

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PPGCIS

YOHANN ROCHA DE SOUZA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, QUALIDADE DE VIDA E A FELICIDADE
SUBJETIVA DE PACIENTES INTERNADOS**

MANAUS

2025

YOHANN ROCHA DE SOUZA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, QUALIDADE DE VIDA E A FELICIDADE
SUBJETIVA DE PACIENTES INTERNADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, na área de concentração “Pesquisa Clínica e Saúde Pública”.

Orientador: Prof. Dr. Davi Lopes Neto

Coorientador: Prof. Dr. Luiz Francisco Rocha e Silva

MANAUS

2025

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S729a Souza, Yohann Rocha de
Associação entre religiosidade, qualidade de vida e a felicidade
subjéitiva de pacientes internados / Yohann Rocha de Souza. -
2025.
75 f. : il., color. ; 31 cm.

Orientador(a): David Lopes Neto.
Coorientador(a): Luiz Francisco Rocha e Silva.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Manaus,
2025.

1. Pacientes internados. 2. Qualidade de vida. 3. Espiritualidade.
4. Felicidade subjéitiva. I. Lopes Neto, David. II. Silva, Luiz
Francisco Rocha e. III. Universidade Federal do Amazonas.
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título

YOHANN ROCHA DE SOUZA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, QUALIDADE DE VIDA E A FELICIDADE
SUBJETIVA DE PACIENTES INTERNADOS**

Defesa da dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em: 20 / 02 / 2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. David Lopes Neto, Presidente
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Mateus Rossato, Membro
Universidade Federal do Amazonas

Prof.^a Dr.^a Gina Andrade Abdala, Membro
Centro Universitário Adventista de São Paulo

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida, pela capacidade de aprender, desenvolver este trabalho e poder testemunhar de Seu amor e Suas obras;

Ao Prof. Dr. David Lopes Neto, pela disponibilidade em orientar este trabalho e por aguçar minha curiosidade em estudar o tema da felicidade; por ser um exemplo de determinação e dedicação, além de proporcionar experiências enriquecedoras durante esses anos de estudos;

Ao Prof. Dr. Luiz Francisco Rocha e Silva, pela valiosa contribuição na coorientação deste trabalho e pelas oportunidades proporcionadas nas experiências de trabalho e ensino; este, foi meu grande motivador para ingressar neste mundo da pós-graduação, sempre acreditando em meu potencial e sendo um exemplo de fé, determinação e esperança;

À Mayra, Kalleo e Aurora, meus amores, pelo apoio, carinho e orações. Sempre estiveram presentes nos momentos mais difíceis e de maiores alegrias. A eles, dedico nossas conquistas; horas de trabalho, estudo e sacrifícios;

Aos professores Dr.^a Roberta Lins Gonçalves, Dr.^a Narjara Boechat e Dra. Gina Andrade Abdala, pela colaboração e apontamentos que aprimoraram a qualidade deste trabalho;

À administração do Hospital Adventista de Manaus pela contribuição e acolhida enriquecedora nesses anos de atividades, bem como a todos os colaboradores assistenciais envolvidos nas atividades de pesquisa;

Às Enfermeiras Dalila e Anatórcia pelo indispensável auxílio durante a coleta de dados e pela confiança no trabalho de excelência que realizaram;

Aos queridos participantes deste estudo, que mesmo em seus leitos de enfermidade, deram-nos um voto de confiança e contribuíram para o avanço do conhecimento que transforma;

Aos professores e mestrandos do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da UFAM, pelas oportunidades e parcerias enriquecedoras;

Aos familiares, amigos e colegas de trabalho que, mesmo longe, estiveram presentes e unidos; me motivando e auxiliando sem medir esforços.

RESUMO

Introdução: A internação hospitalar impõe desafios multifacetados aos pacientes envolvidos no processo saúde-doença. Assim, torna-se imprescindível a adoção de um modelo de cuidado holístico, que abranja para além dos aspectos físicos, as dimensões: espiritual, de qualidade de vida e bem-estar, a fim de atender de forma integral às suas necessidades. **Objetivo:** Investigar se há associação entre religiosidade, qualidade de vida e a felicidade subjetiva de pacientes internados em um hospital privado de Manaus-AM no período de junho a setembro de 2024. **Metodologia:** O presente estudo teve caráter exploratório, prospectivo e descritivo, de abordagem quantitativa, em unidades de internações clínicas de um hospital privado de referência da região norte do Brasil. Os pacientes responderam um questionário online para caracterização sociodemográfica, avaliação da qualidade de vida (QV), de religiosidade e de felicidade subjetiva. A abordagem estatística foi exploratória, descritiva e de associação. As associações foram verificadas por meio dos coeficientes de correlação e testes não-paramétricos, sendo a análise das variáveis realizada por meio do programa IBM SPSS Statistics versão 22. **Resultados:** No contexto da QV, os resultados evidenciaram que o domínio RO apresentou correlação positiva significativa com o domínio Meio Ambiente (17,5%; $p=0,045$) e com a QV geral (17,6%; $p=0,043$). Quanto ao domínio RNO, o mesmo apresentou correlação positiva significativa com as dimensões relações sociais (23,8%; $p=0,006$) e meio ambiente (21,1%; $p=0,015$), assim como com a QV geral (23,8%; $p=0,006$). E para o domínio RI, observou-se que o mesmo apresentou correlação positiva significativa com todos os domínios da QV ($p<0,05$). No que se refere à FS, observou-se que a mesma apresentou correlação positiva significativa com os domínios RNO (22,0; $p=0,011$) e RI (28,3%; $p<0,0001$), isto significa que ambos os domínios estão associados à FS, e que quanto maior for o índice de religiosidade de ambos os domínios, maior será a magnitude da FS. Ressalta-se que nenhuma variável sociodemográfica ou clínica se associou com os níveis de felicidade dos pacientes. **Conclusão:** O estudo revelou uma associação significativa entre religiosidade, qualidade de vida e felicidade subjetiva em pacientes hospitalizados, o que corrobora a importância de uma abordagem de cuidado holística no contexto hospitalar. A interação entre esses aspectos desempenha um papel crucial no enfrentamento do processo saúde-doença, impactando diretamente o bem-estar emocional e psicológico dos pacientes.

Palavras-chaves: Pacientes internados; Qualidade de vida; Espiritualidade; Felicidade subjetiva.

ABSTRACT

Introduction: Hospitalization presents multifaceted challenges for patients involved in the health-disease process. Therefore, it is essential to adopt a holistic care model that encompasses not only physical aspects but also the spiritual, quality of life, and well-being dimensions in order to address their needs in a comprehensive manner.

Objective: To investigate whether there is an association between religiosity, quality of life, and subjective happiness in patients hospitalized in a private hospital in Manaus-AM from June to September 2024.

Methodology: This study was exploratory, prospective, and descriptive, with a quantitative approach, conducted in the clinical wards of a private reference hospital in the northern region of Brazil. Patients answered an online questionnaire to collect sociodemographic data, assess quality of life (QoL), religiosity, and subjective happiness. The statistical approach was exploratory, descriptive, and associative. Associations were verified through correlation coefficients and non-parametric tests, with variable analysis performed using IBM SPSS Statistics version 22.

Results: In the context of QoL, the results showed that the RO domain had a significant positive correlation with the Environment domain (17.5%; $p=0.045$) and with overall QoL (17.6%; $p=0.043$). Regarding the RNO domain, it showed a significant positive correlation with the social relationships dimension (23.8%; $p=0.006$) and the environment dimension (21.1%; $p=0.015$), as well as with overall QoL (23.8%; $p=0.006$). For the RI domain, a significant positive correlation was observed with all QoL domains ($p<0.05$). Regarding FS, it showed a significant positive correlation with the RNO (22.0%; $p=0.011$) and RI (28.3%; $p<0.0001$) domains, meaning that both domains are associated with FS, and the higher the religiosity index in both domains, the greater the magnitude of FS. It is worth noting that no sociodemographic or clinical variable was associated with the patients' happiness levels.

Conclusion: The study revealed a significant association between religiosity, quality of life, and subjective happiness in hospitalized patients, supporting the importance of a holistic care approach in the hospital context. The interaction between these aspects plays a crucial role in coping with the health-disease process, directly impacting the emotional and psychological well-being of patients.

Keywords: Hospitalized patients; Quality of life; Spirituality; Subjective happiness.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Escores médios das Facetas dos domínios da Qualidade de Vida dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus, avaliados por meio do instrumento WHOQOL-BREF, 2024.....	39
Gráfico 2 - Frequência por classificação dos domínios do Índice de Religiosidade de Duke dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024.....	32
Tabela 2 - Caracterização educacional e econômica dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024.....	34
Tabela 3 - Caracterização clínica dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024.....	35
Tabela 4 -Frequência por especialidade dos motivos de internação dos pacientes que participaram da pesquisa, de hospital privado da cidade de Manaus, 2024.....	36
Tabela 5 - Classificação do WHOQOL-BREF quanto à percepção da QV e satisfação com a saúde dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus, 2024.....	37
Tabela 6 - Análise descritiva e coeficiente de confiabilidade Alpha de <i>Crombach</i> dos domínios da Qualidade de Vida dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus, por meio do instrumento WHOQOL-BREF. 2024.....	38
Tabela 7 - Frequência por domínio das respostas às questões que compõem o Índice de Religiosidade da Universidade de Duke, dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024.....	41
Tabela 8 - Análise descritiva por domínio das respostas às questões que compõem o Índice de Religiosidade da Universidade de Duke, dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024.....	44
Tabela 9 - Análise descritiva por domínio das respostas às questões que compõem a Escala de Felicidade Subjetiva dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024.....	46
Tabela 10 - Associação entre as características sociodemográficas e as pontuações dos Domínios do Índice de Religiosidade da Universidade de Duke dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024.....	48
Tabela 11 - Associação entre as características sociodemográficas e as pontuações da Escala de Felicidade Subjetiva dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024.....	49
Tabela 12 - Associação entre as características clínicas e as pontuações do Questionário de Felicidade Subjetiva (FS) dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024.....	50
Tabela 13 - Correlação entre religiosidade, qualidade de vida e a felicidade subjetiva de pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024.....	51

ABREVIATURAS

BES: Bem-estar Subjetivo

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CV: Coeficiente de Variação

DP: Desvio Padrão

DUREL: *Duke Religious Index*

FS: Felicidade Subjetiva

HAM: Hospital Adventista de Manaus

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

OMS: Organização Mundial da Saúde

QV: Qualidade de Vida

R/E: Religiosidade / Espiritualidade

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFAM: Universidade Federal do Amazonas

VIP: *Very Important Pearson*

WHOQOL-BREF: *World Health Organization Quality of Life-Brief*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1 Qualidade de vida: aspectos teóricos e conceituais	14
3.2 Tempo de internação e suas repercussões biopsicossociais na qualidade de vida	15
3.3 Religiosidade/espiritualidade e saúde	17
3.4 Um trinômio interessante: religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida	19
3.5 Felicidade subjetiva: um determinante da saúde	21
4 METODOLOGIA	23
4.1 Tipo de Estudo	23
4.2 Local da Pesquisa	23
4.3 População de Estudo	23
4.4 Critérios de Elegibilidade	24
4.5 Coleta de Dados	24
4.6 Descrição dos Instrumentos de Pesquisa	26
4.7 Análise estatística	29
4.8 Aspectos Éticos do Estudo	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 Caracterização dos Pacientes Internados em Hospital Privado de Manaus	31
5.2 Qualidade de Vida dos Pacientes Internados em Hospital Privado de Manaus	36
5.3 Religiosidade de Pacientes Internados em Hospital Privado de Manaus	40
5.4 Felicidade Subjetiva dos Pacientes Internados em Hospital Privado de Manaus	45
5.5 Associação entre religiosidade, qualidade de vida e a felicidade subjetiva de pacientes internados em um hospital privado de Manaus	47
6 CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICES	61
ANEXOS	68

1 INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença engloba fatores relacionados à qualidade de vida, espiritualidade e felicidade; e ao se considerar a internação hospitalar, a experiência humana em saúde pode tomar diferentes rumos. Entende-se que o sistema de saúde se apropria da internação como um importante recurso para ser usado na recuperação da saúde dos indivíduos e recuperar o equilíbrio entre tais fatores (Martins, et al., 2020; Almeida, 2022).

A busca por este equilíbrio é constante; e últimas décadas tem-se discutido muito o tema Qualidade de Vida (QV) em todas as áreas do conhecimento, especialmente, na saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), QV é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Pereira; Zuffo; Moura, 2019).

A QV tem sido atrelada a práticas religiosas em estudos que abordam a temática, daí o interesse crescente no estudo da religião, religiosidade e espiritualidade e suas repercussões em relação à saúde física e mental de pacientes com doenças crônicas (Bravin, et al., 2019). Refletir sobre saúde e religiosidade/espiritualidade permite inferir aspectos relacionados à prática clínica diária e atestar que um grande distanciamento entre o saber e o fazer ainda é uma realidade no dia a dia. Tal fato desvela a expressiva necessidade de maior produção científica que aborde a agregação desses conceitos bem como sua correlação positiva sobre o processo saúde- doença (Siqueira; Fernandes; Almeida, 2018).

Aprofundando este contexto, tem-se o bem-estar subjetivo, que apresenta muitos indicadores, os quais englobam condições biopsicossociais e espirituais. A literatura, de acordo com Lyubomirsky (2019), considera, além dos já mencionados, a felicidade como um indicador de bem-estar subjetivo. Felicidade pode ter muitos significados, a saber: prazer, satisfação com a vida, emoções positivas, vida plena, ou sensação de contentamento.

Assim como a qualidade de vida, a felicidade, que é descrita como a sensação de contentamento, equilíbrio emocional, sentimentos positivos e bem-estar, é construída sobre uma estrutura multidimensional. Ela também é influenciada por elementos externos, tais como situação financeira, emprego, interação com a

sociedade e gestão pública, princípios e religião, além de aspectos individuais como saúde mental e física, vivência familiar, nível educacional, idade e gênero (Pereira; Araújo, 2018).

O estudo em questão, visa apresentar à comunidade acadêmico-científica e profissional, a associação entre religiosidade, qualidade de vida e a felicidade subjetiva de pacientes internados, tendo em vista a incipiente produção de trabalhos brasileiros nesta temática.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar se há associação entre religiosidade, qualidade de vida e a felicidade subjetiva de pacientes internados em um hospital privado de Manaus- AM no período de junho a setembro de 2024.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar os participantes quanto aos aspectos sociodemográficos, médico-clínicos, de religiosidade, qualidade de vida e felicidade subjetiva.
- b) Analisar a existência de associação entre as variáveis sociodemográficas, a religiosidade e a felicidade subjetiva de pacientes hospitalizados.
- c) Avaliar se há associação entre as variáveis médico-clínicas apresentadas por pacientes hospitalizados e a felicidade subjetiva.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Qualidade de vida: aspectos teóricos e conceituais

O conceito de qualidade de vida tomou maiores proporções a partir da Segunda Grande Guerra e relacionava-se principalmente com as variáveis socioeconômicas capitalistas, considerando-se a apropriação de posses e bens de consumo para avaliar a qualidade de vida dos indivíduos. Apesar deste pensamento ter sido amplamente difundido, aos poucos, com o passar dos anos e as mudanças sociais, a avaliação da Qualidade de Vida passou a contemplar também outras áreas importantes do desenvolvimento humano, como por exemplo, educação, saúde e lazer, o que tornou-se possível mediante as discussões provenientes de movimentos disseminadores internacionais da promoção de saúde, que tiveram início em 1974, no Canadá (Kluthcovsky; Takayanagui, 2007).

No âmbito da saúde, em decorrência do desenvolvimento tecnológico e paralelo a isso, a crescente desumanização do cuidado em saúde, houve um crescimento dos debates a respeito da qualidade de vida, tornando-a ainda mais importante atualmente, onde a modernidade na saúde tem imperado (Torres; Rodrigues, 2021).

Mediante a ampliação do conceito de saúde, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), esta pode ser definida como: “o estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Tal definição, propõe aos profissionais da área, a afirmação de que a saúde tem relação direta com a definição de qualidade de vida, ou seja, saúde não mais deve ser considerada a mera ausência de doenças ou enfermidades (Segre; Ferraz, 1997).

A Qualidade de Vida, de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), é “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto de sua cultura e do sistema de valores em que vive, em relação aos seus objetivos, expectativa, padrões e preocupações” (Silva et al., 2017).

Ao ser analisado, tal conceito permite inferir que a ideia de qualidade de vida proporciona uma quebra de paradigmas, objetivando abranger aspectos complexos e dificultosos até mesmo de serem mensurados. Também vale ressaltar que estes contribuem em larga escala na construção de um julgamento e de uma análise clínica expandida, desdobrando-se em um conceito de saúde integral, ou seja,

biopsicossocial e cultural, indispensáveis e inerentes ao processo de prevenção, promoção e reabilitação da saúde (Martins et al., 2020).

Acerca deste olhar ampliado para a qualidade de vida, Molina et al. (2020), concluem que é extremamente válido envolver na avaliação da saúde do ser humano, todas as suas nuances e dimensões, visto que a ciência tem comprovado inclusive, os fenômenos da religiosidade e espiritualidade como sendo coeficientes influenciadores da qualidade de vida dos indivíduos, enfatizando a relevância de sua compreensão na vida humana.

3.2 Tempo de internação e suas repercussões biopsicossociais na qualidade de vida

A enfermidade pode potencializar diversos fatores de risco psicossociais e biológicos àqueles que por ela são acometidos, por vezes, levando-os à vulnerabilidade ou desequilíbrio emocional e à manifestação de sintomas psicopatológicos. Neste contexto, a equipe multidisciplinar tem um importante papel e deve estar atenta às necessidades do paciente e avaliar como está sua Qualidade de Vida (QV) (Martins et al., 2020).

Os relatos negativos de pacientes acerca do tempo que tiveram que aguardar por vagas de internação clínica, justificam o período médio das internações hospitalares. O tempo de internação elevado, diminui o rodízio dos leitos, eleva o custo financeiro do setor de saúde, além de aumentar expressivamente o risco de complicações relacionadas à internação, como por exemplo, as infecções hospitalares. A literatura científica infere que o tempo de permanência em unidade hospitalar eleva diante de manifestações clínicas como doenças hepáticas, complicações cirúrgicas, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e infecções nosocomiais (Civre; Tostes; Fernandes, 2019; Paula et al., 2021)

Além do tempo de internação, o ambiente, a doença, as dores, os medos, os procedimentos invasivos e a espera pelo diagnóstico representam fatores que também podem levar os pacientes a apresentarem incertezas e angústias (Silva; Ferreira 2021).

Inclui-se ainda aos fatores supracitados, o afastamento do paciente internado de sua rotina, de seus familiares, amigos e pessoas de seu círculo social ou do mundo real em que vive e consoante a estes, de seu papel social, ou sua modificação, o que pode ocasionar ruptura ou mesmo a interrupção de suas atividades da vida diária; tal fato gera impactos ao indivíduo enfermo, uma vez que as atividades por ele desempenhadas, evidenciam determinantes socioculturais acerca do contexto, quando e com quem são desenvolvidas (Corrêa; Castanhel; Grosseman, 2021).

O processo de internação, diante destes fatores, requer humanização, ou seja, escuta qualificada para que os usuários tenham acesso a tecnologias de forma adequada ante suas necessidades, bem como espaços saudáveis que promovam acolhimento e que sejam confortáveis, potencializando o relacionamento interpessoal e as trocas de experiências humanas. Com tais medidas, há possibilidade de maior efetividade na assistência à saúde que abrange o cuidado integral, indispensável no processo de hospitalização (Melira; Jara; Moreno, 2021).

Pesquisadores do tema qualidade de vida inferem que explorar este indicador em pacientes internados é uma estratégia indispensável para o planejamento e a execução do cuidado integral, os quais contribuem para alcance do bem-estar e satisfação diante da vida. Avaliar a QV dos pacientes pode ser um recurso auxiliar diante da necessidade de tomada de decisões clínicas assertivas que visam o aprimoramento dos cuidados à saúde por toda a equipe responsável pela assistência ao cliente enfermo hospitalizado (Santos et al., 2017; Figueiredo et al., 2018).

A Qualidade de Vida é explanada em diferentes temas, contudo a questão da internação tem grande relevância, visto que os pacientes se tornam mais susceptíveis a sintomas de depressão e ansiedade devido ao longo período que por vezes precisa ficar longe de casa, da família e dos amigos; ausência das atividades laborais; falta de lazer, além de despesa financeira excessiva com a hospitalização, o que pode ser potencializado em caso de o enfermo ser também o principal provedor da família (Figueiredo et al., 2018).

A internação hospitalar favorece muitos sentimentos e sintomas clínicos que impactam a vida do ser humano enfermo, como por exemplo: dor, fadiga, indisposição e diminuição da qualidade do sono. Tais alterações têm o potencial de gerar interferências nas atividades da vida diária, principalmente quando estas afetam a capacidade funcional do paciente e sua autonomia, o que impacta diretamente em

sua qualidade de vida. Diante deste contexto, torna-se aceitável que a dimensão física sofra grande repercussão (Martins et al., 2021).

Em seu estudo, Tonetto et al. (2019) expõe que há disposição para piora da QV em pacientes que ficam internados por longo período quando seu estado clínico ou sua condição geral de saúde se agrava, elevando a complexidade dos cuidados e das necessidades assistenciais. Desta forma, pode-se concluir que pacientes internados têm uma percepção da doença mais complexa do que aqueles que são tratados em nível ambulatorial; ou seja, a QV pode piorar à medida que a doença evolui com gravidade.

Os fatores acima discutidos geram grande impacto no dia a dia do cuidar, principalmente quando o foco da assistência é um cuidado integral, individualizado e personalizado, pois requer inúmeras ferramentas e estratégias que contemplem todas as dimensões humanas.

3.3 Religiosidade/espiritualidade e saúde

A Religiosidade/Espiritualidade (R/E), segundo a OMS (1998) é tratada como uma dimensão que compõe parte do conceito integrativo de saúde. Contudo, a R/E constituem-se em distintos e complexos conceitos, e compreendê-los torna-se necessário, uma vez que na área da saúde as referências a respeito da espiritualidade são mais expressivas do que a religião, por serem mais amplas e subjetivas e menos ligadas a um sistema de crenças específico (Cunha; Rossato; Scorsolini-Comin, 2021).

Diante deste conceito, vale salientar que a religiosidade tem que ver com a capacidade que o ser humano tem que experienciar sua conexão com a divindade por meio de suas crenças e práticas religiosas. Este sistema de crenças (religiosidade) pode ser classificado como organizacional, ou seja, o indivíduo demonstra publicamente seu envolvimento religioso ao frequentar a igreja, participar de cultos e demais serviços que envolvam sua religião. A religiosidade pode ainda ser categorizada como não-organizacional, quando o sujeito liga-se ao divino privativamente ou pessoalmente de acordo com sua subjetividade por meio de preces, orações, rezas, leituras e louvores (Tavares et al., 2019; Esperandio; Machado, 2019).

Os termos espiritualidade e religiosidade, contudo, geram debates quanto aos seus significados, e em razão disso, cabe a diferenciação destes construtos, visto que mesmo ao apresentarem íntima ligação, não podem ser considerados sinônimos.

Santero et al (2019); Ozdemir e Saritas (2019), afirmam que a espiritualidade se integra a um sentimento existencial íntimo, logo, uma busca pela razão de ser e estar no mundo. Sendo assim, pode-se compreender que a espiritualidade não necessariamente está interligada a um credo ou conjunto de crenças e práticas litúrgicas de uma determinada doutrina ou religião e seus dogmas que necessariamente têm relação com a consciência da fé.

Vale ressaltar ainda que a religiosidade pode ser intrínseca ou extrínseca. Na religiosidade extrínseca, o ser humano usa a sua religião como um meio para alcançar alguns objetivos ou benefícios exteriores como status, segurança e distração ou mesmo, relacionamento social. Já na religiosidade intrínseca, o homem vive sua religião de fato através de uma fé madura e se esforça para viver uma vida compatível com os princípios doutrinários nos quais suas crenças são embasadas, fazendo com que suas vontades e necessidades encontrem ponto de harmonia com as suas crenças e valores através de uma relação salutar com a sua religião, uma vez que seu princípio propulsor de atitudes se evidencia na religião em si, atribuindo-lhe sentido na vida (Alminhana; Almeida, 2009).

A espiritualidade, por sua vez, alicerça-se na compreensão de que o homem é espiritual em sua essência, ou seja, é inerente ao ser humano, sua dimensão espiritual. Por esta razão, a espiritualidade constitui-se de uma elaboração subjetiva a partir da qual cada indivíduo constrói e desvela o sentido de sua vida e a busca pelo entendimento de sua vulnerabilidade impelida por contextos complexos que elucidam a fragilidade da vida humana (Almeida, 2022).

Em razão desta ótica, é que a espiritualidade é compreendida como a dimensão que ampara todas as interrogações de sentido e propósito. O anseio por respostas à necessidade de sentido é que movimenta o ser humano em sua busca por objetos, situações e experiências no intento de corresponder à sua vontade de sentido, como elucidada o grande psiquiatra e fundador da Logoterapia e Análise existencial, Viktor E. Frankl (Frankl, 1988).

Diferentemente da religiosidade, a espiritualidade relaciona-se intimamente com a transcendência do ser humano ao sobrenatural, gerando uma ligação com um

poder superior, o que lhe permite encontrar um sentido para a vida e sua existência, ou seja, seu propósito (Oliveira, 2018; Herren et al., 2019).

Cozier et al. (2018) inferem que o uso da R/E no enfrentamento de situações que geram estresse, associa-se à positividade de desfechos na saúde física e mental, reduzindo depressão e hipertensão. Em contrapartida, o espaçamento religioso/espiritual, por sua vez, pode potencializar o declínio da saúde física e mental, como também causar transtornos no bem-estar psicológico, além de elevar a mortalidade (Park et al., 2018).

A Política Nacional de Humanização defende a incorporação da R/E no cuidado aos sujeitos, de forma que o processo saúde-doença seja avaliado sob a ótica clínica, abarcando aspectos como a integralidade e singularidade (Brasil, 2013).

Integrar religiosidade com espiritualidade ao conceito de saúde, infere a necessidade de reconhecer a condição humana suas as variadas dimensões. Assim, de forma efetiva e integral, almeja-se que as práticas em saúde sejam incorporadas ao cuidado em meio aos avanços clínicos e científico (Cunha; Rossato; Scorsolini-Comin, 2021).

3.4 Um trinômio interessante: religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida

A assertiva que afirma que espiritualidade, religião e religiosidade apresentam íntima relação com a saúde do ser humano, pode-se dizer que já se tornou senso comum, não havendo novidade nas discussões que envolvem esta temática, no sentido de surpresa ou espanto. Contudo, a discussão desse tema no âmbito acadêmico é recente e inclui pensamentos dicotômicos a respeito da pertinência e legitimidade científica das pesquisas nesta área, bem como o questionamento sobre a positividade ou negatividade desta integração (Esperandio, 2020).

Os estudos envolvendo este debate desenvolvem-se cada vez mais em nuances e qualidade, contudo tal fato não é de hoje, pois vem sendo evidenciado desde o final das duas últimas décadas do século 20, conforme Koenig et al. (2001) apresentam na primeira edição do Manual de Religião e Saúde, constituído por 1.200 estudos de alta acurácia sobre o tema, elaborados entre os anos de 1800 e 2000.

A segunda e mais atual edição deste mesmo manual, fora publicada já no final da primeira década do século 21, compondo-se de estudos desenvolvidos

estritamente entre os anos de 2000 e 2010, os quais somam 2.100 estudos quantitativos de relevância científica, o que impulsiona os autores à afirmação de que “houve literalmente, o nascimento de um novo campo de conhecimento, o campo da ‘religião, espiritualidade e saúde’”, cujas origens encontram elo comum entre as diversas áreas da Medicina, Enfermagem, Psicologia, Teologia, Ciências da Religião, etc (Koenig; King; Larson, 2012, p. 4).

De acordo com Domingues et al. (2020) e Almeida (2022), religiosidade, no âmbito intrínseco da definição, tem que ver com o desejo, o controle volitivo do ser humano, ou seja, sua busca inquieta por um sentido, uma razão para a qual viver e dedicar-se a superar e sobrepujar a finitude e as limitações inevitáveis. A religiosidade neste sentido, pode ser compreendida como um dos meios pelos quais o homem pode transcender e viver sua dimensão espiritual (Almeida 2022).

E afinal, resta a pergunta: qual a relação entre espiritualidade e saúde? É consenso o fato de que a saúde não diz respeito somente à ausência de doença, mas tem a ver com bem-estar físico, mental e social (WHO, 2020, p.1). Como então experienciar tal estado em um contexto de ameaças reais permanentes de perda da saúde quando se fala de processo saúde/doença e internação? Sabe-se que diante de tais situações o ser humano volta-se para as questões de sentido e aí, protagoniza-se então a espiritualidade.

Apesar dos desafios e condicionantes de saúde/doença que muitas vezes não são passíveis de controle, Matos et al. (2017) infere que a religiosidade e a espiritualidade dos pacientes são fatores contribuintes para sua melhora na QV. Estes fatores tornam-se meios dos quais os pacientes se apropriam para enfrentar os estressores frutos da internação, o que os alivia ao sofrer e lhes enche a vida de esperança no que se refere à QV.

Os aspectos emocionais e psicossociais dos pacientes hospitalizados requerem grande atenção frente aqueles que clinicamente já são acometidos por doenças como depressão, medo e ansiedade, sendo-lhes necessários o trabalho intensivo da vida de cada um para que possam sempre valorizar a QV; e de forma muito especial para os que não possuem rede de apoio familiar ou social (Zepeda et al., 2019).

O propósito, a esperança e o significado da dor e do sofrimento no processo do adoecer advém da espiritualidade, a qual auxilia o ser humano a enfrentar de forma

resiliente, a dor das perdas, da morte, a solidão e a doença. Portanto, diante disso, ao se negligenciar a espiritualidade, institui-se um descuido, uma desatenção a um elemento indispensável e que tem muito significado para os pacientes (Figueiredo et al., 2018).

3.5 Felicidade subjetiva: um determinante da saúde

Há muitos anos a felicidade tem sido discutida no âmago do conhecimento, a começar pelos sábios e filósofos que defendiam a ideia de que a felicidade se dava mediante uma vida feliz e prazerosa, não estando, contudo, estritamente atrelada aos bens que o homem possuía, incluindo também a sua atitude diante das circunstâncias da vida (Pais-Ribeiro, 2012)

Sarriera e Bedin et al (2017), inferem que o significado da felicidade está intimamente relacionado com as emoções, crenças e comportamentos de uma pessoa; logo, seriam os fatores internos ou intrínsecos positivos, por assim dizer, e com menos intensidade, situações ou fatores externos. Partindo deste pensamento, tem-se a compreensão de que felicidade então, tem que ver com a percepção individual e subjetiva de cada indivíduo sobre sua vida diante daquilo que aceitam ou defendem como bom para si e que se relaciona diretamente com condicionantes internos e suas ligações com o meio em que o indivíduo está inserido e interage.

A OMS declara que a felicidade pode ser traduzida como um estado de bem-estar físico, mental e social, ou seja, de forma integral. O fato é que o ser humano associa muito a felicidade ao sentimento despertado mediante alguma realização pessoal por meio de conquistas e desafios aos quais a vida lhe sujeita. Contudo, existem situações em que a vitória ou conquista não são alcançadas e então o homem passa a lidar com a frustração originada pelo insucesso, que lhe conduz à infelicidade. Diante disso, infere-se que a felicidade é estabelecida através do predomínio de experiências emocionais exitosas sobre as fracassadas (Scorsolini; Santos, 2010).

De acordo com Diener (2018) e Lyubomirsky (2019), existe uma área dentro da psicologia, conhecida como psicologia positiva, que considera a felicidade como uma expressão da subjetividade de cada indivíduo, sendo assim, cada pessoa considera, avalia e interpreta seu bem-estar, considerando sua autossatisfação com a vida constantemente. A partir deste ponto de vista, tem-se que a felicidade não como uma

sensação fugaz, se não como algo duradouro e que pode ser vivenciado permanentemente.

Lyubomirsky (2008) em seu estudo acerca do BES, concluiu que 40% da felicidade do ser humano está atrelada às atividades que são de sua responsabilidade; 50% correspondem aos condicionantes de ordem biológica, genética; os 10% restantes, compreendem fatores como: alimentação, segurança, habitação, renda etc.

A pesquisa conduzida por Siqueira, Fernandes e Moreira-Almeida (2018), acerca da ligação entre espiritualidade e bem-estar em indivíduos com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise, sugeriu que os pacientes submetidos à hemodiálise manifestaram elevados níveis de conexão religiosa/espiritual, os quais, por sua vez, mostraram-se associados a maiores índices de satisfação com a vida e felicidade. As variáveis clínicas e sociodemográficas, por sua vez, não demonstraram correlação significativa com a felicidade dos pacientes. As dimensões psicossociais, por sua vez, como a religiosidade/espiritualidade e o suporte social, emergiram como possíveis áreas de intervenção para promover uma melhor qualidade de vida para os pacientes com insuficiência renal crônica. Em suas pesquisas, Diener e Chan (2011); Sadler et al. (2011) e Chei et al. (2018), concluem que a saúde mental e física favorece a longevidade e além disso, desvelam níveis mais significativos de felicidade.

No intento de abordar de maneira científica a felicidade e poder mensurá-la, a Psicologia Positiva desenvolveu o conceito de Bem-estar Subjetivo (BES). Através deste, a satisfação com a vida, na dimensão positiva e os afetos positivos e negativos, na dimensão afetiva, é possível abstrair a expressão da subjetividade de cada ser humano (Diener, 2018).

Os escores de QV relacionam-se com o nível de felicidade, contudo, cientificamente, tal relação é complexa e sofre influências de questões culturais e sociais. A partir do conhecimento desta relação, compreende-se que os motivos que levam as pessoas à felicidade, ultrapassam os aspectos filosóficos e os valores ocidentais. Logo, a habilidade de ser feliz representa a aptidão do ser humano para adaptar-se ao mundo, bem como seu equilíbrio na saúde mental (Lyubomirsky, 2019).

A Organização Nacional das Ações Unidas, no intento de fornecer informações relevantes e transformadoras para a elaboração de políticas públicas, bem como promoção do desenvolvimento sustentável em mais de 150 países, periodicamente publica um relatório intitulado: Relatório Mundial da Felicidade. No ano

de 2024, o relatório põe em destaque países nórdicos que ocupam as cinco primeiras posições, sendo a Finlândia, o país mais feliz do mundo. Já o Brasil, ocupa a 44ª posição do ranking.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, prospectiva e descritiva com abordagem quantitativa. O Estudo levou em consideração a caracterização de seus participantes e suas respostas aos instrumentos específicos e validados sobre felicidade, qualidade de vida e religiosidade, visando obter a associação entre as variáveis espiritualidade, qualidade de vida e a felicidade subjetiva dos pacientes internados.

4.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado no Hospital Adventista de Manaus (HAM), instituição confessional cristã com mais de 45 anos de existência na capital Amazonense e classificado entre os 30 melhores hospitais do Brasil, conforme a revista americana Newsweek, na pesquisa “*The World’s Best Hospital*”, nos anos de 2021, 2022, 2023 E 2024. A instituição atende a rede privada do sistema nacional de saúde. Do ponto de vista específico, a pesquisa ocorreu em uma unidade de internação de clínica médica com 25 leitos distribuídos entre duas enfermarias, sendo uma feminina e outra masculina, ambas com quatro leitos e 21 apartamentos individuais, dos quais apenas dois são denominados de *Very Important Pearson* (VIP), reservados aos pacientes com alto poder aquisitivo.

4.3 População de Estudo

A população de estudo se referiu aos pacientes clínicos, cujo período de internação foi de média permanência. Estes foram primeiramente convidados a participar do estudo, sendo esclarecidos acerca dos objetivos e dos aspectos éticos conferidos às suas participações no mesmo. Após esclarecimentos e trâmites éticos,

foram convidados a responderem aos instrumentos de pesquisa, que incluem o questionário de levantamento sociodemográfico, Escala de Espiritualidade e Religiosidade, Instrumento de Qualidade de Vida e Questionário de Felicidade Subjetiva.

4.4 Critérios de Elegibilidade

4.4.1 Critérios de Inclusão

- a) Participação voluntária com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- b) Ter quadro clínico estável no dia da coleta de dados;
- c) Idade igual ou acima de 18 anos e inferior a 60 anos (devido às comorbidades que podem existir na fase de idade mais avançadas, além dos condicionantes de saúde decorrentes da senescência e da senilidade);
- d) Ter condições para responder aos instrumentos de autorrelato, sozinho ou com ajuda de pesquisador treinado;
- e) Ter tempo de internação hospitalar de média permanência, entre 4 e 10 dias durante a coleta de dados.
- f) Diagnósticos de doenças agudas ou graves compensadas clinicamente como: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, infecções do trato respiratório, urinário ou intestinal; insuficiência renal.

4.4.2 Critérios de Exclusão

- a) Pacientes analfabetos ou incapazes de compreender e responder aos instrumentos sozinhos ou com a ajuda do pesquisador;
- b) Ter diagnóstico psiquiátrico;
- c) Pacientes em cuidados paliativos ou de fim de vida;
- d) Tempo de internação hospitalar inferior a 4 dias.

4.5 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de instrumentos estruturados, validados, individuais e autoaplicados, sendo que os pacientes elegíveis foram abordados

individualmente, no próprio quarto onde estiveram internados, respeitando as limitações físicas para o deslocamento do leito e a não necessidade de exposição dos mesmos, mantendo sua integridade e confidencialidade dos seus dados.

Para a coleta dos dados, foram utilizados quatro instrumentos, a saber: o primeiro, contendo as variáveis sociodemográficas e médico-clínicas (APÊNDICE A); o segundo, contendo as variáveis relacionadas à Qualidade de Vida (QV) denominado WHOQoL-Bref (ANEXO 1); o terceiro, apresentando questões acerca da religiosidade e espiritualidade, denominado Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (ANEXO 2); e o quarto, contendo variáveis relacionadas à felicidade subjetiva, denominado de Questionário de Felicidade subjetiva (ANEXO 3).

No início do estudo, com a finalidade de testar a aplicabilidade dos instrumentos, foi realizada uma aplicação piloto em cinco pacientes que atenderam aos critérios de inclusão propostos no presente estudo, os quais foram acompanhados em uma unidade de clínica médica da instituição em que o estudo foi realizado. A utilidade desta conduta consistiu em constatar a necessidade de adequação da sequência dos instrumentos e dos itens do questionário de caracterização sociodemográfica. Neste sentido, quando ocorreu tal necessidade de ajustes nos procedimentos de coleta de dados, esses foram efetuados para se proceder à coleta definitiva.

Nos dias de coleta de dados, os pesquisadores realizavam a identificação na unidade de internação, junto à gestora responsável, dos prontuários dos pacientes elegíveis, de acordo com os critérios de elegibilidade previamente definidos. Esse procedimento foi acordado com a supervisão da unidade e sua equipe. Uma vez localizados os pacientes, estes foram convidados individualmente a participar do estudo.

A aplicação dos instrumentos ocorreu em dois encontros, cuja duração foi de aproximadamente 20 minutos, a depender da disponibilidade do participante da pesquisa. A forma de preenchimento dos instrumentos foi esclarecida por meio da leitura dos itens em voz alta, assim como as instruções de cada um pelo pesquisador responsável. Assegurando-se que as instruções foram devidamente compreendidas, o instrumento foi autoaplicado e os participantes os responderam mediante aplicação assistida, tanto de forma digital, em formulário eletrônico no tablet, como de forma

manual, no instrumento impresso. Quando necessário, dúvidas eventuais foram esclarecidas para que todos os itens fossem preenchidos, evitando dados faltantes.

A sequência de aplicação dos instrumentos foi: 1º encontro - Questionário de Caracterização Sociodemográfica e clínica; Escala de Felicidade Subjetiva; Escala de Religiosidade e Espiritualidade de Duke Durel e Escala de WHOQOL-Bref para avaliação da qualidade de vida; 2º encontro - Escala de Felicidade Subjetiva. Destaca-se que o questionário da felicidade subjetiva foi preenchido no 1º e no 4º dia de internação, visando analisar se houve diferenças significativas na autopercepção de felicidade, a depender da circunstância em que o indivíduo se encontrava, como por exemplo, mediante piora do quadro clínico ou prognóstico.

4.6 Descrição dos Instrumentos de Pesquisa

4.6.1 Formulário de dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes

O formulário de caracterização contém perguntas acerca do perfil sociodemográfico e clínico do participante da pesquisa, como por exemplo: idade, estado civil, nível de instrução, profissão, número de filhos, motivo e quantidade de dias de internação, sendo este construído pela equipe de pesquisa, composta pelo pesquisador, orientador, coorientador e estatístico.

4.6.2 Formulário de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF)

A avaliação da QV de vida dos participantes deu-se a partir do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF), tendo como base, o estudo de validação da versão em português por Fleck et al. (2000).

O WHOQOL-BREF é uma versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido e recomendado pela OMS, pois enfatiza a percepção individual do ser humano, podendo avaliar a QV em diversos grupos e situações, independentemente do nível de formação acadêmica. Este instrumento, por assumir a definição de saúde da OMS, destina-se à avaliação da qualidade de vida influenciada pela percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores

nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Pedroso et al., 2010).

Por estar embasado em uma definição ampla e integral da saúde, o referido instrumento abrange aspectos como: saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. A nível estrutural, o WHOQOL-BREF é constituído de 26 perguntas (sendo as perguntas de números 1 e 2 sobre a qualidade de vida global) e as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Além das duas primeiras questões (1 e 2), o instrumento apresenta 24 facetas, as quais compõem 4 domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Neste instrumento, o resultado deve contar apenas a média de pontos correta (1 a 5) por domínio e por faceta, visto que os resultados posteriormente serão convertidos para uma escala de 0 a 100 e em seguida, interpretados (Pedroso et al., 2010).

4.6.3 Escala de Religiosidade da Duke-DUREL

A abstração acerca da religiosidade e espiritualidade dos participantes, ocorreu através do instrumento de avaliação: Índice de Religiosidade da Universidade Duke (DUREL), validado na versão brasileira por Taunay et al. (2012). Este questionário é composto por uma escala de cinco itens, que mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso que apresentam relações com os desfechos em saúde, a saber (Moreira-Almeida et al., 2010):

1. Religiosidade Organizacional (RO): frequência a encontros religiosos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.);
2. Religiosidade Não Organizacional (RNO): frequência de atividades religiosas privadas (por exemplo: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio etc.);
3. Religiosidade Intrínseca (RI): refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos.

Os dois primeiros itens correspondem a RO e RNO e estão relacionados a relevantes estudos epidemiológicos que ocorreram nos EUA e revelaram estes itens

estão interligados com a saúde física, mental e suporte social dos indivíduos. Os demais itens (três), referem-se à RI e estão relacionados com a melhor pontuação desta escala ao abordarem o suporte social e os desfechos em saúde (KOENIG et al., 1998). Ao ser realizada a interpretação dos resultados deste instrumento, as pontuações ou escores obtidos nas três dimensões (RO, RNO e RI), não devem ser somados em um score total, mas analisadas separadamente (Koenig, 2011).

4.6.4 Escala de Felicidade Subjetiva

O instrumento adotado para a avaliação da Felicidade foi a Escala de Felicidade Subjetiva desenvolvida e validada por Lyubomirsky e Lepper (1999) que apresenta quatro questões, das quais duas se referem às classificações e avaliações por método de comparação com seus pares, ao passo que as outras duas perguntas oferecem descrições sucintas de indivíduos felizes, solicitando a quem responde a escala, a medida em que cada afirmativa se relaciona consigo.

Vale ressaltar que tal escala apresenta validações portuguesas como a obtida no estudo realizado por Pais-Ribeiro (2012) com indivíduos entre os 18 e os 98 anos de idade e através estudo de Spagnoli, Caetano e Silva (2012) intitulado: Propriedades psicométricas de uma versão em português da Escala de Felicidade Subjetiva, validada com adultos de 25 a 50 anos. Estas pesquisas comprovaram a estrutura unidimensional da escala e revelam um bom ajustamento e valores adequados de consistência interna e de validade convergente e discriminante, permitindo inferir que em geral, as propriedades psicométricas foram semelhantes à escala original.

A escala de resposta é do tipo Likert, e nas duas primeiras questões, varia entre 1 (item 1: “uma pessoa não muito feliz”; item 2: “menos feliz”) e 7 (item 1: “uma pessoa muito feliz”; item 2: “mais feliz”). Nos outros dois itens, é solicitado que os indivíduos indiquem a extensão com que se identificam com a caracterização de felicidade e de infelicidade. A escala de resposta, segue o padrão semelhante às duas primeiras (Likert), variando entre 1 (“de modo nenhum”) e 7 (“em grande parte”) para ambos os itens. É importante salientar que o item 4 da escala é invertido. A pontuação total é obtida através da média das respostas nos quatro itens. Pontuações mais altas correspondem a maiores níveis de felicidade subjetiva em uma variação possível de

4 a 28 pontos. A versão original apresenta alfas de Cronbach entre 0,79 e 0,94 (Lyubomirsky; Lepper, 1999). A versão portuguesa para adultos apresenta um alfa de 0,76 (Pais-Ribeiro, 2012).

4.7 Análise estatística

Após a coleta dos dados, os instrumentos foram salvos em planilhas do programa *Microsoft Excel*, para padronização das variáveis, e posterior análise estatística. Realizou-se uma análise descritiva e exploratória das variáveis quantitativas, e análise das frequências das variáveis nominais. As associações entre as variáveis foram verificadas por meio dos testes não-paramétricos *Mann-Whitney*, ANOVA de Kruskal-Wallis e Coeficiente de Correlação de *Spearman*.

Os resultados foram apresentados em tabelas de distribuição de frequências e gráficos, e a regra de decisão definida na análise de associação entre as variáveis levou em consideração o nível de 5% de significância. A análise estatística dos dados foi realizada por meio do programa estatístico IBM SPSS *Statistics* versão 22.

4.7.1 Cálculo do Tamanho da Amostra

O tamanho da amostra foi calculado a partir do total médio anual de pacientes internados na Clínica Médica do Hospital Adventista de Manaus, no ano de 2023 (N=285), e a frequência de felicidade subjetiva com relação à internação hospitalar encontrada por Vosgerau (2012, p.98), a qual foi de 7,7%.

Fixou um nível de 95% de confiança e uma precisão (margem de erro) de 3,5%, sendo o tamanho de amostra estimado igual a 125 pacientes. O tamanho da amostra foi estimado considerando os parâmetros estatísticos da fórmula de cálculo do tamanho da amostra para população finita, descrita por Bussab e Morettin (2016, p. 288), apresentada a seguir:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Onde:

N: Total médio anual de pacientes internados no HAM $\therefore N = 285$

\hat{p} : Frequência de felicidade subjetiva $\therefore \hat{p} = 7,7\%$;

\hat{q} : Frequência de ausência de felicidade subjetiva $\therefore \hat{q} = 92,3\%$;

Z: Valor crítico que corresponde ao grau de 95% de confiança $\therefore Z = 1,96$;
d: Precisão (margem de erro) $\therefore 0,035$ (3,5%).

Realizou-se uma amostragem não aleatória, por conveniência (ou demanda espontânea), considerada não probabilística, que considera uma abordagem informal ao paciente, sendo o mesmo convidado a participar do estudo, após esclarecimentos éticos e acerca dos objetivos do mesmo.

4.8 Aspectos Éticos do Estudo

4.8.1 Avaliação Ética

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram seguidas as exigências e os preceitos estabelecidos na Declaração de Helsinki (OMS, 2013) e na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2022), que versa sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo a mesma submetida à apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

A autonomia dos participantes do estudo foi respeitada pela sua livre decisão em participar da pesquisa. Após o fornecimento das orientações necessárias, dos esclarecimentos da natureza e objetivo do estudo e dos principais aspectos éticos da investigação, todos os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), que assegura direitos e deveres aos sujeitos da pesquisa, a comunidade científica e ao Estado.

O estudo considerou ainda a autorização institucional por meio de uma Carta de Anuência (APÊNDICE C), destinada à direção do HAM. O protocolo da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM (CEP-UFAM), sendo o mesmo aprovado por meio do Parecer Consubstanciado nº 78976024.9.0000.5020 (ANEXO 4).

No momento da aplicação, cada TCLE foi numerado, sendo que os questionários dos participantes receberam o mesmo número do TCLE, visando não misturar ou trocar os dados. Terminada a aplicação, o TCLE foi enviado para um arquivo separado dos instrumentos de coleta de dados, de responsabilidade do pesquisador, de forma que apenas um número de identificação fosse assinalado nos

instrumentos, garantindo o sigilo acerca da identificação dos pacientes. Essa forma de organização dos instrumentos permitirá também a rastreabilidade do paciente caso ele queira desistir de participar da pesquisa. Convém lembrar que este estudo não fez uso de informações de imagem dos participantes, de modo que a proteção da imagem dos mesmos manteve-se salvaguardada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo principal do estudo foi investigar se há associação entre religiosidade, qualidade de vida e a felicidade subjetiva de pacientes internados em um hospital privado de Manaus- AM no período de junho a setembro de 2024. Neste contexto, este item apresenta-se em cinco tópicos:

- Caracterização dos pacientes internados em hospital privado de Manaus;
- Qualidade de Vida dos Pacientes Internados em Hospital Privado de Manaus;
- Religiosidade de Pacientes Internados em Hospital Privado de Manaus;
- Felicidade Subjetiva dos Pacientes Internados em Hospital Privado de Manaus;
- Associação entre religiosidade, qualidade de vida e a felicidade subjetiva de pacientes internados em um hospital privado de Manaus.

Os temas acima descritos no contexto dos objetivos geral e específicos do estudo foram ainda discutidos, conforme disponibilidade da literatura científica acerca de sua temática.

5.1 Caracterização dos Pacientes Internados em Hospital Privado de Manaus

A tabela 1 apresenta a distribuição de frequências das características sociodemográficas dos pacientes internados que participaram do estudo. O estudo obteve a participação de 132 pacientes, internados no período de junho a setembro de 2024, cujas características predominantes foram: sexo feminino (75 – 56,8%); Cisgênero (128 – 97,0%); faixa etária de 19 a 30 anos (47 – 35,6%); nacionalidade brasileira (130 – 98,5%); natural do Amazonas (96 – 72,7%); estado civil casado (69

– 53,3%); possuem entre 1 e 2 filhos (64 – 48,5%); religião católica (50 – 37,9%); e praticantes de sua religião (98 – 74,2%).

Os resultados acima apontaram que a maioria dos pacientes internados na clínica médica eram do sexo feminino (56,8%). Este resultado foi o mesmo encontrado em pacientes, igualmente internados em clínica médica nos estudos realizados por Maniva et al. (2024) e por Silva e Menezes (2014), os quais relataram frequências de mulheres entre os pacientes respectivamente iguais a 54,0% e 52,5%, destacando-se que a frequência de mulheres encontrada em nosso estudo foi superior às encontradas por ambos os autores citados. É importante destacar, que nas relações socioculturais estabelecidas por homens e mulheres acredita-se que o cuidado com a saúde possui forte relação com o que se considera frágil, e por isto os serviços de saúde são comumente identificados como locais de mulheres, crianças e idosos (Levorato et al., 2014).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024

CARACTERÍSTICA	n (132)	%
Sexo		
Feminino	75	56,8
Masculino	57	43,2
Gênero		
Cisgênero	128	97,0
Outros	4	3,0
Faixa etária		
Idade média 37,24 ± 11,29 anos		
19 a 30	47	35,6
31 a 40	29	22,0
41 a 50	38	28,8
51 e mais	18	13,6
Nacionalidade		
Brasileira	130	98,5
Outras	2	1,5
Naturalidade		
Estado do Amazonas	96	72,7
Outros estados	36	27,3
Estado civil		
Solteiro(a)	50	37,9
Casado(a)	69	52,3
União estável	13	9,8
Nº de filhos		
Nenhum	46	34,8
1 a 2	64	48,5
3 a 4	15	11,4
5 ou mais	7	5,3

Religião		
Católico(a)	50	37,9
Evangélico(a)	46	34,8
Cristão sem denominação	19	14,4
Outras	7	5,3
Não possui	10	7,6
Praticante da religião		
Sim	98	74,2
Não	34	25,8

Fonte: Formulário da pesquisa

Quanto a faixa etária, no presente estudo a mais frequente foi entre 19 e 30 anos, sendo a média de idade igual a $37,24 \pm 11,29$ anos (tabela 1), demonstrando que a amostra estudada se refere à população adulta. Diferentemente, nos estudos realizados por Maniva et al. (2024), Silva e Menezes (2014) e Tiensoli et al. (2014), as idades médias dos pacientes internados em clínica médica foram superiores a encontrada em nosso estudo, enfatizando-se que nos três estudos citados a população mais frequente foi a de idosos.

Considerando-se os estados civis casado e união estável, nosso estudo apresentou frequências de 52,3% e 9,8%, respectivamente, perfazendo-se uma frequência total de 62,1%. Esta frequência foi superior às encontradas nos estudos realizados por Martins et al. (2020) e por Lima-Junior et al. (2024) com pacientes hospitalizados.

Destacando-se os pacientes que possuem filhos, nosso estudo apresentou frequência de 65,2%. Neste contexto, a frequência encontrada foi inferior a relatada por Lima-Junior et al. (2024). Apesar da importância do suporte familiar aos pacientes internados, a maioria dos estudos que caracterizam estes pacientes não descrevem a referida característica, sendo a frequência dos que possuem filhos rara entre os resultados destes estudos.

No que se refere à religião, nosso estudo demonstrou que a mais frequente foi a católica (37,9%). A religião católica também foi mais frequente entre pacientes internados de estudo realizado por Martins et al. (2020), porém com frequência de católicos acima da encontrada em nosso estudo (72,0%). Por outro lado, nosso resultado diferiu do descrito no estudo de Lima-Junior et al. (2014), onde a religião evangélica foi a mais frequente. De acordo com os autores Lima-Junior et al. (2014), a religião desempenha um papel importante na recuperação do paciente internado, pois desenvolve no mesmo os suportes emocional e espiritual necessários ao

enfrentamento da doença durante este período. Estes autores destacam ainda que a “A religiosidade está relacionada a sintomas significativamente menores de depressão, menor comprometimento cognitivo, menos dor e melhor qualidade de vida”

A tabela 2 apresenta a distribuição de frequências das características educacionais e econômicas dos participantes. Observa-se na mesma que a maioria possuía ensino médio completo (53 – 40,2%), sendo as áreas de atuação ocupacional mais frequentes a administrativa (50 – 37,9%) e a Técnica-Científica-Artística (28 – 21,2%). A maioria possuía vínculo empregatício (80 (60,6%), e a renda mensal mais frequente entre todos os pacientes foi a de 2 a 6 SM (68 – 51,5%).

Tabela 2 - Caracterização educacional e econômica dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024

CARACTERÍSTICA	n (132)	%
Grau de Instrução		
Fundamental	6	4,5
Médio	53	40,2
Superior	37	28,0
Pós-Graduação	36	27,3
Área da ocupação		
Administrativa	50	37,9
Comércio	9	6,8
Técnica, Científica, Artística	28	21,2
Indústria e Const. Civil	12	9,1
Prestação de Serviços	6	4,5
Nenhuma	27	20,5
Vínculo empregatício		
Sim	80	60,6
Não	52	39,4
Renda mensal (SM*)		
Nenhuma	6	4,5
Até 1	16	12,1
2 a 6	68	51,5
7 a 10	33	25,0
11 e mais	9	6,8

*SM: Salário Mínimo

Fonte: Formulário da pesquisa

Conforme os resultados apresentados na tabela 2, a maioria dos pacientes possuía nível médio completo (40,2%). Em outros estudos, como o de Lima-Junior et al. (2014) e Borges et al. (2020, a maioria dos pacientes internados possui nível fundamental. É importante enfatizar que ambos os estudos foram realizados em

hospitais públicos, tendo em vista que são raros os estudos epidemiológicos em hospitais privados.

Observou-se ainda que os pacientes apresentaram um perfil, com classificação econômica emergente, pois a maioria possui uma atividade profissional, com vínculo empregatício e renda de até seis salários-mínimos. Estes resultados indicam que os determinantes sociais de saúde estão cada vez mais relacionados às condições de vida e trabalho da população. Nesta perspectiva, acredita-se que os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos ou raciais, psicológicos e comportamentais influenciam fortemente na ocorrência de problemas de saúde, enfatizando-se a escolaridade, renda e emprego (Melo; Costa; Corso, 2024).

A tabela 3, a seguir, apresenta as distribuições de frequências das características relacionadas aos aspectos clínicos dos pacientes internados. Dos 132 pacientes, a maioria internou-se para realização de tratamento clínico, motivo relatado por 104 (78,8%) pacientes, e a classificação mais frequente relacionada ao motivo da internação, as emergências (73 – 55,3%). A maioria dos pacientes ficou internado durante 3 dias, correspondendo a 70 (53,0%) do total da amostra.

Tabela 3 - Caracterização clínica dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024

CARACTERÍSTICA	n (132)	%
Motivo da internação		
Tratamento clínico	104	78,8
Tratamento cirúrgico	10	7,6
Realizar exames clínicos	18	13,6
Classificação do motivo		
Emergência	73	55,3
Urgência	59	44,7
Dias internados		
2	18	13,6
3	70	53,0
4	44	33,3

Fonte: Formulário da pesquisa

A tabela 4 apresenta a distribuição de frequências dos motivos que resultaram na internação dos pacientes. De acordo com a mesma, a maioria das internações ocorreu por problemas ou doenças do trato gastrointestinal (26 – 19,7%) ou clínico geral (24 – 18,2%).

Tabela 4 - Frequência por especialidade dos motivos de internação dos pacientes que participaram da pesquisa, de hospital privado da cidade de Manaus, 2024

ESPECIALIADE	n (132)	%
Gastroenterologia	26	19,7
Clínica geral	24	18,2
Cardiologia	9	6,8
Otorrinolaringologia	9	6,8
Urologia	9	6,8
Dermatologia	7	5,3
Ortopedia	7	5,3
Neurologia	6	4,5
Infectologia	4	3,0
Pneumologia	4	3,0
Angiologia	3	2,3
Nefrologia	3	2,3
Cirurgia geral	2	1,5
Coloproctologista	2	1,5
Endocrinologia	2	1,5
Neurocirurgia	2	1,5
Odontologia	2	1,5
Oftalmologia	4	3,0
Reumatologia	2	1,5
Outras	5	3,8

Fonte: Formulário da pesquisa

Nossos resultados revelaram que a maioria dos problemas de saúde que demandaram a internação em clínica médica dos pacientes avaliados eram do trato gastrointestinal (19,7%). Comparando-se este resultado a outros estudos, observou-se que há uma diversidade de problemas de saúde em pacientes hospitalizados, portanto diferentes de nosso resultado. Dentre os mesmos estão a hipertensão, a diabetes, doenças de pele e doenças mentais (Maniva et al., 2024; Silva e Menezes, 2014; Tiensoi et al., 2014). Por outro lado, Oliveira et al. (2022) demonstraram que a maioria das internações de urgência da população adulta do Brasil ocorreu devido aos problemas do aparelho digestivo, o qual correspondeu a 41,2% dos motivos.

5.2 Qualidade de Vida dos Pacientes Internados em Hospital Privado de Manaus

A tabela 5 descreve as distribuições de frequências da percepção dos pacientes acerca de sua QV e sua satisfação com a saúde. De acordo com a mesma, a percepção da qualidade vida, avaliada por meio do instrumento WHOQOL-BREF,

dos 132 pacientes, 76 (57,2%) consideraram sua qualidade de vida “boa”. Quanto à satisfação com a saúde, mais da metade respondeu que estão insatisfeitos (42 – 31,8%), nem satisfeitos, nem insatisfeitos (42 – 31,8%), e satisfeitos (42 – 31,8%), apresentando os três níveis a mesma frequência de resposta, enfatizando-se que a maioria não se encontrava plenamente satisfeito com a sua condição de saúde (tabela 5).

Tabela 5 - Classificação do WHOQOL-BREF quanto à percepção da QV e satisfação com a saúde dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus, 2024

CLASSIFICAÇÃO	n (132)	%
Percepção da qualidade de vida		
Muito ruim	1	0,8
Ruim	8	6,1
Nem boa, nem ruim	19	14,4
Boa	76	57,6
Muito boa	28	21,2
Satisfação com a Saúde		
Muito insatisfeito	3	2,3
Insatisfeito	42	31,8
Nem satisfeito, nem insatisfeito	42	31,8
Satisfeito	42	31,8
Muito satisfeito	3	2,3

Fonte: Formulário da pesquisa

A tabela 6 apresenta a análise estatística descritiva dos escores e o coeficiente de confiabilidade dos domínios da QV dos pacientes internados, analisados neste estudo. De acordo com a mesma, as relações sociais foi o domínio que apresentou escore médio mais alto ($70,33 \pm 18,60$) e o físico foi o que apresentou o pior escore médio ($59,79 \pm 1,89$). Os escores da QV geral dos pacientes variou entre 28,76 (muito baixa) a 92,0 (alta), sendo os escores médio e mediano respectivamente iguais a $65,69 \pm 13,01$ e 67,02 (tabela 6). Os domínios físico (Alpha = 0,262) e psicológico (Alpha = 0,476) apresentaram consistência interna muito baixa (Alpha < 0,30), e os domínios relações sociais (Alpha = 0,726) e meio ambiente (Alpha = 0,776) apresentaram consistência interna aceitáveis, cujas confiabilidades foram moderada ($0,60 < \text{Alpha} \leq 0,75$) e alta ($0,60 < \text{Alpha} \leq 0,75$), respectivamente. A QV geral dos pacientes apresentou alta consistência interna (Alpha = 0,805).

Tabela 6 - Análise descritiva e coeficiente de confiabilidade Alpha de *Crombach* dos domínios da Qualidade de Vida dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus, por meio do instrumento WHOQOL-BREF. 2024.

DOMÍNIOS	MEDIDAS DESCRITIVAS (n = 132)					ALPLHA*
	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	
Físico	59,79	16,89	7,14	60,71	89,29	0,262
Psicológico	66,16	15,87	20,83	66,67	95,83	0,475
Relações sociais	70,33	18,60	8,33	75,00	100,00	0,726
Meio ambiente	66,48	13,48	25,00	65,63	96,88	0,776
Qualidade de Vida Geral	65,69	13,01	28,76	67,82	92,00	0,805

Fonte: Formulário da pesquisa

*Alpha de Crobach

Os resultados acima foram semelhantes aos relatados em estudo realizado por Martins et al. (2020) com pacientes internados, no qual o melhor e pior domínio foram os mesmos, sendo, porém, que os escores médios para relações sociais apresentaram-se acima e para o domínio físico um pouco abaixo, dos encontrados em nosso estudo. Quanto à QV geral relatada no referido estudo, a mesma foi inferior a encontrada em nosso estudo. Considerando-se o estudo realizado por Silva et al. (2016), com pacientes hospitalizados, os domínios com melhor e pior QV foram os domínios psicológico e físico, respectivamente. No referido estudo, o domínio físico surge novamente como o pior da QV dos pacientes internados.

Considerando ainda a discussão dos escores médios dos domínios da QV dos pacientes internados, em estudo realizado por Duarte, Joaquim e Nunes (2016), em pacientes internados em três unidades hospitalares de uma cidade de Portugal, observou-se de um modo geral que o melhor e pior domínio da QV dos pacientes, incluindo-se as três unidades de saúde, foram as relações sociais e o domínio meio ambiente, corroborando assim com os resultados de nosso estudo.

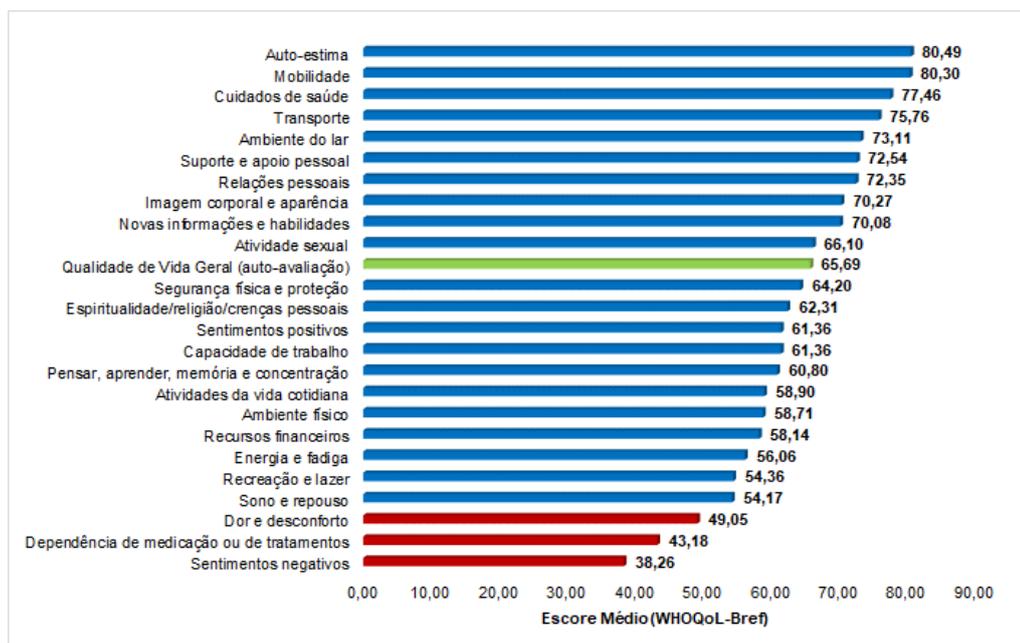
Conforme demonstrado na tabela 6, os pacientes apresentaram uma percepção satisfatória no domínio de relações sociais e suas facetas, tendo em vista que o mesmo foi bem avaliado em relação à QV, evidenciando-se uma consistência interna satisfatória. Destaca-se que este domínio avalia as relações sociais, que envolve familiares e amigos, o apoio que recebe dos amigos, assim como a satisfação com a vida sexual. Martins et al. (2020) enfatiza que o apoio social é essencial na vida

do ser humano, pois ajuda a desenvolver a superação de situações difíceis, assim como traz efeitos benéficos ao bem-estar geral e satisfação como a vida.

O domínio físico obteve menor escore médio, portanto sendo o pior domínio da QV dos pacientes analisados. Este domínio avalia a energia física, fadiga, sono e atividades diárias (Fleck, 2000). Neste contexto, compreende-se que o paciente internado muitas vezes não dorme e nem repousa com qualidade, devido a sua situação de saúde, que dependendo da doença, pode reduzir a sua mobilidade, contribuir com a ocorrência de dor e fadiga, que por sua vez influenciam na redução da qualidade do sono. Acredita-se que o domínio físico influencia no autocuidado do paciente, haja a vista que a fadiga, indisposição e a presença de dor o restringem à realização de atividade básicas, geralmente vivenciadas em âmbito hospitalar (Martins et al., 2020).

A gráfico 1, descreve os escores médios das facetas da QV dos pacientes internados analisados. De acordo com o mesmo, os pacientes apresentaram os escores médios mais baixos nas questões sentimentos negativos (38,26), dependência de medicação ou de tratamentos (43,18), e dor e desconforto (49,05). Entretanto, apresentaram melhor qualidade de vida no que se refere aos cuidados de saúde (77,46), à mobilidade (80,30) e à autoestima (80,49).

Gráfico 1 - Escores médios das Facetas dos domínios da Qualidade de Vida dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus, avaliados por meio do instrumento WHOQOL-BREF, 2024



Fonte: Formulário da pesquisa.

No conceito de qualidade de vida estão presentes a subjetividade, como cada pessoa se percebe em relação ao meio em que vive e as influências culturais e sociais exercidas sobre ela, além de questões ligadas a espiritualidade, mobilidade e ambiência. A QV é um construto eminentemente humano, que tem sido aproximado ao grau de satisfação relacionado à vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial (Freire; Costa; Lima, et al., 2018).

Os resultados acima demonstraram que os pacientes internados possuem uma boa qualidade de vida, sendo os domínios relações sociais e meio ambiente os mais bem avaliados, pois obtiveram consistências internas satisfatórias. O domínio físico foi o mais afetado nos pacientes internados analisados, sendo possível que a condição clínica dos mesmos tenha influenciado na autoavaliação deste domínio da QV. A melhor e pior faceta da QV dos pacientes foram autoestima e sentimentos negativos, respectivamente.

5.3 Religiosidade de Pacientes Internados em Hospital Privado de Manaus

Inúmeros estudos vêm sendo desenvolvidos relacionando a espiritualidade com o enfrentamento de doenças, promoção e reabilitação, demonstrando o interesse da comunidade científica em tentar compreender os mecanismos fisiológicos que explicam a relação entre a religiosidade e a espiritualidade no cuidado à saúde (Oliveira, 2018; Herren et al., 2019; Thiengo et al., 2019).

A tabela 7 apresenta as frequências por domínios e questões das respostas dos pacientes internados à Escala de Religiosidade da Universidade de Duke. O primeiro domínio trata-se da Religiosidade Organizacional (RO), que se refere à questão 1 da referida escala. Quando questionados com que frequência vão a uma igreja, as respostas mais frequentes foram “algumas vezes” (36 – 27,3%) e “mais de uma vez por semana” (32 – 24,2%), que juntas representam 51,5% da amostra.

Em relação ao domínio Religiosidade Não Organizacional (RNO), ainda na tabela 7, representada pela questão 2 da escala citada, observou-se que, à questão da frequência que o paciente dedica o seu tempo a atividades religiosa ou encontro religiosos, as respostas mais frequentes foram “poucas vezes por mês” (21 – 15,9%), “diariamente” (45 – 34,1%) e “mais de uma vez ao dia” (21 – 15,9%).

Quanto ao domínio Religiosidade Intrínseca (RI) da tabela 7, representado pelas três questões seguintes da escala supracitada, observou-se que à questão “em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)” a resposta mais frequente foi “totalmente verdade para mim” (92 – 69,7%). Para a questão “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.”, a maioria respondeu “totalmente verdade para mim” (63 – 47,7%). E no que se refere à questão “Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida”, a resposta mais frequente foi “totalmente verdade para mim” (50 – 37,9%).

Considerando os resultados acima, para o domínio RO, observou-se que a maior frequência dos pacientes vai “algumas vezes por ano” a uma igreja, templo ou outro encontro religioso (27,3%). Esta mesma resposta foi a mais frequente em estudo realizado por Bastos et al. (2022) em pacientes em período pré-operatório, porém diferente da apresentada por Silva et al. (2013) com população de idosos hospitalizados, cuja resposta mais frequente foi “uma vez por semana”. Bastos et al (2022) enfatizam que a RO envolve atividades religiosas públicas, tais como comparecimento a serviços religiosos ou participação em outras atividades religiosas que possuem relação com grupos, portanto está relacionada a um componente social. Neste contexto, os pacientes avaliados em nosso estudo não vivenciam com muita frequência o âmbito organizacional de sua religiosidade, tendo que em vista que a maioria se envolve em tais atividade apenas algumas vezes por ano.

Tabela 7 - Frequência por domínio das respostas às questões que compõem o Índice de Religiosidade da Universidade de Duke, dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024

DOMÍNIO / QUESTÃO	RESPOSTA	n (132)	%
Religiosidade Organizacional (RO)			
1 Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?	1.Nunca	11	8,3
	2.Uma vez por ano ou menos	11	8,3
	3.Algumas vezes por ano	36	27,3
	4. Duas a três vezes por mês	14	10,6
	5.Uma vez por semana	28	21,2
	6.Mais de uma vez por semana	32	24,2
Religiosidade Não Organizacional (RNO)			
2 Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?	1.Raramente ou nunca	17	12,9
	2.Poucas vezes por mês	21	15,9
	3.Uma vez por semana	13	9,8
	4. Duas ou mais vezes por semana	15	11,4

	5.Diariamente	45	34,1
	6.Mais de uma vez ao dia	21	15,9
Religiosidade Intrínseca (RI)			
3	Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).	1.Não é verdade	5 3,8
		2.Em geral não é verdade	0 0,0
		3.Não estou certo	4 3,0
		4.Em geral é verdade	31 23,5
		5.Totalmente verdade para mim	92 69,7
4	As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.	1.Não é verdade	7 5,3
		3.Em geral não é verdade	3 2,3
		3.Não estou certo	13 9,8
		4.Em geral é verdade	46 34,8
		5.Totalmente verdade para mim	63 47,7
5	Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.	1.Não é verdade	13 9,8
		2.Em geral não é verdade	11 8,3
		3.Não estou certo	15 11,4
		4.Em geral é verdade	43 32,6
		5.Totalmente verdade para mim	50 37,9

Fonte: Formulário da pesquisa

Considerando-se ainda os resultados da tabela 7, em nosso estudo a RNO apresentou maior frequência da resposta “diariamente” à questão “com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?”, sendo a mesma igual a 34,1%. Este resultado diferiu dos apresentados nos estudos de Silva et al. (2013) e Bastos et al. (2022), os quais apresentaram maior frequência à resposta “mais de uma vez por dia”. É importante enfatizar que a RNO considera as atividades que são realizadas na privacidade do lar, como orações, leituras ou programas de TV, rádios ou até mesmo nas redes sociais, que não dependem da interação com outras pessoas (Duarte et al., 2011). Ao passo que nossos pacientes não vivenciam frequentemente as atividades religiosas sócias, os mesmos praticam diariamente as atividades religiosas individuais.

No que se refere ao domínio RI dos participantes da pesquisa, em todas as questões do mesmo, os pacientes responderam “totalmente verdade para mim”. Comparando-se às frequências descritas por Bastos et al. (2022), apenas na questão “eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida”, a maior frequência destes autores diferiu da frequência encontrada em nosso estudo. O domínio RI analisa o quanto a religião está associada aos comportamentos, decisões e, de forma geral, na vida do indivíduo, sendo o mesmo um domínio subjetivo do

quanto e como o ser humano compreende a importância da religião em sua vida (Silva et al., 2011). Neste contexto, os participantes do presente estudo apresentaram uma boa percepção da grande relevância da religião em suas vidas.

A tabela 8 apresenta a análise descritivas das pontuações das questões relacionadas aos domínios do Índice de Religiosidade de Duke dos pacientes internados analisados. De acordo com a mesma, a pontuação do domínio RO variou entre 1,0 (nunca) e 6,0 (mais de uma vez por semana), com valores médio e mediano respectivamente iguais a $4,0 \pm 1,6$ e 4,0 pontos, com coeficiente de variação de 39,9%, o que indica alta variabilidade entre as respostas. Quanto ao domínio RNO, o mesmo variou entre 1,0 (nunca) e 6,0 pontos (mais de uma vez por semana), sendo seus valores médio e mediano respectivamente iguais a $3,9 \pm 1,7$ e 4,5 pontos, e coeficiente de variação de 44,0%, indicando alta variabilidade entre as respostas. Ambos os domínios obtiveram coeficientes de variação altos, sendo 39,9% para RN e 44,0% para RNO. Isto significa que a pontuação foi bastante heterogênea entre os pacientes.

Em relação ao domínio RI, sua pontuação variou entre 3 e 15, sendo seus valores médio e mediano respectivamente iguais a $12,5 \pm 2,8$ e 13,0 pontos. O coeficiente de variação para este domínio foi de 22,0%, considerado baixo. Isto significa que neste domínio, a pontuação foi homogênea entre os pacientes (tabela 8). O gráfico 2 apresenta as classificações das pontuações acerca da religiosidade, de acordo com cada domínio do instrumento de Duke. Neste sentido, observou-se que para todos os domínios os pacientes obtiveram índices de religiosidade alta, sendo os mesmos iguais a 56,1% para RO, 61,4% para RNO e 75,0% para RI.

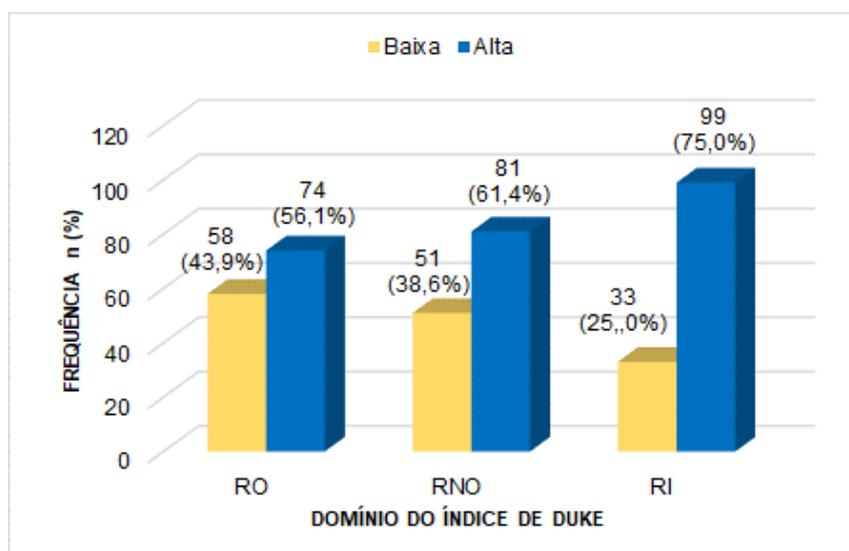
A espiritualidade está presente entre as dimensões humanas e compõe parte do comportamento humano por toda sua existência, englobando atividades como compreender, pensar, sentir, ter fé e acreditar. Há muitos anos, a ciência tem evidenciado que a espiritualidade beneficia a saúde mental do ser humano, principalmente no que se refere à ansiedade, medo e ameaças à vida como a finitude e a morte (Balbinotti, 2017).

Tabela 8 - Análise descritiva por domínio das respostas às questões que compõem o Índice de Religiosidade da Universidade de Duke, dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024

DOMÍNIO / ITEM	MEDIDAS DESCRITIVAS (n = 132)						ALPHA*
	Média	DP	CV	Mínimo	Mediana	Máximo	
Religiosidade Organizacional (RO)							
1 Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?	4,0	1,6	39,9	1,0	4,0	6,0	NSA ¹
Religiosidade Não Organizacional (RNO)							
2 Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?	3,9	1,7	44,0	1,0	4,5	6,0	NSA ¹
Religiosidade Intrínseca (RI)							
3 Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).	4,6	0,9	19,3	1,0	5,0	5,0	-
4 As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.	4,2	1,1	25,4	1,0	4,0	5,0	-
5 Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.	3,8	1,3	34,1	1,0	4,0	5,0	-
	12,5	2,8	22,0	3,0	13,0	15,0	0,794

Fonte: Formulário da pesquisa ¹CV: Coeficiente de Variação ²NSA: Não se Aplica ^{*}Alpha de Crombach

Gráfico 2 - Frequência por classificação dos domínios do Índice de Religiosidade de Duke dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024



Fonte: Formulário da pesquisa

De acordo com os resultados da análise descritiva dos domínios do índice de DUREL nos pacientes internados analisados, observou-se que o domínio RNO obteve maior pontuação mediana, do que o domínio RO, sendo o domínio RI elevado, com pontuações média e mediana próximas à pontuação máxima. Nossos resultados se assemelham aos apresentados por Gomes et al. (2020) em pacientes analisados no pré-operatório de cirurgias cardíacas, e aos apresentados por Alvarez et al. (2016) em pacientes sob tratamento de insuficiência cardíaca. Por outro lado, a pontuação mediana da RI descrita em estudo realizado por Bastos et al. (2022) em pacientes no pré-operatório, observou-se pontuação mediana abaixo da encontrada em nosso estudo, porém considerada igualmente elevada, corroborando assim com nossos resultados.

As respostas aos itens do índice de DUREL apresentaram consistência interna satisfatória ($\text{Alpha} = 0,789$), com confiabilidade de moderada a alta, sendo especificamente o coeficiente de confiabilidade do domínio RI igual a 0,796, evidenciando-se a alta confiabilidade neste domínio nos pacientes internados, analisados em nosso estudo.

5.4 Felicidade Subjetiva dos Pacientes Internados em Hospital Privado de Manaus

A tabela 9 apresenta a análise descritiva das pontuações acerca da FS obtidas pelos pacientes internados. Neste contexto, observou-se que a pontuação média mais alta ocorreu à questão 1 (em geral considero-me), sendo a mesma de $5,6 \pm 1,3$ pontos, determinando-se que os pacientes analisados possuem FS um pouco acima de 20,0 pontos. Seu coeficiente de variação foi de 18,9% (média). De um modo geral, a pontuação geral da FS variou entre 9,0 e 28,0 pontos, sendo seus valores médio e mediano respectivamente iguais a $19,8 \pm 3,8$ (baixo), o que indica que as pontuações dos pacientes foram similares. Os resultados da tabela 9 demonstram ainda que os pacientes analisados possuem nível alto de FS.

A internação hospitalar proporciona ao ser humano distintas experiências em todas as suas dimensões, a saber: física, mental, social e espiritual, visto que o indivíduo é exposto de diferentes formas no dia a dia a situações que não lhes constroem ou promovem sofrimento de alguma forma, como por exemplo:

atividades assistenciais de rotina, exames, procedimentos médicos, isolamento social e notícias de prognósticos desfavoráveis.

Tais condicionantes podem afetar a saúde mental destes, minimizando sentimentos que estão atrelados ao bem-estar e à qualidade de vida, como a esperança, o otimismo, a fé, a alegria e a felicidade.

Considerando ainda a tabela 9, verificou-se a pontuação da FS no primeiro e no último dia de internação. Foram incluídos 44 pacientes aleatoriamente que receberam alta no 4º dia de internação, para responderem novamente o Questionário de FS. A pontuação dos mesmos variou entre 24,0 e 32,0 pontos, sendo as pontuações média e mediana respectivamente iguais a $24,8 \pm 3,4$ e 26,0 pontos. O coeficiente de variação foi de 14,0% (baixo), o que indica que as pontuações dos pacientes foram similares. Ao comparar as pontuações médias da FS do primeiro dia da internação com a FS do quarto dia de internação, observou-se que houve diferença significativa entre as mesmas ($p < 0,0001$), sendo a pontuação média da FS no quarto dia de internação significativamente maior do que a pontuação média da FS no primeiro dia de internação ($p < 0,0001$).

Tabela 9 – Análise descritiva das respostas às questões que compõem a Escala de Felicidade Subjetiva, dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024

	QUESTÃO	n	Média	DP	CV	Mínimo	Mediana	Máximo
1	Em geral, considero-me:	132	5,6	1,3	23,7	1,0	6,0	7,0
2	Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:	132	5,5	1,5	27,6	1,0	6,0	7,0
3	Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?	132	5,2	1,6	29,6	1,0	5,0	7,0
4	Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?	132	3,5	1,9	54,6	1,0	4,0	7,0
-	Pontuação total FS (inicial)*	132	19,8	3,8	18,9	9,0	20,0	28,0
-	Pontuação total FS (final)*	44	23,8	3,4	14,0	24,0	26,0	32,0

Fonte: Formulário da pesquisa

*Alpha de Crombach: 0,377

*p significativo em $p < 0,05$ (5%)

Teste de Mann-Whitney

Os estudos existentes sobre a Felicidade em pessoas enfermas apresentam uma considerável heterogeneidade metodológica, o que dificulta a realização de uma análise comparativa robusta entre as diferentes investigações.

Diante do exposto, infere-se a relevância do desenvolvimento de mais estudos abrangentes sobre este tema e com a utilização do instrumento em questão em público heterogêneo, permitindo contemplar as diversas populações às quais ele pode ser aplicado, como por exemplo, em paciente hospitalizados. Caso contrário, os resultados podem ficar restritos e limitados em sua aplicabilidade.

5.5 Associação entre religiosidade, qualidade de vida e a felicidade subjetiva de pacientes internados em um hospital privado de Manaus

A tabela 10 descreve a associação entre as características sociodemográficas aos domínios do Índice de Religiosidade da Universidade de Duke. A análise demonstrou que as características que estiveram significativamente associadas ao domínio RO foram estado civil ($p < 0,0001$), religião ($p < 0,0001$) e praticante da religião ($p < 0,0001$). Observou-se que as pontuações medianas mais altas deste domínio foram obtidas pelos pacientes casados (5,0 pontos), da religião evangélica (5,0 pontos) e dos que são praticantes de sua religião.

Considerando a mesma tabela, observou-se que as mesmas características associadas ao domínio RO, estiveram igualmente significativamente associadas ao domínio RNO ($p < 0,05$), sendo as pontuações medianas mais altas para os pacientes casados (5,0 pontos), da religião evangélica (5,0 pontos) e dos que são praticantes de sua religião.

Em relação ao domínio RI, também apresentado na tabela 10, observou-se que as características sociodemográficas que estiveram associadas ao mesmo foram o sexo ($p = 0,031$), possui filhos ($p = 0,007$), estado civil ($p = 0,032$), religião ($p = 0,001$) e praticante da religião ($p < 0,0001$). Neste contexto, os pacientes do sexo feminino (4,7 pontos), casados (4,7 pontos), que possuem filhos (4,7 pontos), cristão evangélicos ou sem denominação (4,7 pontos), e que praticam sua religião (5,0 pontos).

Os resultados acima demonstraram que os domínios RO e RNO estão igualmente associados ao estado civil, religião, e praticante da religião. E o domínio

RI apresentou associação significativa com o sexo, estado civil, se tem filhos, religião, e com praticante da religião.

Tabela 10 - Associação entre as características sociodemográficas e as pontuações dos Domínios do Índice de Religiosidade da Universidade de Duke dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024.

DOMÍNIO / CARACTERÍSTICA		n	Mínimo	Mediana	Máximo	<i>p</i> *
Religiosidade Organizacional (RO)						
Sexo	Feminino	75	1,0	5,0	6,0	0,127
	Masculino	57	1,0	4,0	6,0	
Gênero	Cisgênero	128	1,0	4,0	6,0	0,807
	Outros	4	3,0	4,0	6,0	
Faixa etária	19 a 30	47	1,0	4,0	6,0	0,578
	31 a 40	29	1,0	4,0	6,0	
	41 a 50	38	1,0	5,0	6,0	
	51 e mais	18	1,0	4,0	6,0	
Naturalidade	Estado do Amazonas	96	1,0	4,0	6,0	0,908
	Outros estados	36	1,0	4,0	6,0	
Estado civil	Solteiro	50	1,0	3,0	6,0	<i>p</i> <0,0001*
	Casado	69	1,0	5,0	6,0	
	União estável	13	1,0	4,0	6,0	
Possui filhos	Sim	86	1,0	4,5	6,0	0,144
	Não	46	1,0	3,0	6,0	
Religião	Catolico(a)	50	1,0	3,5	6,0	<i>p</i> <0,0001*
	Evangélico(a)	46	2,0	5,0	6,0	
	Cristão sem denominação	19	1,0	3,0	6,0	
	Outras	7	1,0	4,0	6,0	
	Não possui	10	1,0	1,0	3,0	
Praticante da religião	Sim	98	2,0	5,0	6,0	<i>p</i> <0,0001*
	Não	34	1,0	2,0	3,0	
Religiosidade Não Organizacional (RNO)						
Sexo	Feminino	75	1,0	5,0	6,0	0,153
	Masculino	57	1,0	4,0	6,0	
Gênero	Cisgênero	128	1,0	4,5	6,0	0,375
	Outros	4	2,0	5,0	6,0	
Faixa etária	19 a 30	47	1,0	3,0	6,0	0,171
	31 a 40	29	1,0	4,0	6,0	
	41 a 50	38	1,0	5,0	6,0	
	51 e mais	18	1,0	5,0	6,0	
Naturalidade	Estado do Amazonas	96	1,0	4,5	6,0	0,644
	Outros estados	36	1,0	4,5	6,0	
Estado civil	Solteiro	50	1,0	4,0	6,0	0,038*
	Casado	69	1,0	5,0	6,0	
	União estável	13	1,0	2,0	6,0	
Possui filhos	Sim	86	1,0	5,0	6,0	0,095
	Não	46	1,0	3,0	6,0	
Religião	Catolico(a)	50	1,0	4,0	6,0	0,001*
	Evangélico(a)	46	1,0	5,0	6,0	
	Cristão sem denominação	19	1,0	4,0	6,0	

	Outras	7	1,0	4,0	6,0	
	Não possui	10	1,0	1,5	6,0	
Praticante da religião	Sim	98	1,0	5,0	6,0	<i>p</i> <0,0001*
	Não	34	1,0	2,0	6,0	
Religiosidade Intrínseca (RI)						
Sexo	Feminino	75	1,0	4,7	5,0	<i>0,031*</i>
	Masculino	57	1,0	4,3	5,0	
Gênero	Cisgênero	128	1,0	4,3	5,0	<i>0,245</i>
	Outros	4	4,0	4,9	5,0	
Faixa etária	19 a 30	47	1,0	4,3	5,0	<i>0,802</i>
	31 a 40	29	1,0	4,7	5,0	
	41 a 50	38	1,0	4,3	5,0	
	51 e mais	18	2,3	4,3	5,0	
Naturalidade	Estado do Amazonas	96	1,0	4,3	5,0	<i>0,305</i>
	Outros estados	36	1,0	4,3	5,0	
Estado civil	Solteiro	50	1,0	4,0	5,0	<i>0,032*</i>
	Casado	69	1,0	4,7	5,0	
	União estável	13	1,0	4,3	5,0	
Possui filhos	Sim	86	1,0	4,7	5,0	<i>0,007*</i>
	Não	46	1,0	4,0	5,0	
Religião	Catolico(a)	50	2,7	4,3	5,0	<i>0,001*</i>
	Evangélico(a)	46	3,0	4,7	5,0	
	Cristão sem denominação	19	2,0	4,7	5,0	
	Outras	7	4,0	4,3	5,0	
	Não possui	10	1,0	3,0	4,3	
Praticante da religião	Sim	98	2,0	4,7	5,0	<i>p</i> <0,0001*
	Não	34	1,0	4,0	5,0	

Fonte: Formulário da pesquisa

*Significativo em $p < 0,05$ (5%)
Anova de Kruskal Wallis

A tabela 11 apresenta a associação entre as características sociodemográficas com a Felicidade Subjetiva (FS). Os resultados demonstraram que as características que estiveram significativamente relacionadas à FS foram estado civil ($p=0,036$) e possui filhos ($p=0,07$). Neste contexto, os pacientes casados (21,0 pontos) e que possuem filhos (20,5 pontos) foram os que obtiveram maiores pontuações medianas de FS, portanto subjetivamente são os se sentem mais felizes.

Tabela 11 - Associação entre as características sociodemográficas e as pontuações da Escala de Felicidade Subjetiva dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024.

CARACTERÍSTICA		n	Mínimo	Mediana	Máximo	<i>p</i> *
Sexo	Feminino	75	11,0	20,0	28,0	<i>0,877</i>
	Masculino	57	9,0	20,0	28,0	
Gênero	Cisgênero	128	9,0	20,0	28,0	<i>0,205</i>
	Outros	4	15,0	23,5	28,0	
Faixa etária	19 a 30	47	9,0	19,0	26,0	<i>0,118</i>
	31 a 40	29	13,0	20,0	28,0	

	41 a 50	38	11,0	22,0	28,0	
	51 e mais	18	11,0	21,0	28,0	
Naturalidade	Estado do Amazonas	96	9,0	20,0	28,0	0,620
	Outros estados	36	11,0	20,0	28,0	
Estado civil	Solteiro	50	9,0	19,0	25,0	0,036*
	Casado	69	11,0	21,0	28,0	
	União estável	13	16,0	20,0	27,0	
Possui filhos	Sim	86	11,0	20,5	28,0	0,007*
	Não	46	9,0	19,0	28,0	
Religião	Católico(a)	50	11,0	19,5	27,0	0,696
	Evangélico(a)	46	11,0	20,0	28,0	
	Cristão sem denominação	19	9,0	20,0	28,0	
	Outras	7	15,0	22,0	28,0	
	Não possui	10	15,0	19,5	24,0	
Praticante da religião	Sim	98	11,0	20,0	28,0	0,128
	Não	34	9,0	19,5	27,0	

Fonte: Formulário da pesquisa

*Significativo em $p < 0,05$ (5%)

Anova de Kruskal Wallis

O achado no presente estudo, corrobora com o que Smith *et al* (2017) encontraram em sua pesquisa intitulada: *General Social Survey*, uma pesquisa sociológica cujo objetivo principal é coletar dados sobre a sociedade americana desde os anos 1972. Os autores concluíram que o casamento é um preditor robusto de felicidade tendo em vista que os adultos casados participantes da pesquisa referiam frequentemente serem muito felizes.

Quanto a associação entre as características clínicas e a FS dos pacientes internados, demonstrada na tabela 12, observou-se que não houve evidências de associações significativas entre as mesmas.

Tabela 12 - Associação entre as características clínicas e as pontuações do Questionário de Felicidade Subjetiva (FS) dos pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024.

CARACTERÍSTICA		n	Mínimo	Mediana	Máximo	p^*
Motivo da internação	Tratamento clínico	104	9,0	20,0	28,0	0,836
	Tratamento cirúrgico	10	13,0	21,0	28,0	
	Exames clínicos	18	12,0	20,0	27,0	
Classificação do motivo	Emergência	73	9,0	20,0	28,0	0,190
	Urgência	59	12,0	20,0	28,0	

Fonte: Formulário da pesquisa

*Significativo em $p < 0,05$ (5%)

Anova de Kruskal Wallis

A tabela 13 - descreve a associação entre religiosidade, qualidade de vida e a felicidade subjetiva dos pacientes internados. No contexto da QV, os resultados evidenciaram que o domínio RO apresentou correlação positiva significativa com o domínio Meio Ambiente (17,5%; $p=0,045$) e com a QV geral (17,6%; $p=0,043$). Quanto ao domínio RNO, o mesmo apresentou correlação positiva significativa com as dimensões relações sociais (23,8%; $p=0,006$) e meio ambiente (21,1%; $p=0,015$), assim como com a QV geral (23,8%; $p=0,006$). E para o domínio RI, observou-se que o mesmo apresentou correlação positiva significativa com todos os domínios da QV ($p<0,05$).

No que se refere à FS, observou-se que a mesma apresentou correlação positiva significativa com os domínios RNO (22,0; $p=0,011$) e RI (28,3%; $p<0,0001$), isto significa que ambos os domínios estão associados à FS, e que quanto maior for o índice de religiosidade de ambos os domínios, maior será a magnitude da FS (tabela 13).

Tabela 13 - Correlação entre religiosidade, qualidade de vida e a felicidade subjetiva de pacientes internados em hospital privado da cidade de Manaus. 2024

DIMENSÃO / INSTRUMENTO		DIMENSÃO DO ÍNDICE DE DUKE		
		RO	RNO	RI
QV - Físico	Correlação	11,4%	13,4%	20,6%
	<i>p</i>	0,195	0,124	0,018*
QV - Psicológico	Correlação	12,4%	16,4%	35,2%
	<i>p</i>	0,156	0,060	$p<0,0001$*
QV - Relações Sociais	Correlação	16,2%	23,8%	31,1%
	<i>p</i>	0,063	0,006*	$p<0,0001$*
QV - Meio Ambiente	Correlação	17,5%	21,1%	27,2%
	<i>p</i>	0,045*	0,015*	0,002*
QV - Geral	Correlação	17,6%	23,8%	36,1%
	<i>p</i>	0,043*	0,006*	$p<0,0001$*
FS	Correlação	12,1%	22,0%	28,3%
	<i>p</i>	0,167	0,011*	$p<0,0001$*

Fonte: Formulário da pesquisa

*Significativo em $p < 0,05$ (5%)
Correlação de Spearman

Corroborando com os dados acima, Torres e Rodrigues (2021), inferem em seus estudos que a espiritualidade e o envolvimento religioso com grupos institucionalizados, servem como fonte de interpretação e enfrentamento diante dos condicionantes e acontecimentos da vida, além de potencializarem, às pessoas que vivenciam situações críticas, a redução do senso de perda de controle e falta de

amparo, visto que estes sentimentos se associam a maior resiliência e resistência ao estresse relacionado às enfermidades.

As necessidades espirituais e religiosas representam influências significativas na promoção da felicidade e do bem-estar individual, além de desempenharem um papel crucial no cuidado de saúde, principalmente em relação às respostas psicológicas ao sofrimento (Prates et al., 2019; Snapp, 2021). Há décadas, tem-se estudado a influência da religiosidade/espiritualidade (R/E) sobre as condições de saúde da sociedade, e estudos científicos têm demonstrado que a incorporação da religiosidade/espiritualidade (R/E) nos cuidados de saúde, pode prevenir doenças ou recuperar o indivíduo de suas enfermidades (Koenig, 2020; Kent et al., 2020).

Assim, considerando que a espiritualidade e a qualidade de vida têm grande potencial na geração da promoção da felicidade subjetiva e do bem-estar na vida do ser humano levando-os a zonas de lenitivo, bem-estar, melhor saúde física e mental e qualidade de vida, torna-se cada vez mais necessário estudar tais temas na prática de assistência à saúde, uma vez que estudos têm comprovado inclusive repercussões clínicas em pacientes que têm contemplado esses aspectos enquanto assistidos.

Os estudos de Malouff e Schutte (2017), apresentaram a relação entre o otimismo, estando aqui, atrelado à felicidade, com o risco do desenvolvimento de doenças e os comportamentos de saúde. A conclusão que os autores chegaram foi que um maior nível de otimismo, está relacionado com um maior nível de saúde física e mental.

De acordo com Portella et al. (2017) a relevância do tema da felicidade é revelada através das atitudes positivas que os indivíduos apresentam, gerando assim, excelentes preditores para a saúde, além do bem-estar e maior esperança de vida. Sendo assim, pode-se inferir que a felicidade representa um grande fator que contribui para a preservação da saúde mental, o que corrobora com os achados do presente estudo.

6 CONCLUSÃO

Em resumo, o presente estudo, pela primeira vez, investigou de modo transversal, a associação entre R/E, QV e FS em pacientes hospitalizados. Encontramos que a FS apresentou correlação positiva significativa com o estado civil (casado) dos participantes e a filiação (com filhos) em relação à caracterização sociodemográfica. Já em relação ao índice de religiosidade de Duke, observou-se a associação positiva com os domínios RNO e RI; isto significa que ambos os domínios estão associados à FS, e que quanto maior for o índice de religiosidade de ambos os domínios, maior será a magnitude da FS. Vale ressaltar que nenhuma variável sociodemográfica ou clínica se associou com os níveis de felicidade dos pacientes.

Já em relação ao perfil sociodemográfico e sua associação com a religiosidade, a análise demonstrou que as características que estiveram significativamente associadas ao domínio RO foram estado civil (casado), religião (evangélica) e ser praticante da religião que professa. Infere-se ainda que as mesmas características associadas ao domínio RO, estiveram igualmente e significativamente associadas ao domínio RNO.

Em relação ao domínio RI, pode-se concluir que as características sociodemográficas que estiveram associadas ao mesmo foram os pacientes do sexo feminino, casados, que possuem filhos, cristão evangélicos ou sem denominação, e que praticam sua religião.

Tendo em vista a crescente valorização e atenção da comunidade acadêmico-científica e assistencial para a qualidade de vida e o bem-estar dos pacientes hospitalizados, a religiosidade e a felicidade subjetiva devem ser investigadas com mais profundidade como possíveis componentes de intervenções psicossociais que, em conjunto com outras terapias médicas, possa proporcionar além da sobrevida, uma vida com qualidade.

Estudos longitudinais podem ajudar a compreender melhor como a felicidade evolui ao longo do tempo em contextos de internação hospitalar, possibilitando a identificação de momentos críticos que poderiam ser alvos de intervenções específicas. Somente assim tornar-se-á factível o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes e ajustadas à realidade da população hospitalizada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.T.DE. **Psicologia da Religião**. Livro Didático. Universidade Norte do Paraná, 2022.

ALMINHANA, Leticia Oliveira; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Personalidade e religiosidade/espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.36, n.4, p.153-161, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000400005>.

BALBINOTTI, H.; TEIXEIRA, A. Uma reflexão sobre a sexualidade dos adultos maduros a partir de novos paradigmas. **Memorialidades**, n. 27/28, p.13-44; jul./dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Humanização. Humaniza SUS** [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 22 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 510/16 que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos** [online]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022.

BRAVIN, Ariane Moisés; TRETTENE, Armando dos Santos; ANDRADE, Luís Gustavo M.; POPIM, Regina Célia. Benefícios da espiritualidade e/ ou religiosidade em pacientes renais crônicos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, n.2, p.567-577, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0051>.

CHEI, C. L. et al. Happy older people live longer. **Age Ageing**, v. 47, n. 6, p. 860–866, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afy128>.

CORRÊA, Marion; CASTANHEL, Flávia delL; GROSSEMAN, Suely. Percepção de pacientes sobre a comunicação médica e suas necessidades durante internação na unidade de cuidados intensivos. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 33, n.3, p.401-411, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210050>.

COVRE, Eduardo Rocha; MELO, William Augusto; TOSTES, Maria Fernandes; FERNANDES, Carlos Alexandre M. Permanência, custo e mortalidade relacionados às internações cirúrgicas pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3136, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2618-3136>.

COZIER, Yvette C.; *et al.* Religious and Spiritual Coping and Risk of Incident Hypertension in the Black Women's Health Study. **Ann of Behav Med**, v.52, n.12, p.989-998, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/abm/kay001>.

CUNHA, Vivian Fukumasu da; ROSSATO, Lucas; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. (2021). Religião, religiosidade, espiritualidade, ancestralidade: tensões e

potencialidades no campo da saúde. **Relegens Thréskeia**, v.10 n.1, p.143-170, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/rt.v10i1.79730>.

DE-PAULA, Magno Fernando; *et al.* Sobrevida e fatores associados à mortalidade de pacientes com internações de longa permanência. **Enfermagem em Foco**, v.12, n.4, P.682-677, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4472>.

DIENER, Ed; CHAN, Micaela Y. Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. **Applied Psychology: Health and Well-Being**, 2011. v. 3, n. 1, p. 1–43. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>.

DIENER, Ed. **The science of well-being**. 1a. ed. Dordrecht: Springer Netherlands, 2009. Happiness: the science of subjective well-being. DIENER, E. (DEF, Org.). 2018. Disponível em: Acesso em: 18 abr. 2023.

DOMINGUES, Maria Eduarda dos S.; CHIYAYA, Judix José; VIELMOND, Christine. Le B. de; PUCHIVAILO, Mariana Cardoso. Religião, religiosidade e espiritualidade e sua relação com a saúde mental em contexto de adoecimento: Uma revisão integrativa de 2010 a 2020 [online]. **Caderno PAIC**, v.21, n.1, p.555-576, 2020. Disponível em: <https://cadernopaic.fae.edu/cadernopaic/issue/view/8>. Acesso em: 05 jul. 2024

ESPERANDIO, Mari Rute G.; MACHADO, Geilson Antonio S. Brazilian Physicians' Beliefs and Attitudes toward Patients' Spirituality: Implications for Clinical Practice. **Journal of Religion and Health**, v.58, n.4, p.1172–1187, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0707-y>.

ESPERANDIO, MARY. Espiritualidade e Saúde: a emergência de um campo de pesquisa interdisciplinar. **REVER: Revista de Estudos da Religião**, v. 20, n. 2, p. 7-10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.23925/1677-1222.2020vol20i2a1>.

FIGUEIRA, ALEXANDRA. Avaliação da Pessoa em Situação Crítica: Aplicação do National Early Warning Score (NEWS). 2015. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde.

FIGUEIREDO, Jaqueline Fantini; *et al.* Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 8, p. 1-10, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2638>.

FLECK, Marcelo P.A.; *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de saúde pública**, v. 34, p. 178-183, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.

FRANKL, Victor E. **The will to meaning: foundations and applications of logotherapy**. Expanded edition, Meridian, 1988.

FREIRE Maria Eliane M; *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto Contexto Enferm**, v.27, n.2, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>.

GERRY, Stephen; *et al.* Early warning scores for detecting deterioration in adult hospital patients: a systematic review protocol. **BMJ Open**, v.369, p.1-5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019268>.

HERREN, Olga M.; *et al.* Influence of spirituality on depression-induced inflammation and executive functioning in a community sample of African Americans. **Ethnicity and Disease**, v. 29, n. 2, p. 267–276, 2019. DOI: <https://doi.org/10.18865/ed.29.2.267>.

HELLIWELL, J. F. et al. (eds). **World Happiness Report 2024**. University of Oxford: Wellbeing Research Centre. 2024. Disponível em: <<https://happiness-report.s3.amazonaws.com/q2024/WHR+24.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2024.

KENT, Blake Victor; *et al.* Private religion/spirituality, self-rated health, and mental health among US South Asians. **Quality of Life Research**, v.29, n.2, p.495- 504. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02321-7>.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida: aspectos conceituais. **Revista Salus-Guarapuava-PR**, v.1, p.1, p.13-15, 2007>

KOENIG, H.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. **Handbook of Religion and Health**. New York, NY, US: Oxford University, 2001.

KOENIG, H.G.; BÜSSING. A. The Duke University Religion Index (DUREL): a fiveitem measure for use in epidemiological studies. **Religions**, v.1, p.78-85, 2010. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel1010078>.

KOENIG, H. G. Maintaining health and well-being by putting faith into action during the COVID-19 pandemic. **Journal of Religion and Health**, v.59, n.5, p.2205–2214, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01035-2>.

KOENIG, H. G. **Spirituality and health research: methods, measurements, statistics and resources**. West Conshohocken: Templeton Foundation Press, 2011.

KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; HAYS, J. C.; LARSON, D. B.; COHEN, H. J. BLAZER, D. G. The Relationship between religious activities and blood pressure in older adults. **Intl. J. Psychiatry in Medicine**, v.28, n. 2, p. 189-213, 1998.

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

LEVORATO, Cleice Daiana; *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.4, p.1263-1274, 2014.

LYUBOMIRSKY, S.; SHELDON, K.M.; SCHKADE, D. Pursuing happiness: the architecture of sustainable change. **Review of General Psychology**, 9 (2):111- 131, 2005.

LYUBOMIRSKY, S. **The Myths of Happiness: What Should Make You Happy, but Doesn't, What Shouldn't Make You Happy, but Does**. New York: Penguin Press; 2013.

LYUBOMIRSKY, S. **The How of Happiness: A New Approach to Getting the Life You Want**. Penguin Books; 2019.

LYUBOMIRSKY, S. **A Ciência da Felicidade: como atingir a felicidade real e duradoura: um método científico para alcançar a vida que você deseja**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

LYUBOMIRSKY, S.; KING, L.; DIENER, E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? **Psychological Bulletin**, 2005. v. 131, n. 6, p. 803–855.

LYUBOMIRSKY, S.; LEPPER, H. S. A Measure of Subjective Happiness: Preliminary Reliability and Construct Validation. **Social Indicators Research**, v. 46, n. 2, p. 137–155, 1999.

MALOUFF, J. M.; SCHUTTE, N. S. Can psychological interventions increase optimism? A meta-analysis, **The Journal of Positive Psychology**, v.12, n.6, p.594–604, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1221122>.

MANIVA, Samia Jardele C.F.; *et al.* Infecções bacterianas da pele e tecidos moles em pacientes hospitalizados em unidade de clínica médica. **Rev. Enferm. Contemp.**, Salvador, v.13, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.2024.e5771>.

MARTINS, Bruna; *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de idosos hospitalizados. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 11, p. 1-19, 18 mar. 2021. DOI: 10.5902/2179769244098.

MARTINS, Letícia Katiane; *et al.* Qualidade de vida e percepção do estado de saúde entre indivíduos hospitalizados. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0065>.

MATOS, Ticiane Dionizio de S.; *et al.* Qualidade de vida e coping religioso-espiritual em pacientes sob cuidados paliativos oncológicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.25, p.1-7, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1857.2910>.

MOLINA, Nayara Paula F.M.; *et al.* Religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida de idosos segundo a modelagem de equação estrutural. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0468>.

MOREIRA-ALMEIDA A, NETO FL, KOENIG HG. Religiousness and mental health: a review. **Rev Bras Psiquiatr**, v.28, p.242-50, 2006.

MORENO-MONSIVÁIS, Maria Guadalupe; MELITA-RODRÍGUEZ, Angélica; JARA-CONCHA, Patricia. Percepción de pacientes hospitalizados en unidades médico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería. **Enfermería: Cuidados**

Humanizados, v.10, n.1, p.89-105, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2481>.

OLIVEIRA, Davison Schaeffer. O conceito de espiritualidade a partir de uma abordagem filosófica da subjetividade. **Revista Brasileira de Filosofia da Religião**, v.3, n.1, p.112–133, 2016.

OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não probabilística: Adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas [online]. **Administração Online: Prática, Pesquisa e Ensino**, v.2, n.3. Disponível em: <<https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/>>. Acesso em: 23 jul. 2022.

OZDEMIR, A; SARITAS, S. Effect of yoga nidra on the self-esteem and body image of burn patients. **Complement Ther Clin Pract**, v.35, p.86-91, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.02.002>.

PAIS-RIBEIRO, J. L. Validação transcultural da Escala de Felicidade Subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.13, n.2, p.157-168, 2012. DOI: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36225171003>.

PARK, Crystal L.; *et al.* Positive and Negative Religious Coping Styles as Prospective Predictors of Well-Being in African Americans. **Psycholog Relig Spiritual**, v.176, n.3, p.139–148, 2018.

PEDROSO, Bruno; *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v.2, n.1, p.31 – 36, jan., 2010.

PEREIRA, D.; ARAÚJO, U.F. Uma reflexão sobre a busca e o significado da felicidade. **Rev Educ Linguagens**, v.7, n.12, p.17-31, 2018.

PEREIRA, Gislaine Cristina. ZUFFO, Silva; MOURA, Eliana Gonçalves. Juventude e qualidade de vida. **Rev Pesq Práticas Psicossociais**, v.14, n.2, p.1-9, 2019.

PORTELLA, M. R.; *et al.* Felicidade e satisfação com a vida: voz de mulheres adultas e idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 14, n. 1, p. 93–101, 2017.

PRATES, Lisie Alende; *et al.* A produção da pós-graduação stricto sensu brasileira sobre rituais. **Revista Científica da Saúde**, v.1, n.1, p. 14-30, 2019.

SADLER, M. E. *et al.* Subjective wellbeing and longevity: A co-twin control study. **Twin Research and Human Genetics**, 2011. v. 14, n. 3, p. 249–256.

SANTERO, Marilina; *et al.* Association between religiosity and depression varies with age and sex among adults in South America: evidence from the CESCAS I study. **PLoS One**, v.14, n.12, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226622>.

SARRIERA, J. C.; *et al.* **Psychosocial well-being of children and adolescents in Latin America**. New York: Springer Verlag, 2017.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. O estudo científico da felicidade e a promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am (Enfermagem)**, v.18, n.3, p.189-195, 2010.

SEGRE, M., FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.3, p.538-42, 1997.

SILVA, Patrícia Nunes da; FERREIRA, Lúcia Aparecida. Percepção dos pacientes sobre a internação hospitalar em diferentes clínicas: uma revisão integrativa. **REFACS**, v.9, n.1, p.312-322, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i0.4315>.

SILVA, J. A. C.; DE SOUZA, L. E. A.; GANASSOLI, C. Qualidade de vida na terceira idade: prevalência de fatores intervenientes. **Revista Sociedade Brasileira Clínica Médica**, v. 15, n. 3, p. 146-149, 2017.

SMITH, Gary B.; PRYATHERCH, Davis R.; MEREDITH, Paul; SCHMIDT, Paul E.; FEATHERSTONE, Petr I. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. **Resuscitation**, v.84, pp. 465 – 470, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.12.016>.

SMITH, T. W. et al. **General social surveys, 1972-2016**: cumulative codebook. Chicago: National Opinion Research Center, 2017. (National Data Profram For the Social Sciences Series, nº24).

SIQUEIRA, Janaína; FERNANDES, Natália Maria; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Associação entre religiosidade e felicidade em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 41, p. 22-28, 2018.

SNAPP, Matt; HARE, Lisa. The role of spiritual care and healing in health management. **Adv Mind Body Med**, v.35, n.1, p.4-8.2021.

SPAGNOLI, Paola; CAETANO, António; SILVA, Ana. Propriedades psicométricas de uma versão em português da Escala de Felicidade Subjetiva. **Pesquisa de Indicadores Sociais**, v. 105, p. 137-143, 2012.

TAUNAY, T. C. D.; *et al.* Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev Psiq Clín**, v.39, n.4, p.130-135, 2012.

TAVARES, Jane L.; *et al.* Stress and inflammation among older adults: The moderating role of religiosity. **Journal of Religion, Spirituality and Aging**, v.31, n. 2, p.187–202, 2019. DOI:

THIENGO, Priscila Cristina da S.; *et al.* Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v.24, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>.

TIENSOLI, Sabrina Daros; et al. Diagnóstico situacional: perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Rev Min Enferm**, v.18, n.3, p.573-578, 2014.

TONETTO, Isabela Fernandes de Aguiar et al. Qualidade de vida das pessoas com diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 53, p. 1-7, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018002803424>.

TORRES, Marilene Aparecida; RODRIGUES, Vanessa Alves da S. Qualidade de vida de pacientes internados no período entre 2011 e 2021. **Saúde Dinâmica**, v.3, n. 3, p.25-43, 2021. DOI: <https://doi.org/10.4322/2675-133X.2022.041>.

WHO. World Health Organization. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) (General Report)**. WHO: Geneva, 1998.

WHO. World Health Organization. **Basic documents: forty-ninth edition**. Geneva: World Health Organization; 2020.

WMA. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for medical Research Involving Human Subjects. **JAMA**, v.310, n.20, p.2191-2194,2013. DOI: 10.1001/jama.2013.281053.

ZEPEDA, KAREN GISELA MORAES et al. Gerência do cuidado de enfermagem em HIV/aids na perspectiva paliativa e hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1308-1315, 2019. DOI: 10.1001/jama.2013.281053

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

- Sexo:**
 Masculino Feminino
- Gênero:**
 Cisgênero Outros
- Idade:**
- Nacionalidade:**
- Naturalidade:**
- Estado civil:**
 Solteiro(a)
 Casado(a)
 União estável
- Número de filhos(as):**
- Religião:**
Praticante da religião:
 Sim Não
- Grau de formação:**
 Fundamental incompleto
 Fundamental completo Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
 Superior incompleto
 Superior completo
 Pós-graduação incompleta
 Pós-graduação completa
- Profissão:**
- Área de ocupação:**
- Vínculo empregatício:**
 Sim Não
- Renda Mensal:**
 Nenhuma
 Até 1 salário mínimo
 2 a 6 salários mínimos
 7 a 10 Salários mínimos
 11 e mais
- Motivo da internação:**
- Dias de internação:**
- Obrigado por sua contribuição!**

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado: “ASSOCIAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE, QUALIDADE DE VIDA E A FELICIDADE SUBJETIVA DE PACIENTES INTERNADOS”, cujo pesquisador responsável é: Yohann Rocha de Souza, sob orientação e supervisão do Prof. Dr. David Lopes Neto. O objetivo do projeto é: investigar se há associação entre espiritualidade, felicidade, qualidade de vida e condição clínica de pacientes internados em um hospital privado de Manaus-AM. Sua cooperação é muito importante na produção de novos conhecimentos e na elaboração de novas estratégias para uma assistência integral e holística como um suporte para o cuidado multiprofissional.

O(A) Sr(a). tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço (Hospital Adventista de Manaus (HAM), razão social: Associação Adventista de Prevenção e Assistência à Saúde - Av. Gov. Danilo de Matos Areosa, 139 - Distrito Industrial I, Manaus - AM, 69075-351, Tel: (92) 2123-1313), cuja mantenedora é a União Noroeste Brasileira da Igreja Adventista do Sétimo Dia.

Caso aceite participar, sua participação se dará da seguinte forma: você precisará autorizar os pesquisadores à realizarem consultas junto ao seu Prontuário Eletrônico (PE), que fica localizado no sistema médico operacional do HAM, nas dependências da instituição. No Prontuário Eletrônico, os pesquisadores coletarão dados relacionados à sua saúde, como: resultados de exames, boletins médicos, histórico progresso e atual de doenças, bem como de internações; sinais vitais e registros de intercorrências. Além disso, serão aplicados 4 questionários estruturados, sendo 01 para caracterização do público participante da pesquisa e outros 3 questionários validados para avaliação da espiritualidade, felicidade e qualidade de vida. Ambos serão questionários estruturados, com perguntas abertas e fechadas a serem respondidas para posterior transcrição e análise.

A coleta de dados ocorrerá de forma presencial nas dependências do hospital e levará em torno de 30 (trinta) minutos para ser realizada. O encontro presencial será prioritário, durante seu período de internação, porém, caso não se apresente em condições de saúde física e/ou emocional para a realização da mesma, remarcaremos o encontro, priorizando sempre seu bem-estar e a qualidade de seu tratamento e sua segurança. Os participantes serão contatados pessoalmente pelo pesquisador e será ofertada a possibilidade de participação na pesquisa, bem como, a possibilidade de recusa e/ou desistência em qualquer etapa do estudo. Mediante aceite de participação, será entregue o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Não há respostas certas ou erradas, pois o que importa é como você compreende os assuntos abordados. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo irão analisar as

informações passadas por você através do preenchimento dos formulários. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Você tem direito de acesso às suas respostas e caso queira alterá-las poderá fazer. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar participar desse estudo, rubricue todas as folhas e assine ao final deste documento. As folhas também terão sido rubricadas pelas pesquisadoras e assinadas pelas mesmas, na última página. Este documento tem 2 (duas) vias e 1 (uma) delas é sua. A outra ficará com os pesquisadores responsáveis. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma.

Após a assinatura do termo, será marcado o encontro presencial, respeitando a disponibilidade do participante e do pesquisador, sendo retomados os objetivos da pesquisa, bem como esclarecidas dúvidas com relação aos procedimentos e assegurando o sigilo da coleta de dados.

Informamos que não haverá benefícios diretos caso aceite participar da pesquisa, contudo, no que se refere aos benefícios indiretos, a médio e longo prazo, considera-se a possibilidade de os dados obtidos neste estudo proporcionarem conhecimentos científicos e subsídios teóricos e práticos à área da saúde no que se refere à assistência em saúde, resguardado o sigilo das informações dos participantes. Dentre os riscos da pesquisa, identificam-se possíveis constrangimentos ao expor seus sentimentos, percepções e vivências pessoais, a mobilização emocional frente aos conteúdos abordados nos questionários em profundidade, o tempo despendido durante a coleta de dados, além de cansaço e falta de motivação para participar do estudo. Ressalta-se que, caso seja verificada presença de manifestações de mobilização emocional pelo participante durante o período de coleta de dados, este será acolhido pelo pesquisador principal, que solicitará assistência do serviço de Psicologia e/ou Capelania da instituição da pesquisa. Sendo verificada necessidade e/ou interesse para realizar acompanhamento por profissional da Psicologia, será discutido com a equipe multiprofissional, a necessidade de solicitar parecer à psicologia clínica do HAM para acompanhamento posterior. Os pesquisadores garantem que o participante receberá todo acompanhamento e assistência necessários ao longo de toda a pesquisa. Além dos riscos já mencionados, há a possibilidade do risco de quebra de sigilo, sendo este comum a todas as pesquisas realizadas com seres humanos. Neste sentido, salienta-se que, como medida de proteção, todos os dados coletados serão analisados em caráter científico, portanto, serão registrados sem menção aos dados de identificação do participante. Todos os documentos relativos à pesquisa serão guardados em local restrito pelo prazo de 5 (cinco) anos, sem dados que possibilitem a identificação dos participantes. Contudo, apesar da consciência da possibilidade destes riscos existirem, esta pesquisa buscará trabalhar de forma a evitar a sua ocorrência, bem como buscará não ferir a singularidade do participante, e sim, respeitá-lo em todas as suas dimensões. Se você se sentir prejudicado moralmente ou materialmente durante a realização do estudo, em decorrência da sua participação, sendo o dano devidamente comprovado como decorrente dessa pesquisa, você poderá requerer indenização, devendo essa ser

paga pelos pesquisadores, de acordo com a legislação vigente, conforme estabelecido pela Resolução CNS 466/12.

A devolutiva dos resultados da presente pesquisa ocorrerá por meio de apresentação e discussão aberta ao público a ser realizada na instituição onde ocorreu a pesquisa, após a conclusão da mesma em data a ser agendada. Vale ressaltar que tanto os seus dados de identificação, quanto a sua identidade serão mantidos em sigilo, apenas os pesquisadores terão acesso. Caso os dados fornecidos necessitem ser utilizados em eventos ou artigo científico, serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Você poderá questionar ou solicitar informações sobre a pesquisa quando achar necessário, mesmo depois de realizada a coleta de dados, por meio do contato dos pesquisadores que constam no final deste documento. Não haverá nenhum custo a você relacionado a este estudo, bem como não haverá remuneração, pagamento ou recompensa pela sua participação, sendo ela totalmente livre. No entanto, caso existam eventuais despesas decorrentes da sua participação, como alimentação e transporte, estas serão ressarcidas integralmente pelos pesquisadores. A presente pesquisa está baseada na Resolução CNS 466/12 e os pesquisadores declaram expressamente que se comprometem a cumprir essa resolução e demais orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas. O CEP/SH/UFAM é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal do Amazonas, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

O(A) Sr.(a) pode entrar em contato com o pesquisador responsável, Yohann Rocha de Souza a qualquer tempo para informação adicional no endereço: Hospital Adventista de Manaus, Av. Gov. Danilo de Matos Areosa, 139 - Distrito Industrial I, Manaus - AM, 69075-351. Tel: (92)2123-2884. E-mail: enf.yohannrocha@gmail.com. O(A) Sr.(a) também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Eu concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informado e esclarecido pelo pesquisador sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita – incluindo o preenchimento dos questionários e a consulta ao prontuário eletrônico junto a instituição - e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a

qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo. Fui informado também sobre o número de telefone e e-mail dos pesquisadores e terei acesso a uma cópia deste termo assinado pelos pesquisadores.

Manaus, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável



Impressão Datiloscópica

ANEXOS

ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

The World Health Organization Quality of Life

WHOQoL-Bref

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 recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	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 no número e lhe parece 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.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
1 5	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1 6	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
1 7	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
1 8	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
1 9	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
2 0	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
2 1	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
2 2	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
2 3	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
2 4	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
2 5	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?

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO 2 – ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DE DUKE

Índice de Religiosidade da Universidade de Duke

Nome: _____

Data: ____/____/____

- (1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
1. Mais do que uma vez por semana
 2. Uma vez por semana
 3. Duas a três vezes por mês
 4. Algumas vezes por ano
 5. Uma vez por ano ou menos
 6. Nunca
- (2) Com que frequência 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 por 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

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DA FELICIDADE SUBJETIVA

Escala da Felicidade Subjetiva (SHS)

Para cada uma das questões e/ou afirmações seguintes, por favor assinale na escala, entre 1 e 7, a que parece que melhor o/a descreve

1. Em geral, considero-me:

1	2	3	4	5	6	7
Uma pessoa que não é muito feliz						Uma pessoa muito feliz

2. Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:

1	2	3	4	5	6	7
Menos feliz						Mais feliz

3. Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?

1	2	3	4	5	6	7
De modo nenhum						Em grande parte

4. Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?

1	2	3	4	5	6	7
De modo nenhum						Em grande parte

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIAO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE ESPIRITUALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E A FELICIDADE SUBJETIVA DE PACIENTES INTERNADOS: UM SUPORTE PARA O CUIDADO INTEGRAL E MULTIPROFISSIONAL

Pesquisador: YOHANN ROCHA DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78976024.9.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.866.944

Apresentação do Projeto:

Segundo o(a) pesquisador(a) responsável no documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2295217.pdf, 17/05/2024 01:15:54": A implementação de uma abordagem de cuidado holístico em ambientes hospitalares tem se mostrado essencial para atender às necessidades dos pacientes, englobando não apenas as dimensões físicas, mas também as esferas da religiosidade/espiritualidade, qualidade de vida e bem-estar. Compreender a associação entre essas variáveis e suas repercussões clínicas no estado de saúde dos pacientes internados é fundamental para o aprimoramento dos cuidados oferecidos. Neste contexto, a pergunta do presente projeto é: existe associação entre espiritualidade, qualidade de vida e felicidade subjetiva de pacientes internados? Portanto, o presente estudo se trata de uma pesquisa exploratória, prospectiva e descritiva com abordagem quantitativa com o objetivo de investigar se há associação entre espiritualidade, qualidade de vida e a felicidade subjetiva de pacientes internados em um hospital privado de Manaus-AM no período de maio a julho de 2024. O estudo será realizado na unidade de internações clínicas de um hospital privado de referência na região norte do Brasil, cujos participantes serão pacientes internados no período estabelecido, através da utilização de instrumentos específicos e validados sobre felicidade, qualidade de vida e espiritualidade, a saber: Formulário de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adriadópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

Município: MANAUS

E-mail: cep.ufam@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 6.895.944

Ausência	TCLE_17_05_24.docx	17/05/2024 01:12:59	YOHANN ROCHA DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Y_R_S_CEP_17_05_24.docx	17/05/2024 01:12:47	YOHANN ROCHA DE SOUZA	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_pdf_17_05_24.pdf	17/05/2024 01:12:19	YOHANN ROCHA DE SOUZA	Aceito
Outros	Carta_resposta_ao_parecer_17_05_24.docx	17/05/2024 01:11:09	YOHANN ROCHA DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	29/02/2024 23:32:50	YOHANN ROCHA DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 05 de Junho de 2024

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com