Acesso em: 10 jun. 2025.

SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicol Estud**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 381-388, jun. 2008.

SMITH, T. B.; McCULLOUGH, M. E.; POLL, J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. **Psychol Bull**, Washington, v. 129, n. 4, p. 614-636, July 2003.

SOTUDEH, T.; HASANPOOR-AZGHADY, S. B.; AMIRI-FARAHANI, L. Relationship between religious coping, pain severity, and childbirth self-efficacy in iranian primipara women. **Obstet Gynecol Int**, New York, v. 1, n. 2, p. 1-7, Feb. 2022.

SOUZA, E. N. et al. Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. **Text Contex Enferm**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 1-8, jul./set. 2017.

SOUZA, V. C. T.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. **Rev Bioethikos**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 181-190, abr./jun. 2012.

STEINHAUSER, K. E. et al. “Are you at peace?”: one item to probe spiritual concerns at the end of life. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 166, n. 1, p. 101-105, Jan. 2006.

STEINHAUSER, K. E. et al. State of the science of spirituality and palliative care research part I: definitions, measurement, and outcomes. **J Pain Symptom Manage**, Madison, v. 54, n. 3, p. 428-440, Sep. 2017.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. *In*: FREIRE, G. T.; SALGADO, M. I. (Orgs.). **Saúde e espiritualidade:** uma nova visão da medicina. Vol. 1. São Paulo: INEDE, 2013. p. 427-443.

SUSSMAN, S. et al. Non drug use-and drug use-specific spirituality as one-year predictors of drug use among high-risk youth. **Subst Use Misuse**, London, v. 41, n. 13, p. 1801-1816, 2006. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/10826080601006508?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed. Acesso em 15 jun. 2025.

STONEBURNER, R. L.; LOW-BEER, D. Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda. **Science**, New York, v. 304, n. 5671, p. 714-718, Apr. 2004.

TANDON, A.; GUJRAL, K.; GUPTA, V. Labour pain: a comprehensive review of perceptions, experiences, and sociocultural influences on pain and its management practices. **Cureus, Palo Alto,** v. 17, n. 6, p. 86540, June 2025

TORK ZAHRANI, S. et al. The correlation between spiritual health and maternal-fetal attachment behaviors in pregnant women referring to the health Centers in Qazvin, Iran. **Int J Community Based Nurs Midwifery**, Shiraz, v. 8, n. 1, p. 84-91, Jan. 2020.

TRIMBLE, M. R. **The soul in the brain:** the cerebral basis of language, art, and belief. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

UNDERWOOD, L. G.; TERESI, J. A. The daily spiritual experience scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. **Ann Behav Med**, Knoxville, v. 24, n. 1, p. 22-33, Winter 2002.

VASYLIEVA, I. V. et al. Artificial termination of pregnancy in Ukraine: bioethical, philosophical and religious aspects. **Wiad Lek**, Warszawa, v. 74, n. 3, p. 731-735, Mar. 2021.

VÉRAS, R. M.; VIEIRA, J. M. F.; MORAIS, F. R. R. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. **Psicol Estud**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-332, jun. 2010.

VERGHESE, A. Spirituality and mental health. **Indian J Psychiatry**, Mumbai, v. 50, n. 4, p. 233-127, Oct. 2008.

VERMANDERE, M. et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. **Br J Gen Pract**, London, v. 61, n. 592, p. 749-760, Nov. 2011.

VIGLIOTTI, V. et al. Religion, faith, and spirituality influences on HIV prevention activities: a scoping review. **PLoS One**, San Francisco, v. 16, n. 6, p. 1-20, June 2020.

VIGNOLA, R. C.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **J Affect Disord**, Amsterdam, v. 155, n. 2, p. 104-109, Feb. 2014.

WALSH, F. Traumatic loss and major disasters: strengthening family and community resilience. **Fam Process**, Baltimore, v. 46, n. 2, p. 207-227, June 2007.

WAQAS, A. et al. Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in Pakistan: is social support a mediator? **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 1, p. 1-14, Jan. 2015.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito capitalista**. 6. reimpressão. São Paulo: Martin Claret, 2009.

WHITE, H. R. et al. Increases in alcohol and marijuana use during the transition out of high school into emerging adulthood: the effects of leaving home, going to college, and high school protective factors. **J Stud Alcohol**, New Brunswick, v. 67, n. 6, p. 810-822, Nov. 2006.

WHOOLEY, M. A. et al. Religious involvement and cigarette smoking in young adults: the CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) study. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 162, n. 14, p. 1604-1610, July 2002.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**, Oxford, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, June 1998.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, Nov. 1995.

WILHELM, L. A. et al. Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. **Online Braz J Nurs**, Niteroi, v. 14, n. 3, p. 284-293, Sep. 2015.

WINK, P.; SCOTT, J. Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood? Findings from a longitudinal study. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, Washington, v. 60, n. 4, p. 207-214, July 2005.

YAMINFIROOZ, M. et al. Global research trends in spirituality, religion and health: a bibliometric analysis and visualization. **Informology**, Marselha, v. 3, n. 1, p. 111-126, June 2024. Disponível em: http://eprints.rclis.org/45988/1/Global%20Research%20Trends%20in%20Spirituality%2C%20Religion%20and%20Health.pdf. Cesso em: 05 maio 2025.

ZEWUDE, B.; SIRAW, G.; ADEM, Y. The preferences of modes of child delivery and associated factors among pregnant women in Southern Ethiopia. **Pragmat Obs Res**, Auckland, v. 13, n. 7, p. 59-73, July 2022.

ZIMMER, Z. et al. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: a review. **SSM Popul Health**, London, v. 2, n. 5, p. 373-381, May 2016.

ZINNBAUER, B. J.; PARGAMENT, K. I. Religiousness and spirituality. *In*: PALOUTZIAN, R. F.; PARK, C. L. (Eds.). **Handbook of the psychology of religion and spirituality**. Oxford: University Press, 2005. p. 21-42.

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA-MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Influência da Religiosidade e espiritualidade nos desfechos da gestação e puerpério

Pesquisador: Clarissa Rocha Panconi
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 61699916.3.0000.5133
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.881.783

Apresentação do Projeto:
Trata-se de uma pesquisa que estudará a Influência da religiosidade e espiritualidade durante a gestação e no pós parto em mulheres atendidas no ambulatório de pré-natal no Hospital Universitário da UFJF e na Maternidade Therezinhade Jesus e possui um atendimento em torno de 220 pacientes por mês. Serão selecionada cerca de 150 mulheres que serão acompanhadas através de questionário na primeira avaliação do pré parto e em uma segunda etapa no pós parto, cerca de 4 a 6 semanas após o nascimento do filho

Objetivo da Pesquisa:
Avaliar como as crenças religiosas e espirituais durante o pré-natal podem influenciar na saúde física e mental das gestantes e no pós-parto tardio de puérperas residentes na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Outros objetivos: Avaliar como as diferentes dimensões de religiosidade e espiritualidade associam-se com a saúde mental (sintomas depressivos e ansiosos) em gestantes durante o pré-natal. Avaliar como as crenças religiosas e espirituais e seu aumento ou diminuição durante o período de pré-natal associa-se com a saúde mental (sintomas depressivos e ansiosos), a eficácia da amamentação, a via de parto, a saúde física (falta de sono) da puérpera no pos parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Com relação aos possíveis benefícios advindos dessa pesquisa, caso os pesquisadores

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco **CEP:** 36.038-330
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5336 **Fax:** (32)4009-5336 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br

identifiquem que a gestante esteja com depressão ou ansiedade ou qualquer outro problema de saúde, ela será tratada ou encaminhada para tratamento com profissionais especializados. Outro ponto importante é que, com os resultados desse estudo, espera-se entender como crenças das participantes impactam esse momento de vida. Com
isso, será possível realizar um atendimento mais integral a gestante e propor futuras intervenções que possibilitem minimizar os problemas enfrentados no período de gestação. Considera-se uma pesquisa com riscos mínimos uma vez que os questionários não serão invasivos e serão acompanhados por profissionais habilitados e a participante poderá escolher não responder a questões que não quiser.O TCLE está descrito de forma clara e de fácil entendimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo epidemiológico longitudinal, quantitativo, prospectivo, realizado em gestantes e puérperas na cidade de Juiz de Fora, MG, no período de novembro de 2016 a novembro de 2019. A presente pesquisa será realizada no ambulatório de pré-natal da UFJF, que funciona no Hospital Universitário da UFJF e na Maternidade Therezinha de Jesus e possui um atendimento em torno de 220 pacientes por mês. As gestantes participantes serão selecionadas de forma aleatória (mediante randomização da ordem de chegada) e responderão a um questionário, que será aplicado pelos pesquisadores do projeto ou por residentes treinados, do primeiro ano de ginecologia e obstetrícia da UFJF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos:Informações Básicas do Projeto
PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 06/11/2016 - Projeto Detalhado / Brochura do Investigador - 28/10/2016 - Cronograma 28/10/2016 Outros: curriculo Oscarina 27/10/2016 - Curriculo Giancarlo, Curriculo Clarissa Rocha Panconi - TCLE / Termos de Assentimento / 27/10/2016, Orçamento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	04/12/2016		Aceito

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA-MG

Continuação do Parecer: 1.881.783

Básicas do Projeto	ETO_803914.pdf	22:18:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisa.pdf	04/12/2016 22:12:15	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConsentimento.pdf	04/12/2016 22:11:37	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/10/2016 21:47:53	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	curriculooscarina.pdf	27/10/2016 02:31:02	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Curriculogiancarlo.pdf	27/10/2016 02:30:32	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Curriculoclarissa.pdf	27/10/2016 02:29:31	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Registroprojeto.pdf	27/10/2016 02:27:00	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Registropesquisador.pdf	27/10/2016 02:26:01	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	27/10/2016 02:12:01	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	declaracaofinanciador.pdf	27/10/2016 01:57:45	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	declaracaopesquisadores.pdf	27/10/2016 01:50:29	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura2.pdf	27/10/2016 01:45:54	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	27/10/2016 01:45:19	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/10/2016 01:28:17	Clarissa Rocha Panconi	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco **CEP:** 36.038-330
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5336 **Fax:** (32)4009-5336 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br

JUIZ DE FORA, 26 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Gisele Aparecida Fófano
(Coordenador)

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco **CEP:** 36.038-330
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5336 **Fax:** (32)4009-5336 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Influência da Religiosidade e espiritualidade nos desfechos da gestação e puerpério

Pesquisador: Clarissa Rocha Panconi
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 61699916.3.3001.5103
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.945.762

Apresentação do Projeto:
Projeto bem estruturado, com objetivos claros e justificativa concisa.

Objetivo da Pesquisa:
Os objetivos estão bem descritos e os métodos de investigação estão adequados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Os pesquisadores relatam no TCLE e no projeto anexado que o projeto apresenta riscos mínimos. "A participação nesta pesquisa traz riscos mínimos, uma vez que envolve a resposta a questionários muito utilizados em outras pesquisas". Os pesquisadores devem descrever melhor os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Questionários muito extensos, acredito que o tempo de aplicação deve ser descrito no TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
- O cronograma não está correto, pois indica que a submissão seria em outubro e novembro de 2016;
-A resolução citada do Conselho Nacional de Saúde foi a 196/96 e não a 466/12 (rever).

Recomendações:

Endereço: BR 040, Km 796
Bairro: Salvaterra **CEP:** 36.045-410
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2101-5055 **Fax:** (32)2101-5046 **E-mail:** cep@suprema.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE



Ajustes nos itens citados anteriormente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto necessita de pequenos ajustes e correções no TCLE e cronograma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sugiro aos pesquisadores realizar as alterações necessárias conforme descrito em parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_803914.pdf	04/12/2016 22:18:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisa.pdf	04/12/2016 22:12:15	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConsentimento.pdf	04/12/2016 22:11:37	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_803914.pdf	06/11/2016 12:41:43		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_803914.pdf	28/10/2016 22:19:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisa.pdf	28/10/2016 22:03:31	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/10/2016 21:47:53	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	curriculooscarina.pdf	27/10/2016 02:31:02	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Curriculogiancarlo.pdf	27/10/2016 02:30:32	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Curriculoclarissa.pdf	27/10/2016 02:29:31	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Registroprojeto.pdf	27/10/2016 02:27:00	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Registropesquisador.pdf	27/10/2016 02:26:01	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termoconsentimento.pdf	27/10/2016 02:21:17	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	27/10/2016 02:12:01	Clarissa Rocha Panconi	Aceito

Endereço: BR 040, Km 796
Bairro: Salvaterra **CEP:** 36.045-410
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2101-5055 **Fax:** (32)2101-5046 **E-mail:** cep@suprema.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE

Continuação do Parecer: 1.945.762

Outros	declaracaofinanciador.pdf	27/10/2016 01:57:45	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	declaracaopesquisadores.pdf	27/10/2016 01:50:29	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura2.pdf	27/10/2016 01:45:54	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	27/10/2016 01:45:19	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/10/2016 01:28:17	Clarissa Rocha Panconi	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JUIZ DE FORA, 02 de Março de 2017

Assinado por:
Soraida Sozzi Miguel
(Coordenador)

Endereço: BR 040, Km 796
Bairro: Salvaterra **CEP:** 36.045-410
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2101-5055 **Fax:** (32)2101-5046 **E-mail:** cep@suprema.edu.br

APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico e História Obstétrica

Parte1: Questionário sociodemográfico

Data: ____/_____/____ Nome:_____

Data de Nascimento: ____/_____/____ Idade: _____

Endereço: _____Cidade: _____
CEP: _____ Telefone: _____
Ocupação:_____ Naturalidade:_____

Escolaridade: (em anos de estudos concluídos) _____ anos

Estado Civil/União:
(1) Solteira (2) União Estável (3) Divorciada (4) Casada (5) Viúva

Cor/ Raça: (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela

Parte 2: História Obstétrica
Idade Gestacional:
_____
Gestação:
(1) Única (2) Dupla (3) Tripla ou mais

Antecedentes Obstétricos:
(0) Parto vaginal (1) Parto Cesárea ____

Complicação na(s) Gestação(s) anterior(s): _____

Antecedentes pessoais: _____

Medicações em uso: _____

Amamentou na (s) gestação(s) anterior(s):
(1) Sim (2) Não

APÊNDICE B – Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS)

Leia atentamente e responda o quanto as pessoas que convivem com você estão disponíveis para lhe auxiliar nas seguintes situações:

1. Dá sugestões sobre viagens que quero fazer.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

2. Empresta-me algo de que preciso.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

3. Dá sugestões sobre oportunidades de emprego para mim.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

4. Dá sugestões sobre profissionais para ajudar-me.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

5. Dá sugestões sobre algo que quero comprar.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

6. Ajuda-me na execução de tarefas.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

7. Empresta-me dinheiro.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

8. Dá sugestões sobre meu futuro.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

9. Orienta minhas decisões.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

10. Sugere fontes para eu me atualizar.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

11. Substitui-me em tarefas que não posso realizar no momento.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

12. Dá sugestões sobre lugares para eu me divertir.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

13. Toma conta de minha casa em minha ausência.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

14. Fornece-me alimentação quando preciso.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

15. Leva-me a algum lugar aonde eu preciso ir.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

16. Ajuda-me com minha medicação se estou doente.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

17. Esclarece minhas dúvidas.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

18. Ajuda-me a resolver um problema prático.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

19. Dá sugestões sobre cuidados com a minha saúde.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

20. Consola-me se estou triste.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

21. Dá atenção às minhas crises emocionais.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

22. Ouve com atenção meus problemas pessoais.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

23. Compreende minhas dificuldades.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

24. Está ao meu lado em qualquer situação.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

25. Comemora comigo minhas alegrias e realizações.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

26. Faz-me sentir valorizado como pessoa.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

27. Preocupa-se comigo.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

28. Conversa comigo sobre meus relacionamentos afetivos.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

29. Demonstra carinho por mim.
(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Muitas vezes (4) Sempre

APÊNDICE C – Sintomas ansiosos e depressivos – *Depression, Anxiety and Stress Scale* versão curta de 16 itens (DASS-21)

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

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

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

APÊNDICE D – Índice de Religiosidade (*Duke Religion Index* - DUREL)

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

(2) Com que freqüência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?
1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).
1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.
1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.
1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

APÊNDICE E – *Daily Spiritual Experiences Scale* (DSES) – versão brasileira

A lista a seguir inclui itens com assuntos que você pode ou não ter experiência com eles. Por favor, responda com que frequência você tem essas experiências, e tente não levar em conta se você acha que deveria ou não ter essas experiências. Alguns itens usam a palavra "Deus". Se esta palavra não for confortável para você, por favor, substitua-a por outra palavra que signifique o que é "divino" ou "sagrado" para você.

	Muitas vezes por dia	Todos os dias	A maioria dos dias	Alguns dias	De vez em quando	Nunca ou quase nunca
1- Eu sinto a presença de Deus	1	2	3	4	5	6
2- Eu sinto uma conexão com tudo o que é vida	1	2	3	4	5	6
3- Durante um culto religioso ou em outros momentos quando estou em conexão com Deus, eu sinto uma alegria que me tira das preocupações diárias	1	2	3	4	5	6
4- Eu encontro forças na minha religião ou espiritualidade	1	2	3	4	5	6
5- Eu encontro conforto na minha religião ou espiritualidade	1	2	3	4	5	6
6- Eu sinto profunda paz interior ou harmonia	1	2	3	4	5	6
7- Eu peço a ajuda de Deus durante as atividades diárias	1	2	3	4	5	6
8- Eu me sinto guiado por Deus durante as atividades diárias	1	2	3	4	5	6
9- Eu sinto diretamente o amor e Deus por mim	1	2	3	4	5	6
10- Eu sinto o amor de Deus por mim, através dos outros	1	2	3	4	5	6
11- A beleza da criação me toca espiritualmente	1	2	3	4	5	6
12- Eu me sinto agradecido pelas bênçãos recebidas	1	2	3	4	5	6
13- Eu sinto carinho desinteressado pelos outros	1	2	3	4	5	6
14- Eu aceito os outros mesmo quando eles fazem coisas que eu acho que são erradas	1	2	3	4	5	6
15- Eu desejo estar mais próximo de Deus ou em união com o Divino	1	2	3	4	5	6
	Nada próximo	Um pouco próximo	Muito próximo	Tão próximo quanto possível		

APÊNDICE F – Escala de *Coping* Religioso (*Brief RCOPE*)

Este questionário se refere a algumas maneiras de como as pessoas enfrentam acontecimentos estressantes ou difíceis em suas vidas. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente relacionadas à sua religiosidade ou espiritualidade para enfrentar esta condição de saúde no momento atual.
Nós queremos saber **quanto** ou **com que frequência** você pensa ou faz o que o item afirma. Use uma das opções de resposta abaixo para cada item:
1. Nunca 2. Um pouco 3. Algumas vezes 4. Quase sempre
Não responda com base no que deu ou não deu certo, responda se você tem feito ou não o que o item diz. Tente avaliar cada item separadamente em sua mente. Não há respostas certas ou erradas, dê as respostas mais verdadeiras para você. Agora, marque com um **X** a resposta que melhor se aplica a você, em cada item:

	Nunca	Um pouco	Algumas vezes	Quase sempre
1 Procuro uma ligação mais forte com Deus	1	2	3	4
2 Busco o amor e o cuidado de Deus	1	2	3	4
3 Procuro a ajuda de Deus para me livrar da minha raiva ou rancor	1	2	3	4
4 Tento colocar meus planos em ação juntamente com Deus	1	2	3	4
5 Tento perceber como Deus estaria tentando me fortalecer com essa situação	1	2	3	4
6 Peço perdão pelos meus pecados	1	2	3	4
7 Me concentro na religião para parar de me preocupar com os meus problemas	1	2	3	4
8 Pergunto a mim mesmo se Deus me abandonou	1	2	3	4
9 Sinto que sou punido por Deus por causa da minha falta de devoção	1	2	3	4
10 Me pergunto o que fiz para ser punido por Deus	1	2	3	4
11 Questiono o amor que Deus tem por mim	1	2	3	4
12 Me pergunto se minha igreja ou meu grupo religioso me abandonou	1	2	3	4
13 Chego à conclusão que foi o diabo que fez isso acontecer	1	2	3	4
14 Coloco em dúvida o poder de Deus	1	2	3	4

APÊNDICE G – Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-*Brief*)

Instruções: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebeu dos outros o apoio de que necessitou nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio, como acima.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece ser a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia o suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____
Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____
Você tem algum comentário sobre o questionário? _____
Obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HU	**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA** Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HU-UFJF	EBSERH

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR
Pesquisador Responsável: Clarissa Rocha Panconi Piccinini
Endereço: Rua Mamoré 444 São Mateus
CEP: 36025-280 Juiz de Fora – MG. E-mail: clarissapanconi@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa "Influência da Religiosidade e Espiritualidade na qualidade de vida e saúde mental ao longo da gestação". Neste estudo pretendemos avaliar como as crenças religiosas e espirituais durante o pré-natal podem influenciar na saúde física e mental das gestantes residentes na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. O motivo que nos leva a estudar este tema é que através da ampliação do conhecimento da relação entre saúde e espiritualidade nas gestantes, conseguiremos intervir de maneira mais efetiva na assistência durante o pré-natal e o parto. Essa busca por uma melhor qualidade de atendimento e acompanhamento destas pacientes que motivou nossa pesquisa.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: as gestantes participantes serão selecionadas por meio de sorteio e, aquelas selecionadas, responderão a um questionário, que será aplicado pelos pesquisadores do projeto ou por residentes treinados, do primeiro ano de ginecologia e obstetrícia da UFJF. Ao todo, você responderá a dois questionários. O primeiro será aplicado durante a sua primeira consulta de pré-natal, o segundo quando você vier na consulta e estiver com cerca de 34 a 37 semanas de gestação. Os questionários abordarão temas como qualidade de vida, crenças religiosas e espirituais, depressão e ansiedade. Ao todo, o questionário dura em média 40 minutos e não atrapalhará seu atendimento pelo médico responsável.

Em relação aos riscos envolvidos na pesquisa, a sua participação traz riscos mínimos, uma vez que envolve a resposta a questionários muito utilizados em outras pesquisas. Todos os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Se você se sentir constrangida em responder qualquer questão, poderá deixar em branco a sua resposta. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando a mesma for finalizada. Seu nome ou qualquer material que indique a participação na pesquisa não será liberado sem a sua permissão e você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Em momento algum, haverá prejuízo ao seu atendimento, independente da sua participação ou não no estudo.

Com relação aos possíveis benefícios advindos dessa pesquisa, caso os pesquisadores identifiquem que você esteja com depressão ou ansiedade ou qualquer outro problema de saúde, você será tratada ou encaminhada para tratamento com profissionais especializados. Outro ponto importante é que, com os resultados desse estudo, esperamos entender como suas crenças impactam nesse momento de sua vida. Com isso, será possível realizar um atendimento mais integral a gestante e propor futuras intervenções que possibilitem minimizar os problemas enfrentados no período de gestação. Por esse motivo, o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra. tem assegurado o direito a indenização. A Sra. será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto

que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sra. é atendida pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sra. não será identifica em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida a Sra.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos do estudo "Influência da Religiosidade e Espiritualidade na qualidade de vida e saúde mental ao longo da gestação", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2023.

_____	_____
Nome e assinatura da participante	Data
_____	_____
Nome e assinatura do(a) pesquisador	Data
_____	_____
Nome e assinatura da testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:
CEP HU-UFJF – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF
Hospital Universitário Unidade Dom Bosco, 2º. Andar
Fone 4009-5336
E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br