



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

TIAGO MEDEIROS SALES

**MAGNITUDE E FATORES ASSOCIADOS AO ENVOLVIMENTO ESPÍRITA,
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E IDEACÃO SUICIDA:
UM ESTUDO SECCIONAL NO CEARÁ**

FORTALEZA

2023

TIAGO MEDEIROS SALES

MAGNITUDE E FATORES ASSOCIADOS AO ENVOLVIMENTO ESPÍRITA,
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E IDEAÇÃO SUICIDA: UM ESTUDO
SECCIONAL NO CEARÁ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de doutor em saúde pública. Área de Concentração: Epidemiologia e Vigilância em Saúde. Eixo Temático: Epidemiologia e Vigilância de Doenças / Agravos não transmissíveis. Linha de pesquisa: Epidemiologia, Promoção da saúde e Prevenção da violência.

Orientadora: Profa. Dra. Raimunda Hermelinda Maia Macena.

Coorientadora: Profa. Dra. Rosa Maria Salani Mota.

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S155m Sales, Tiago Medeiros.

Magnitude e fatores associados ao envolvimento espírita, transtornos mentais comuns e ideação suicida :
Um estudo seccional no Ceará / Tiago Medeiros Sales. – 2023.
272 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2023.

Orientação: Profª. Dra. Raimunda Hermelinda Maia Macena.
Coorientação: Profª. Dra. Rosa Maria Salani Mota.

1. Espiristismo. 2. Ideação Suicida. 3. Estresse. 4. Ansiedade. 5. Depressão. I. Título.

CDD 362.1

TIAGO MEDEIROS SALES

MAGNITUDE E FATORES ASSOCIADOS AO ENVOLVIMENTO ESPÍRITA,
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E IDEAÇÃO SUICIDA: UM ESTUDO
SECCIONAL NO CEARÁ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de doutor em saúde pública. Área de Concentração: Epidemiologia e Vigilância em Saúde. Eixo Temático: Epidemiologia e Vigilância de Doenças / Agravos não transmissíveis. Linha de pesquisa: Epidemiologia, Promoção da saúde e Prevenção da violência.

Aprovada em: 07/06/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Raimunda Hermelinda Maia Macena (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Rosa Maria Salani Mota
Universidade Estadual do Ceará (UECE) / Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Deborah Gurgel Smith
Louisiana State University Health Shreveport

Prof. Dr. Eduardo André Rodrigues de Lima
Secretaria de Educação do Estado do Ceará (SEDUC)

Prof. Dr. Shamy Sullivan de Castro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Pode-se levar mais longe do que temos feito a definição de Deus? Definir é limitar. Em face deste grande problema, a fraqueza humana aparece. Deus impõe-se ao nosso espírito, porém escapa a toda análise. O Ser que enche o tempo e o espaço não será jamais medido por seres limitados pelo tempo e pelo espaço. Querer definir Deus seria circunscrevê-lo e quase negá-lo (DENIS, 2005).

RESUMO

No século XIX, Kardec originou um movimento científico, filosófico e religioso: o espiritismo, o qual atrai indivíduos em sofrimento psíquico independente da crença religiosa. Atualmente, a ideação suicida e os Transtornos Mentais Comuns (TMCs) são muito prevalentes, motivando pessoas a se envolverem com o espiritismo, mas os estudos ainda são escassos. Esta pesquisa objetivou mensurar a magnitude e os fatores associados ao envolvimento espírita em relação à ideação suicida, estresse, ansiedade e à depressão. Tratou-se de um estudo metodológico e transversal, realizado com pessoas com envolvimento espírita do estado do Ceará, entre os anos de 2021 e 2022. A primeira etapa foi a criação e validação do Formulário de Envolvimento Espírita (FENE), composto por perfil sociodemográfico, estado psíquico, assistência psíquica e Nível de Envolvimento Espírita (NEE). A seguir, foi feita a coleta digital, pela técnica *snowball*, e uso do *SurveyMonkey*®, dos dados do FENE, da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e da Escala Multiatitudinal de Tendência ao Suicídio (EMTAS), com posterior análise descritiva, bivariada ($p < 0,05$), multivariada ($p < 0,30$) e multinomial ($p < 0,05$), por meio do SPSS 20.0®. A amostra foi de 848 pessoas. Estresse e ansiedade graves estiveram mais associados ao NEE “baixo” e “muito baixo”, antes e durante a pandemia. Depressão grave teve menor prevalência para NEE “alto/muito alto”, antes e durante a pandemia (2,7% e 5,0%, respectivamente), em relação ao NEE “baixo” (7,7% e 9,5%, respectivamente) e NEE “muito baixo” (10,7% e 9,9%, respectivamente). A ideação suicida grave foi menos prevalente para NEE “alto/muito alto”, antes e durante a pandemia (9,8% e 10,1%, respectivamente), quando comparado ao NEE “baixo” (21,4% e 20,1%, respectivamente) e NEE “muito baixo” (22,2% e 26,5%, respectivamente). Os fatores associados à ideação suicida grave foram: estar solteiro (OR = 4,05; IC 1,89 - 8,69), estar desempregado (OR = 2,93; IC 1,45 - 5,92), ter autopercepção da saúde emocional como regular/ruim/péssima (OR = 4,84; IC 2,55 - 9,17), ter estado em psicoterapia antes da COVID-19 (OR = 2,57; IC 1,40 - 4,71) e identificar-se com o espiritismo (OR = 2,13; IC 1,00 - 4,52). O sofrimento mental foi o único motivo de buscar o espiritismo associado com a ideação suicida grave (OR = 2,11; IC 1,11 - 3,99). NEE “regular/alto/muito” alto pré-pandemia mostrou-se protetor para ideação suicida grave durante a pandemia (OR = 0,38; IC 0,16 - 0,90). Os dados reforçaram que o espiritismo atrai pessoas em sofrimento psíquico e que NEE mais alto está menos associado com TMCs e ideação suicida grave do que NEE mais baixo.

Palavras-chave: espiritismo; ideação suicida; suicídio; Transtornos Mentais Comuns; estresse; ansiedade; depressão; espiritualidade; COVID-19.

ABSTRACT

In the 19th century, Kardec originated a scientific, philosophical and religious movement: spiritism, which attracts individuals in psychic suffering regardless of religious belief. Currently, suicidal ideation and Common Mental Disorders (CMDs) are very prevalent, motivating people to get involved with spiritism, but studies are still scarce. This research aimed to measure the magnitude and factors associated with spiritist involvement in relation to suicidal ideation, stress, anxiety and depression. It was a methodological and cross-sectional study, carried out with people with spiritist involvement in the state of Ceará, between the years 2021 and 2022. The first step was the creation and validation of the Spiritist Involvement Form (SIF), composed of sociodemographic profile, psychic state, psychic assistance and Level of Spiritist Involvement (LSI). Next, digital collection was performed using the Snowball technique, using SurveyMonkey®, data from the SIF, the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and the Multiattitudinal Suicide Tendency Scale (EMTAS), with subsequent descriptive, bivariate ($p < 0.05$), multivariate ($p < 0.30$) and multinomial ($p < 0.05$) analysis using SPSS 20.0®. The sample consisted of 848 people. Severe stress and anxiety were more associated with “low” and “very low” LSI, before and during the pandemic. Severe depression had a lower prevalence for “high/very high” LSI, before and during the pandemic (2.7% and 5.0%, respectively), in relation to “low” LSI (7.7% and 9.5%, respectively) and “very low” LSI (10.7% and 9.9%, respectively). Severe suicidal ideation was less prevalent for “high/very high” LSI, before and during the pandemic (9.8% and 10.1%, respectively), when compared to “low” LSI (21.4% and 20.1%, respectively) and “very low” LSI (22.2% and 26.5%, respectively). The factors associated with severe suicidal ideation were: being single (OR = 4.05; IC 1.89 - 8.69), being unemployed (OR = 2.93; IC 1.45 - 5.92), having self-perception of emotional health as regular, poor/terrible (OR = 4.84; IC 2.55 - 9.17), having been in psychotherapy before COVID-19 (OR = 2.57; IC 1.40 - 4.71) and identify with spiritism (OR = 2.13; IC 1.00 - 4.52). Mental suffering was the only reason for seeking spiritism, with association with severe suicidal ideation (OR = 2.11; IC 1.11 - 3.99). “Regular/high/very high” pre-pandemic LSI was protective for severe suicidal ideation during the pandemic (OR = 0.38; IC 0.16 - 0.90). The data reinforced that spiritualism attracts people in psychological distress and that high NEE is less associated with severe TMCs and suicidal ideation than low LSI.

Keywords: spiritism; suicidal ideation; suicide; common mental disorders; stress; anxiety; depression; spirituality; COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Critérios para o Transtorno de Ansiedade Generalizada, segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).	25
Figura 2 - Critérios para o Transtorno Depressivo Maior, segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).	26
Figura 3 - Pensamentos progressivos da ideação suicida (MORRISON; COSTA; ROSA, 2009).	28
Figura 4 - Comportamentos progressivos para o ato suicida (GOODFELLOW; KÖLVES; LEO, 2019).	28
Figura 5 - Aspectos relacionados à espiritualidade e à saúde.	31
Figura 6 - Atividades de uma casa espírita (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2006).	39
Figura 7 - Terapêutica Espírita: teoria e prática (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2006).	40
Figura 8 - Organograma: método.	49
Figura 9 - Coleta dos dados.	50
Figura 10 - Procedimentos teóricos na elaboração da medida psicológica.	54
Figura 11 - Escolha dos Experts.	56
Figura 12 - Análise dos dados.	60
Figura 13 - Passo a passo da construção do FENE. (PASQUALI, 2016 - adaptado).	70
Figura 14 - FENE – 1ª versão.	72
Figura 15 - FENE – 1ª versão, BLOCO A: Dados Sociodemográficos.	73
Figura 16 - FENE – 1ª versão, BLOCO B: Estado Psíquico e Assistência Psíquica.	74
Figura 17 - FENE – 1ª versão, BLOCO C: Envolvimento Espírita.	77
Figura 18 - Comparação entre a 1ª e a 2ª versão do BLOCO A do FENE.	80
Figura 19 - Comparação entre a 1ª e a 2ª versão do BLOCO B do FENE (Estado Psíquico)..	81
Figura 20 - Comparação entre a 1ª e a 2ª versão do BLOCO B do FENE (Assistência Psíquica)	83
Figura 21 - Comparação entre a 1ª e a 2ª versão do BLOCO C (Envolvimento Espírita).	86
Figura 22 - Versão Final e Análise do BLOCO A – Dados Sociodemográficos	100
Figura 23 - Versão Final e Análise do BLOCO B - Estado Psíquico.....	102
Figura 24 - Versão final e análise do BLOCO B - Assistência Psíquica.....	103
Figura 25 - Versão final e análise do BLOCO C - Envolvimento Espírita.	106

Figura 26 - Principais resultados da caracterização da amostra de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.....	160
Figura 27 - Principais resultados das análises bivariadas do estresse e ansiedade em pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	167
Figura 28 - Principais resultados das análises bivariadas da depressão e ideação suicida em pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.....	173
Figura 29 - Principais resultados da análise multivariada dos níveis de ideação suicida em pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.....	184
Figura 30 – Principais resultados da análise multinomial dos níveis de ideação suicida e de todos os fatores relacionados aos níveis de ideação suicida em pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.....	190

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Sintomas envolvidos na Escada de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). 52	52
Tabela 2 – Perguntas de análise para os juízes do teste-piloto (FENE).	57
Tabela 3 - Estratificação de pesos e valores para elaboração do Nível de Envolvimento Espírita.	61
Tabela 4 - Pontos de corte para análise da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS- 21), proposto por Lovibond e Lovibond (1995).	62
Tabela 5 - Descrição do perfil dos juízes de acordo com o envolvimento espírita. Fortaleza/CE, 2023.	90
Tabela 6 - Descrição do perfil dos juízes de acordo com os dados sociodemográficos. Fortaleza/CE, 2023.	90
Tabela 7 - Descrição do perfil dos juízes de acordo com as características laborais. Fortaleza/CE, 2023.	91
Tabela 8 - Teste-piloto: análise do BLOCO A – Dados Sociodemográficos. Fortaleza/CE, 2023	91
Tabela 9 - Teste-piloto: análise do BLOCO B – Estado Psíquico e Assistência Psíquica. Fortaleza/CE, 2023.	92
Tabela 10 - Teste-piloto: análise do BLOCO C - Envolvimento Espírita. Fortaleza/CE, 2023.	92
Tabela 11 - Teste-piloto: análise do FENE (geral). Fortaleza/CE, 2023.....	93
Tabela 12 - Dados Sociodemográficos de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.....	116
Tabela 13 - Dados sociodemográficos laborais de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.....	117
Tabela 14 - Estado Psíquico de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará.	118
Tabela 15 - Assistência Psiquiátrica, antes e durante a pandemia de COVID-19, de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.....	120
Tabela 16 - Assistência Psicológica, antes e durante a pandemia de COVID-19, de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.....	121
Tabela 17 - Descrição da Identificação Religiosa de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.....	122

Tabela 18 – Relação com a Casa Espírita (frequência), antes e durante a pandemia do COVID-19, de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	123
Tabela 19 - Relação com a Casa Espírita (atividades), antes e durante a pandemia do COVID-19, de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	124
Tabela 20 - Descrição das Práticas Espirituais de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	125
Tabela 21 – Descrição das Crenças Espirituais, Envolvimento Espírita e Influência Espírita de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	126
Tabela 22 - Nível de Envolvimento Espírita (NEE), antes e durante a pandemia do COVID-19, de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	126
Tabela 23 - Grau de Estresse, Ansiedade e Depressão e Índice Geral do Risco de Suicídio de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	127
Tabela 24 - Caracterização dos fatores sociodemográficos e sua correlação com os níveis de estresse e ansiedade de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	131
Tabela 25 - Caracterização dos fatores relacionados ao estado psíquico e sua correlação com os níveis de estresse e ansiedade de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	132
Tabela 26 - Caracterização dos fatores relacionados à assistência psiquiátrica, antes e durante a pandemia, e sua correlação com os níveis de estresse e ansiedade de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	133
Tabela 27 - Caracterização dos fatores relacionados à assistência psicológica, antes e durante a pandemia, e sua correlação com os níveis de estresse e ansiedade de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	134
Tabela 28 - Caracterização dos fatores relacionados à crença religiosa e Nível de Envolvimento Espírita (NEE), antes e durante o COVID-19, e sua correlação com os níveis de estresse e ansiedade de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE.	135
Tabela 29 - Caracterização dos fatores sociodemográficos e sua correlação com os níveis de depressão e ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	139

Tabela 30 - Caracterização dos fatores relacionados ao estado psíquico e sua correlação com os níveis de depressão e ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.....	140
Tabela 31 - Caracterização dos fatores relacionados à assistência psiquiátrica, antes e durante a pandemia do COVID-19, e sua correlação com os níveis de depressão e ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	141
Tabela 32 - Caracterização dos fatores relacionados à assistência psicológica, antes e durante a pandemia do COVID-19, e sua correlação com os níveis de depressão e ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	142
Tabela 33 - Caracterização dos fatores relacionados à crença religiosa e Nível de Envolvimento Espírita (NEE), antes e durante a pandemia do COVID-19, e sua correlação com os níveis de depressão e ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará.....	143
Tabela 34 - Análise bivariada e multivariada dos fatores sociodemográficos associados aos níveis de ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	149
Tabela 35 - Análise bivariada e multivariada dos fatores relacionados ao estado psíquico associados aos níveis de ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.....	150
Tabela 36 - Análise bivariada e multivariada dos fatores relacionados à assistência psíquica antes e durante o COVID-19 associados aos níveis de ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.	151
Tabela 37 - Análise bivariada e multivariada dos fatores relacionados à crença espiritual associados aos níveis de ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.....	152
Tabela 38 - Regressão do modelo multivariado ajustado pela regressão multinomial dos fatores sociodemográficos, dos relacionados ao estado psíquico, à assistência psíquica e à crença espiritual associados ao nível de ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE.	156
Tabela 39 – Regressão final do modelo multivariado ajustado pela regressão multinomial de todos os fatores associados aos níveis de ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.....	158

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fatores, itens e respostas da EMTAS.....	53
Quadro 2 - Cálculo do escore do Nível de Envolvimento Espírita.....	62
Quadro 3 - Cálculo do Índice Geral do Risco de Suicídio (IGRS).....	63
Quadro 4 - Lista do modelo de análise das categorias das variáveis dependentes e independentes de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza-CE, 2023.	64
Quadro 5 - Escalas sobre saúde e espiritualidade identificadas. Fortaleza/CE, 2023. (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2015 - adaptado).	68
Quadro 6 - Justificativas dos juízes e comentários dos pesquisadores sobre o BLOCO A do FENE.	93
Quadro 7 - Justificativas dos juízes e comentários dos pesquisadores sobre o BLOCO B do FENE.	95
Quadro 8 – Justificativas dos juízes e comentários dos pesquisadores sobre o BLOCO C do FENE.	97
Quadro 9 - Comentários dos pesquisadores sobre o FENE (geral).....	98
Quadro 10 - Alterações realizadas mediante comentários dos juízes. Fortaleza/CE, 2023.	104
Quadro 11 - Atribuição de pesos e valores para análise de todos os fatores do BLOCO C do FENE (envolvimento espírita).....	107
Quadro 12 - Atribuição de pesos e valores para análise da identificação religiosa.	108
Quadro 13 - Atribuição de pesos e valores para análise da relação atual com a casa espírita.	109
Quadro 14 - Atribuição de pesos e valores para análise quanto a relação prévia com a casa espírita.....	111
Quadro 15 - Atribuição de pesos e valores para análise das práticas espirituais.	112
Quadro 16 - Atribuição de pesos e valores para análise das crenças espirituais.....	113
Quadro 17 - Atribuição de pesos e valores para análise do envolvimento espírita.....	113
Quadro 18 - Atribuição de pesos e valores para análise quanto a influência espírita.	114
Quadro 19 – Síntese dos principais fatores associados ao adoecimento emocional, ideação suicida grave e fatores de proteção em pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.....	193

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARES	Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade
ATE	Atendimento Espiritual
BMMRS-p	Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRE	Escala de Copping Religioso-Espiritual
DASS-21	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse
DMP	Deep Memory Process
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – V</i>
DUREL	Escala de Religiosidade da DUKE
EBE	Escala de Bem-estar Espiritual
EMTAS	Escala Multiatitudinal de Tendência ao Suicídio
ESDE	Estudo Sistemático da Doutrina Espírita
FACIT-Sp 12	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being
FEB	Federação Espírita Brasileira
FENE	Formulário de Envolvimento Espírita
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICD	Instrumento de Coleta de Dados
ICR	Índice de Compromisso Religioso
IGRS	Índice Geral de Risco Suicida
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais, +
NEE	Nível de Envolvimento Espírita
NUPES	Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNPIC	Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
ProSER	Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade
R/S	Religiosidade / Espiritualidade
SPECT	Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons
SUS	Sistema Único de Saúde

TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TMCs	Transtornos Mentais Comuns
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
USP	Universidade de São Paulo
WHOQOL-SRPB	Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	INTERRELAÇÕES DA VIOLÊNCIA, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E IDEAÇÃO SUICIDA	22
2.1	ESTRESSE	22
2.2	ANSIEDADE.....	24
2.3	DEPRESSÃO.....	25
2.4	IDEAÇÃO SUICIDA	27
3	ESPIRITUALIDADE, SAÚDE MENTAL E A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO.....	30
3.1	ÁREAS DE PESQUISAS EM ESPIRITUALIDADE.....	32
3.2	PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL E ESPIRITUALIDADE.....	34
4	IMPACTO DA DOCTRINA E TERAPÊUTICA ESPÍRITA NA SAÚDE MENTAL: COMPREENSÃO EMPÍRICA E CIENTÍFICA	37
4.1	TERAPÊUTICA ESPÍRITA E PESQUISAS CIENTÍFICAS RELACIONADAS	38
4.2	PESQUISAS SOBRE MEDIUNIDADE.....	44
5	OBJETIVOS	47
5.1	GERAL	47
5.2	ESPECÍFICOS	47
6	MATERIAIS E MÉTODO	48
6.1	DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DO ESTUDO	48
6.2	COLETA	50
6.2.1	<i>Escalas de TMCs e ideação suicida.....</i>	<i>50</i>
6.2.2	<i>Formulário de Envolvimento Espírita (FENE).....</i>	<i>53</i>
6.2.3	<i>População, amostra e amostragem.....</i>	<i>57</i>
6.3	ANÁLISE	59
6.3.1	<i>Variáveis independentes.....</i>	<i>60</i>
6.3.2	<i>Variáveis dependentes e desfecho.....</i>	<i>62</i>
6.3.3	<i>Técnicas de análises.....</i>	<i>64</i>
6.4	ASPECTOS ÉTICOS	65
7	RESULTADOS.....	67
7.1	DESENVOLVIMENTO, VALIDAÇÃO E AVALIAÇÃO DO FENE	67
7.1.1	<i>FENE: 1ª versão – desenvolvimento pelos pesquisadores.....</i>	<i>71</i>
7.1.2	<i>FENE: 2ª versão – validação por experts.....</i>	<i>79</i>

	17
7.1.3 FENE: Avaliação do público-alvo (Teste-piloto)	89
7.1.4 FENE - Versão Final e Análise.....	99
7.2 ESTUDO SECCIONAL DE CAMPO	115
7.2.1 Caracterização da amostra.....	115
7.2.2 Fatores associados ao estresse e ansiedade	127
7.2.3 Fatores associados a depressão e ideação suicida.....	136
7.2.4 Análise multivariada dos fatores associados aos níveis de ideação suicida	144
7.2.5 Análise multinomial dos fatores associados aos níveis de ideação suicida	154
8 DISCUSSÃO	159
8.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	160
8.2 FATORES ASSOCIADOS AO ESTRESSE E À ANSIEDADE	167
8.3 FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO E À IDEACÃO SUICIDA.....	173
8.4 ANÁLISE MULTIVARIADA DOS FATORES ASSOCIADOS AOS NÍVEIS DE IDEACÃO SUICIDA	184
8.5 ANÁLISE MULTINOMIAL DOS FATORES ASSOCIADOS AOS NÍVEIS DE IDEACÃO SUICIDA	190
9 SÍNTESE DOS RESULTADOS.....	193
10 CONCLUSÕES.....	194
11 RECOMENDAÇÕES.....	197
REFERÊNCIAS	198
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES.....	222
APÊNDICE B – FENE 02 – VERSÃO DOS EXPERTS.....	228
APÊNDICE C – FENE 03 – VERSÃO PÓS TESTE-PILOTO (FINAL)	246
APÊNDICE D – SÍNTESE DOS PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS AO ADOECIMENTO EMOCIONAL, IDEACÃO SUICIDA GRAVE E FATORES DE PROTEÇÃO EM PESSOAS COM ENVOLVIMENTO ESPÍRITA NO ESTADO DO CEARÁ	264
ANEXO A – DASS-21	267
ANEXO B – EMTAS.....	268

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental é o componente da saúde que representa as questões da mente, englobando aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A saúde da mente, quando comprometida, traz inúmeros prejuízos para os indivíduos e para o coletivo (CAMPOS et al., 2009; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Um importante fator causal relacionado aos transtornos mentais é a violência, que corresponde ao uso de força ou poder contra si próprio ou contra outros, resultando em potencial sofrimento, morte, dano psicológico, entre outros prejuízos (WHO, 1996). A violência, em seus diversos tipos, representa um dos principais responsáveis pelos elevados índices de transtornos mentais, sendo reconhecida como um problema global de saúde pública (DAHLBERG; KRUG, 2006).

A relação da violência com os transtornos mentais é próxima, destacando-se o suicídio, que corresponde a um tipo de violência, no caso, a autoinfligida (CALIXTO FILHO; ZEBRINI, 2016). Desse modo, a ideação suicida (pensamentos sobre cometer suicídio) e o suicídio (ato intencional de provocar a própria morte) estão associados, direta e indiretamente, à violência (BITTAR; KOHLSDORF, 2017; SANTOS et al., 2019b), com consequências individuais e sociais, por exemplo, o sofrimento psíquico de populações vulneráveis como mulheres, negros e a população LGBTQIA+ (CERQUEIRA et al., 2019). O suicídio atualmente constitui um problema alarmante de saúde pública, sendo que o principal fator de risco é a tentativa prévia e, na grande maioria dos casos, está associado a algum transtorno mental (BARBOSA; LIMA; CAVALCANTI, 2020; OPAS; OMS, 2018). Representa, globalmente, a 11ª causa de morte para todas as idades, sendo a 2ª causa de morte entre 25 e 34 anos (HOVEN; MANDELL; BERTOLOTE, 2010). No Brasil, a incidência de suicídio aumenta a cada ano em detrimento às campanhas de saúde pública, com um coeficiente mais recente estimado em 6,36 por 100.000 habitantes, principalmente entre adolescentes e adultos jovens (ARRUDA et al., 2021)

A ideação suicida e o suicídio estão bastante relacionados com os Transtornos Mentais Comuns (TMCs) (VEISANI; MOHAMADIAN; DELPISHEH, 2017), termo criado por David Goldberg e Peter Huxley (SCOTT, 1992), que corresponde ao conjunto de perturbações mentais mais comumente encontradas na população geral, como insônia, fadiga, somatizações, estresse, ansiedade, depressão, entre outras. Dos TMCs, destacam-se a ansiedade, a depressão e o estresse, reconhecidos por sua alta prevalência e alto índice de comorbidades (KRUEGER, 1999).

Na população geral de mais de 30 países, entre os anos de 1994 a 2004, a prevalência da depressão, ao longo da vida, foi estimada em 10,8%, afetando principalmente mulheres (14,4%) e, em instrumentos de autorrelato esse número chega a 17,3% (LIM et al., 2018). No Brasil, os números relacionados à depressão estão aumentando rapidamente, chegando a 3,3% da população, com destaque para a alta proporção de anos vividos com incapacidade para mulheres adultas (BONADIMAN et al., 2020).

Por sua vez, os transtornos de ansiedade representam o maior grupo de transtornos mentais na maioria das sociedades ocidentais e são uma das principais causas de incapacidade funcional (CRASKE et al., 2017). No Brasil, em um estudo transversal com 1953 pessoas entre 18 e 35 anos, a prevalência de transtornos de ansiedade foi de 27,4%, com maior prevalência para mulheres (32,5%), quando comparado a homens (21,3%) (COSTA et al., 2019). Quanto ao estresse, trata-se de um conceito mais amplo e complexo dentro dos TMCs, referindo-se a um desgaste ou tensionamento neuropsicológico provocado por um fator estressor, real ou não, e que se manifesta com sofrimento psíquico (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999). O estresse não se caracteriza como um transtorno mental específico, mas, sim, como um comprometimento inespecífico da saúde mental; no entanto, pode se relacionar intimamente com os transtornos mentais categorizados, principalmente a ansiedade e a depressão (MCEWEN; AKIL, 2020).

A violência autoinfligida, representada pela ideação suicida e pelo suicídio e os TMCs, representado pela depressão, ansiedade e estresse, são aspectos relacionados ao adoecimento psíquico bastante pesquisados pelas ciências da saúde em geral. A psiquiatria, a psicologia, a neurociência, a saúde pública e outras áreas do conhecimento desenvolvem recursos terapêuticos para prevenir e tratar os transtornos mentais. Dentre estes recursos, a espiritualidade se apresenta como um aspecto humano potencialmente promotor de saúde. Dentre os inúmeros conceitos presentes na literatura, destaca-se o de Koenig (2012), que entende a espiritualidade como um aspecto da condição humana que representa à procura de cada pessoa por um significado e propósito de vida, e da relação com o sagrado e o transcendente. Neste caso, a espiritualidade pode ser expressada por meio de rituais religiosos e da prática religiosa institucionalizada, mas não necessariamente. Assim, a espiritualidade diferencia-se da religião, pois esta representa um sistema de crenças e rituais institucionalizados, enquanto a espiritualidade é particular e adogmática (KOENIG, 2012).

Foi demonstrado que a espiritualidade e o exercício religioso saudável são promotores de saúde mental e bem-estar em grande quantidade de pesquisas, desde mais antigas (ALLPORT, 1950; ALLPORT; ROSS, 1967; LARSON; SWYERS; MCCULLOUGH, 1998; PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000), até mais recentes (BAZLEY; PAKENHAM;

WATSON, 2019; LACE et al., 2020; PAUL VICTOR; TRESCHUK, 2020). Esta importância da espiritualidade para a saúde mental é ressaltada por Koenig (2012, p. 173), que afirma: “[...] aprender a respeitar o poder dessas crenças e utilizá-las para acelerar a cura e a recuperação total do paciente deve ser prioridade para a medicina e o atendimento médico moderno”.

Práticas espirituais e religiosas são utilizadas por todas as sociedades como um recurso de saúde, seja pela questão da fé, do apoio comunitário, do autocuidado promovido pela cultura religiosa ou por questões mais particulares (PERES et al., 2018; VITORINO et al., 2018); sendo evidenciado o cuidado espiritual como um recurso de saúde até no contexto aversivo da pandemia de COVID-19 (TAVARES, 2020).

No Brasil, o sistema de saúde pública tem se mostrado insuficiente para tratar aspectos da saúde mental e do suicídio (MACHADO; SANTOS, 2015), o que estimula uma demanda por assistências espirituais e religiosas com inclinação psicológica, haja vista a tradição cultural cristã da maior parte da população brasileira (IBGE, 2010). Dentre as diferentes linhas espirituais promovidas pelas culturas religiosas cristãs, está a doutrina espírita e seu modelo de assistência.

Allan Kardec, pseudônimo do pedagogo francês Hipólite Leon Denizard Rivail, foi o responsável pelas pesquisas do século XIX que resultaram na codificação da doutrina espírita, a qual corresponde a um conjunto de obras literárias, cujo corpo teórico é o responsável pelo movimento espírita. Tais pesquisas investigaram, à época, os fenômenos espirituais, sendo as comunicações mediúnicas (comunicações com espíritos) as principais fontes de informações para a organização da doutrina por parte de Kardec (KARDEC, 2008a). O espiritismo, por sua vez, corresponde à organização do trabalho de Kardec em um movimento científico-religioso que no Brasil é regido pela Federação Espírita Brasileira (FEB), tendo em vista estipular princípios e diretrizes para o exercício da doutrina (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2017).

Segundo Kardec (2013), a doutrina espírita possui inclinação terapêutica em todas as suas atividades, pois concentra esforços para mudanças mentais por meio de atividade educacional racional de acordo com a moral cristã (KARDEC, 2013). De acordo com a FEB (2017, p. 18): “O Centro de Espiritismo é sempre santuário de renovação mental [...], é uma escola onde podemos aprender e ensinar, plantar o bem e recolher as graças, aprimorar-nos e aperfeiçoar os outros, na senda”. A assistência espírita promove uma melhora do estado mental do indivíduo por meio de um conjunto de atividades teórico-práticas que se propõem a promover um bem-estar psicológico.

No Brasil, existe a cultura de pessoas que estão em sofrimento psíquico procurarem a assistência espírita, mesmo sem pertencer a essa vertente religiosa, configurando o espiritismo como uma “religião de demanda psicológica” (DALGALARRONDO, 2007a). Assim, grande quantidade de frequentadores das casas espíritas desenvolve algum nível de crença na doutrina espírita e/ou se associa a alguma atividade da casa, caracterizando um envolvimento espírita, o qual pode representar um recurso positivo para a saúde mental. Apesar desse fato, a ciência ainda compreende pouco esse fenômeno sociocultural, como afirma Dalgalarrondo (2007, p. 30): “Curiosamente, o espiritismo kardecista, apesar de importante demográfica e sociologicamente, tem recebido pouca ênfase nos estudos”. O mesmo autor também refere à importância do espiritismo para a psiquiatria nacional (2007b, p. 127): “Deve-se mencionar que as organizações espíritas criaram, em todo o Brasil, uma rede de hospitais psiquiátricos beneficentes, [...] foram construídos como organizações médicas e leigas vinculadas à caridade espírita”.

Constatou-se que o envolvimento espírita e sua relação com a saúde mental apresenta relevância epidemiológica que o deixa em posição de objeto de estudo. Diante disso, o campo da saúde coletiva se apresentou como espaço científico amplo e democrático para pesquisar o envolvimento espírita e sua relação com a violência autoinfligida (ideação suicida) e com os Transtornos Mentais Comuns (TMCs). Assim, alguns questionamentos foram elaborados: *Qual o perfil das pessoas envolvidas com o espiritismo? Qual o nível de envolvimento espírita que essas pessoas possuem? Quais os padrões de TMCs e ideação suicida dessas pessoas? Há alguma associação entre os níveis de TMCs e de ideação suicida com o envolvimento espírita?*

Portanto, o objetivo dessa pesquisa foi avaliar a prevalência de TMCs e ideação suicida e buscar uma relação com o envolvimento espírita. Para tanto, tornou-se necessário, primeiramente, abordar alguns conteúdos relacionados a essa temática: as interrelações da violência, TMCs e ideação suicida; a espiritualidade, a saúde mental e a produção do conhecimento científico; e o impacto da doutrina e terapêutica espírita na saúde mental.

2 INTERRELAÇÕES DA VIOLÊNCIA, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E IDEIAÇÃO SUICIDA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), violência significa o uso de ameaça ou prática de poder ou força contra si mesmo, contra outros ou contra uma comunidade, resultando em morte, privação, prejuízo no desenvolvimento ou sofrimento físico ou psicológico (WHO, 1996). Existem 3 tipos de violência: a (1) autoinfligida, caracterizada por pensamentos e comportamentos de injúria voltados para si mesmo, como automutilação, ideação suicida, tentativas de suicídio, entre outros; a (2) interpessoal, que ocorre entre pessoas de um mesmo domicílio ou comunidade; e a (3) coletiva, que abrange aspectos políticos, econômicos e sociais (DAHLBERG; KRUG, 2006). Os modelos de violência autoinfligida estão relacionados diretamente ao sofrimento mental – exemplo, os Transtornos Mentais Comuns (TMCs) (MENDONÇA; LUDERMIR, 2017; SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018), assim como a ideação suicida, um tipo específico de violência autoinfligida, também se relaciona com os TMCs (VEISANI; MOHAMADIAN; DELPISHEH, 2017).

Criado por David Goldberg e Peter Huxley (SCOTT, 1992), os TMCs são um grupo de perturbações mentais comuns em todo o mundo, à revelia das questões socioculturais e biológicas, com alto nível de impacto negativo na saúde individual e coletiva (ANTUNES et al., 2018). Devido à alta prevalência dos TMCs, eles acabam sendo naturalizados pelas pessoas, por isso a alcunha de “comuns”, o que provoca negligência na prevenção e tratamentos desses transtornos (KRUEGER, 1999; STEEL et al., 2014). Entre as perturbações pertencentes a este grupo, estão depressão, ansiedade, estresse, insônia, uso de substâncias psicoativas, somatizações, entre outras (SCOTT, 1992). Dentre estas, o estresse, a ansiedade e a depressão destacam-se pela alta prevalência e ampla difusão social (FÉLIX et al., 2016).

Em pesquisas, fica nítida a interrelação entre a violência geral com a ideação suicida (violência autoinfligida) (SOUSA et al., 2020; VELOSO et al., 2019), com o estresse (SANTOS et al., 2018; SOUZA; VIZZOTTO; GOMES, 2018), com a ansiedade (ZANCAN; HABIGZANG, 2018), e com a depressão (SANTOS et al., 2020; SILVA; AZEREDO, 2019).

2.1 Estresse

O termo estresse não apresenta um conceito definitivo dentro das ciências da saúde (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999), no entanto, representa um dos TMCs mais prevalente e mais conhecido pelas pessoas, independente da cultura (MARGIS et al., 2003). O termo é

proveniente da física, que o entende como o desgaste sofrido por um material quando este é submetido a uma tensão acima da sua capacidade de resistência. Logo, para a saúde mental, o estresse representa o desgaste orgânico sofrido pela não adaptação a algum contexto tensional. (SELYE, 1936). Também proveniente da física, outra nomenclatura análoga ao termo estresse seria “síndrome de não adaptação”, que se aplica bem ao paradigma da saúde por não se preocupar com o fator motivador, mas, sim, com a dificuldade de adaptação a este fator (SELYE, 1936).

O estresse pode ser visto por diferentes perspectivas, como: a biológica – desequilíbrio provocado por reações a estímulos danosos sobre o organismo; a biopsicossocial – desgaste pela percepção de risco ou ameaça devido a um determinado contexto e/ou ao ambiente; a cognitivo-comportamental – reação psicológica negativa sobre estímulos aversivos; e a emocional – reação desagradável provocada por mudanças na vida (ROM; REZNICK, 2015). Na neurobiologia, o termo estresse está consolidado (GODOY et al., 2018) e, representa a adaptação orgânica ao desequilíbrio inerente ao desenvolvimento neurológico evolutivo, em busca de sobrevivência (ELLIS; DEL GIUDICE, 2019). Para a saúde, o estresse pode ser fisiológico, como o estresse oxidativo (BARBOSA et al., 2010), ou psicológico como o estresse emocional (MARGIS et al., 2003).

Para esta pesquisa, buscou-se um conceito de estresse mais abrangente e ligado à saúde, por isso o conceito de Selye (1936), seu criador: reação orgânica diante de contextos aversivos que exigem adaptação do organismo além do seu limite (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999; SELYE, 1936).

Sobre suas interações, o estresse se relaciona diretamente aos diferentes tipos de violência, como a violência interpessoal domiciliar - entre cônjuges (SANTOS et al., 2018; SANTOS; MONTEIRO, 2018); a violência coletiva de caráter social, para mulheres jovens (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018) e a violência coletiva de caráter socioeconômico, para pessoas em situação de rua (PATRÍCIO et al., 2019).

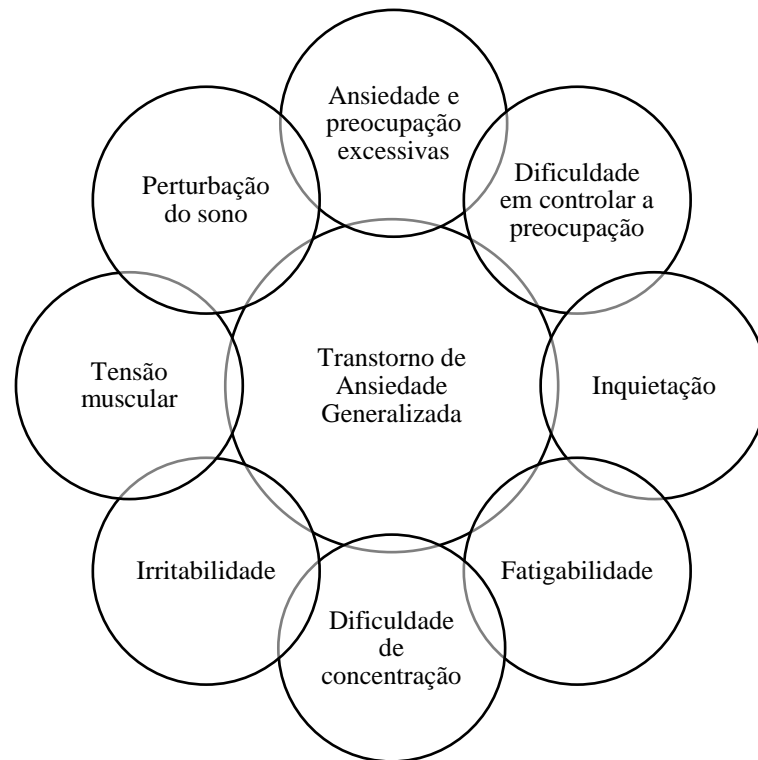
Sobre a interação com os TMCs, o estresse está intrinsecamente relacionado com as doenças emocionais em geral (MCEWEN; AKIL, 2020), com a ansiedade (DAVIU et al., 2019; ELLIS; DEL GIUDICE, 2019) e com a depressão (ANDRETTA et al., 2018). Além disso, pode contribuir para a incapacidade geral (ANTUNES et al., 2018), para a incapacidade laboral (HELGESSION et al., 2018), para o abuso de álcool (OLFSON et al., 2019) e para os distúrbios do sono (TEN HAVE et al., 2016).

2.2 Ansiedade

A ansiedade corresponde a uma função neurológica e psicológica, manifestada pela cognição e pelo comportamento do indivíduo em prol de agir, proteger-se e sobreviver, diante de riscos reais ou imaginários (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). A resposta neuropsíquica ansiosa é causa e consequência da personalidade e dos componentes cerebrais e, quando excessiva, gera sintomas com diferentes representações: medo, angústia, aflição, irritabilidade, preocupação, entre outros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Sintomas de ansiedade apresentando-se simultaneamente, com certa intensidade e pelo tempo devido, fomentam os transtornos ansiosos que constituem a classe mais prevalente das patologias mentais do ocidente (CRASKE et al., 2017).

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), presente no manual diagnóstico psiquiátrico americano desde o ano de 1980 (DSM-III) (CROCQ, 2017), representa o mais comum dos transtornos ansiosos. O TAG chega a atingir até 20% dos estadunidenses adultos a cada ano (MUNIR; TAKOV, 2023). Por essa alta prevalência, este transtorno representa o protótipo de todos os transtornos de ansiedade. Seus critérios principais são (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013): (1) ansiedade e preocupação excessivas na maior parte dos dias e, (2) o indivíduo considera difícil controlar a preocupação. Além destes, é preciso três ou mais dos sintomas seguintes para fechar o diagnóstico: (3) inquietação, (4) fadigabilidade, (5) dificuldade de concentração, (6) irritabilidade, (7) tensão muscular e (8) perturbação do sono (FIGURA 1).

Figura 1 - Critérios para o Transtorno de Ansiedade Generalizada, segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).



Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Na relação da ansiedade com a violência, estudos demonstraram que na população que sofre violência interpessoal domiciliar, pode ocorrer alta prevalência de ansiedade (ZANCAN; HABIGZANG, 2018) e de ansiedade com depressão (BITTAR; KOHLSDORF, 2017). Não por acaso, as mulheres são mais vulneráveis para transtornos ansiosos do que os homens (COSTA et al., 2019). Além disso, os transtornos ansiosos representam a maior causa global de incapacidade funcional (CRASKE et al., 2017). No tocante à relação com outros TMCs, os transtornos ansiosos apresentam maior prevalência de comorbidades, associando-se, principalmente, com o estresse (DAVIU et al., 2019) e com a depressão (OTSUBO, 2016).

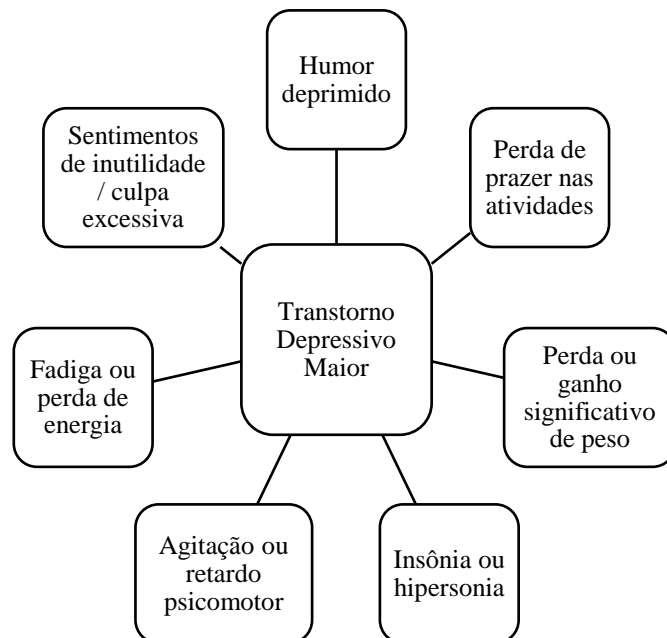
Os transtornos ansiosos são compreendidos como um fenômeno “biopsicossocial”, haja vista sua complexidade (THIBAUT, 2017). Assim, a terapêutica mais adequada para estes transtornos é um conjunto de fatores: psicofarmacologia, psicoterapia, atividade física regular e medidas de suporte social, sendo esta combinação a que apresenta a melhor evidência de resultados (BANDELOW; MICHAELIS; WEDEKIND, 2017).

2.3 Depressão

O humor é o estado emocional basal e difuso que manifesta as questões relacionadas aos sentimentos. A depressão representa a queda desse estado emocional, ou seja, um rebaixamento afetivo, ou queda da energia afetiva, com redução da manifestação dos sentimentos ou sua expressão de modo negativo (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). A depressão é um transtorno variado, com múltiplas apresentações durante o seu curso, com imprevisibilidade para o seu prognóstico e resposta ao tratamento e, com possíveis limitações do funcionamento geral e redução da qualidade de vida (MALHI; MANN, 2018).

Dentre do conjunto de transtornos relacionados à depressão, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) serve de modelo para esta classe. De acordo com o DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), os critérios para TDM são: (1) humor deprimido, (2) acentuada perda de prazer em todas ou quase todas as atividades, (3) perda ou ganho significativo de peso, (4) insônia ou hipersonia, (5) agitação ou retardo psicomotor, (6) fadiga ou perda de energia, e (7) sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva. Para o diagnóstico de TDM, 5 ou mais critérios dos referidos são necessários pelo mínimo de 2 semanas, sendo que um dos dois primeiros critérios é obrigatório (FIGURA 2).

Figura 2 - Critérios para o Transtorno Depressivo Maior, segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).



Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Segundo a OMS, o TDM foi a terceira doença mais prevalente em todo o globo no ano de 2008, com projeção de estar em primeiro lugar em 2030 (MALHI; MANN, 2018). Dentre os efeitos negativos do TDM, elevado grau de disfuncionalidade e incapacidade podem

ser gerados direta e indiretamente, o que afeta não apenas o indivíduo acometido pelo transtorno, mas toda a sociedade (MCKEEVER; AGIUS; MOHR, 2017). Entre estadunidenses adultos, por exemplo, a alta prevalência de TDM está bastante associada a comorbidades e incapacidades, o que pode ser explicado pelas pessoas acometidas que não recebem qualquer tratamento, que são a minoria, mas com a maioria dos casos tratados recebendo tratamento incompleto (HASIN et al., 2018).

Sobre a relação com a violência, alta prevalência da depressão foi identificada em pessoas submetidas à violência comunitária, com destaque para mulheres que sofreram violência domiciliar (MONTESÓ-CURTO et al., 2017). Inúmeras pesquisas internacionais reforçam a relação entre depressão e a violência doméstica contra mulheres (SEDIRI et al., 2020; YUAN; HESKETH, 2021), o que também pode ser visto em pesquisas brasileiras (SILVA; AZEREDO, 2019). Não por acaso, além da depressão, a ansiedade é outra comorbidade fortemente associada à violência doméstica (BITTAR; KOHLSDORF, 2017; ZANCAN; HABIGZANG, 2018).

Pelo forte componente genético da depressão (MULLINS; LEWIS, 2017), essa se caracteriza pelo seu aspecto neurobiológico (DEAN; KESHAVAN, 2017), além dos componentes psicossociais (FANG; WU, 2019). Assim, associado à farmacoterapia, o tratamento da depressão deve contemplar também a atividade física regular (SCHUCH et al., 2016) e a psicoterapia (HÄRTER et al., 2018).

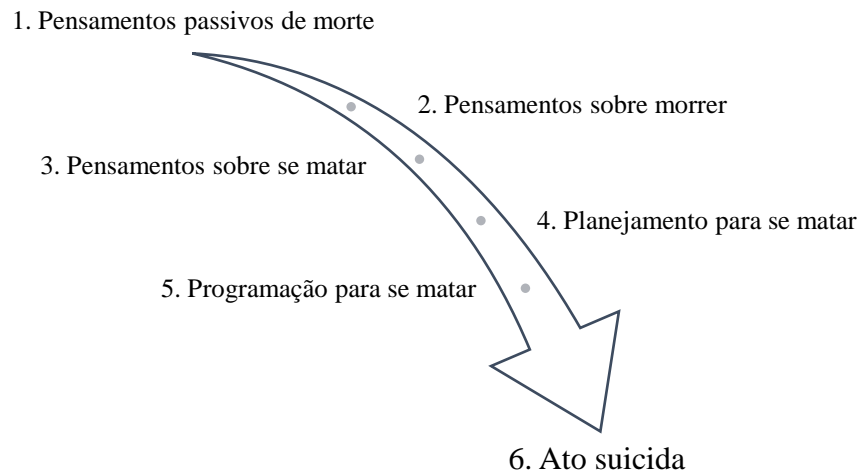
2.4 Ideação suicida

O termo suicídio significa: “ato fatal que representa o desejo da pessoa de morrer” (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). O suicídio pode ser realizado de forma premeditada ou impulsiva, com diferentes níveis de deliberação cognitiva para a tomada de decisão sobre o ato, no entanto geralmente está associado a algum transtorno mental.

O suicídio corresponde ao tipo de violência autoinfligida mais grave existente. Apesar da dificuldade de prever, indícios associados ao risco para o ato podem ser identificados, o que permite uma ação médica preventiva e curativa. Desses indícios, destacam-se a ideação suicida e a intenção suicida. A ideação significa o pensamento de servir como agente da própria morte e a intenção suicida representa a expectativa de que o ato autodestrutivo cause a morte (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). A gravidade da ideação suicida pode variar de acordo com o planejamento e com o nível de intenção suicida. Para medir esta gravidade, pensamentos em série podem ser vistos: (1) pensamentos passivos de morte, (2) pensamentos sobre morrer,

(3) pensamentos sobre se matar, (4) planejamento para se matar, (5) programação para se matar e (6) ato suicida (MORRISON; COSTA; ROSA, 2009). Desses, o planejamento e a programação suicidas representam maior risco para consumir o ato (FIGURA 3).

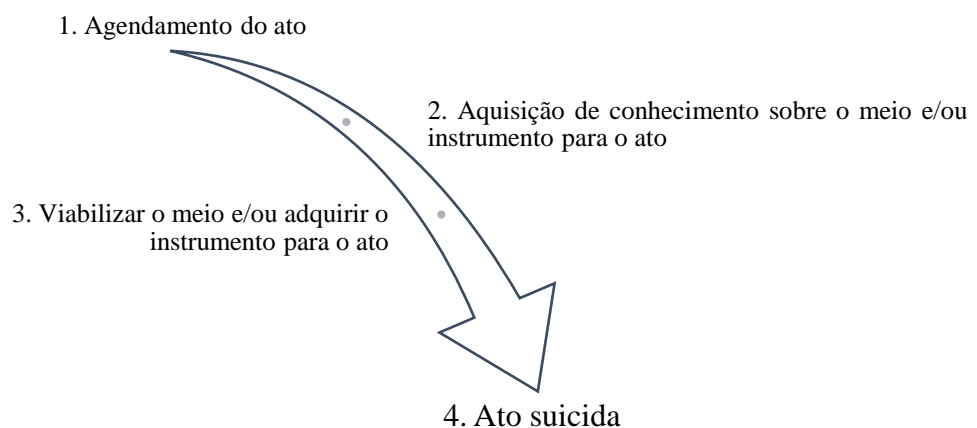
Figura 3 - Pensamentos progressivos da ideação suicida (MORRISON; COSTA; ROSA, 2009).



Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

A figura 4 mostra a ideação suicida de maior gravidade, soma-se ao quadro os comportamentos suicidas, os quais possuem quatro características: (1) agendamento do ato, com possíveis ameaças relacionadas ao prazo e/ou marcação de data; (2) conhecimento de um meio potencialmente letal para a realização do ato; (3) viabilização de um meio para realização do ato e (4) o ato em si (GOODFELLOW; KÖLVES; LEO, 2019) (FIGURA 4).

Figura 4 - Comportamentos progressivos para o ato suicida (GOODFELLOW; KÖLVES; LEO, 2019).



Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Outros conceitos também estratificam o nível de risco para o suicídio, como a “suicidabilidade” (*suicidality*) que se trata da probabilidade de praticar o ato (LINDNER; SCHNEIDER, 2016); a “tentativa de suicídio séria” (*serious suicide attempt*), termo que diferencia as tentativas mais graves das de menor risco (GVION; LEVI-BELZ, 2018); e a “letalidade suicida” (*suicide lethality*) que estratifica o risco de morte na ideação e comportamento suicida, o que permite que se estabeleça as devidas intervenções médicas (DEBASTIANI; DE SANTIS, 2018).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), aproximadamente 800 mil pessoas suicidam todos os anos, marcadamente em países de baixa e média renda (79% do total), representando a principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos. Para cada suicídio consumado, 20 pessoas realizam uma tentativa grave, o que torna a tentativa prévia o fator de risco mais importante. Homens mais velhos cometem mais suicídios, com maior grau de letalidade nas tentativas pela preferência por métodos mais violentos, enquanto mulheres jovens são as que mais possuem risco para tentativas (BARBOSA; LIMA; CAVALCANTI, 2020; OPAS; OMS, 2018). Também é fato que a maior parte dos casos de suicídio está relacionada a transtornos psiquiátricos, o que promove o tratamento psiquiátrico para principal fator de prevenção (HEGERL, 2016).

A ideação suicida e o suicídio apresentam interrelação com todos os aspectos da violência estrutural (WEBER; GIANOLLA; SOTERO, 2020). Apresentam também relação íntima com os TMCs, mas com destaque para a depressão (DOUPNIK et al., 2020; VEISANI; MOHAMADIAN; DELPISHEH, 2017). Mesmo com o escopo de pesquisas e intervenções que melhoram a compreensão e o tratamento da ideação suicida e do suicídio, este tipo de violência autoinfligida permanece como um importante problema de saúde pública em todo mundo (BARBOSA; LIMA; CAVALCANTI, 2020; OPAS; OMS, 2018).

3 ESPIRITUALIDADE, SAÚDE MENTAL E A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO

Atualmente, a espiritualidade representa uma área de pesquisa em foco, visto que a dimensão espiritual está entre os fatores mais importantes na estruturação da experiência humana, das crenças, dos valores, dos padrões de comportamento e de doença (LOTUFO NETO; LOTUFO JR; MARTINS, 2009). Uma larga base literária evidencia que as crenças e práticas espirituais, quando exercidas em equilíbrio com outros aspectos da vida, estão ligadas à saúde e ao bem-estar (BONELLI, 2016; DALGALARRONDO, 2006, 2007a; DILMAGHANI, 2018; KOENIG, 2007; MOREIRA-ALMEIDA, 2007, 2009a; VITORINO et al., 2018), o que reforça a utilização desses instrumentos pela medicina moderna, mesmo com a difícil situação atual do ensino da “espiritualidade e saúde” nas escolas médicas (LUCCHETTI et al., 2023).

Definir a espiritualidade é importante para diferenciá-la da religião e da prática religiosa (religiosidade), embora isso possa ser tarefa complexa, uma vez que existem inúmeros conceitos diferentes para esse termo. (PAUL VICTOR; TRESCHUK, 2020). Logo, para fins dessa pesquisa, optou-se por um conceito mais tradicional, que entende a espiritualidade como a busca inerente de cada pessoa por um significado e propósito de vida, simbolizando um aspecto humano inato, particular e plenamente cognitivo (KOENIG, 2012), podendo transcender para experiências transpessoais, que vão além das estruturas ordinárias da consciência (WEIL, 1989).

A espiritualidade não apresenta regras ou dogmas formais, sendo uma atividade bastante singular do próprio ser, enquanto na religião ou na prática da religiosidade há a presença de uma instituição que gera um conjunto de crenças e rituais externos ao indivíduo (KOENIG, 2007). Portanto, as pesquisas que envolvem espiritualidade apresentam um foco maior no próprio indivíduo e na sua experiência psíquica, enquanto pesquisas que versam sobre religião, precisam, obrigatoriamente, considerar as características das instituições envolvidas (PAUL VICTOR; TRESCHUK, 2020). Apesar dessa diferenciação, grande parte das pesquisas sobre essa temática mesclam os dois conceitos em uma estrutura única, conhecida como Religiosidade/Espiritualidade (R/E) (ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; CURCIO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA, 2016; RANSOME, 2020).

Figura 5 - Aspectos relacionados à espiritualidade e à saúde.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

A religião e a espiritualidade constituem fatores de saúde ou de adoecimento, dependendo do modo como o ser se envolve com essas questões. Sabe-se, por exemplo, que a religião pode ser positiva para a saúde quando praticada de maneira autodeterminada, com liberdade sobre a autonomia do indivíduo (MELO et al., 2015), assim como ajuda na formação de resiliência (SCHWALM et al., 2022). Ademais, a religião e a espiritualidade representam importantes focos de estudo no tocante à violência, principalmente a autoinfligida. Larga base de pesquisas estudam a relação da espiritualidade com o suicídio e seus aspectos, dada a relevância da ideação suicida, das tentativas de suicídio e do próprio suicídio como pautas de saúde pública (LAWRENCE; OQUENDO; STANLEY, 2016; VITORINO et al., 2018). Já em relação à violência interpessoal, pesquisas demonstram que a religião e a espiritualidade podem servir como um fator de proteção (GONÇALVES et al., 2022a, 2022b), porém este tema de

estudo é escasso se comparado a outros, apesar dos números alarmantes da violência no Brasil e no mundo (CERQUEIRA et al., 2019; SOUTO et al., 2017).

3.1 Áreas de pesquisas em espiritualidade

O Brasil é um importante produtor de pesquisas que abordam a relação da espiritualidade com a saúde mental, apesar das adversidades metodológicas e da ausência de ganhos financeiros desse objeto. Na faculdade de medicina da Universidade de Juiz de Fora (UFJF), funciona um centro de estudo que relaciona questões de saúde mental e de espiritualidade; trata-se do Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (NUPES), coordenado pelo pesquisador Moreira-Almeida (MOREIRA-ALMEIDA, 2007, 2009a, 2013). Este núcleo representa um polo de estudo importante sobre essa temática, com publicações nacionais e internacionais, como a obra “*Science of Life After Death*” (MOREIRA-ALMEIDA; COSTA; COELHO, 2022a). Analogamente, na Universidade de São Paulo (USP), há o Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSER), coordenado pelo pesquisador Leão (LEÃO; LOTUFO NETO, 2007), com estudos relevantes sobre a temática.

Associado aos centros de estudos acadêmicos, algumas áreas da psicologia no Brasil estão se inclinando para os estudos acerca da espiritualidade, como a Transpessoal e a Anomalística. A Transpessoal se refere a: “Um ramo da Psicologia especializada no estudo dos estados de consciência, lida mais especificamente com a ‘Experiência Cósmica’ ou estado ditos ‘Superiores’ ou ‘Ampliados’ de consciência” (WEIL, 1989, p.45). Para Tart (1972 *apud* CARDEÑA; LYNN; KRIPPNER, 2013, p.67), um “estado alterado ou ampliado de consciência” (EAC) significa: “uma alteração qualitativa no padrão global de funcionamento mental, de forma que o experienciador sinta que sua consciência está operando de forma radicalmente diferente do normal”.

Muitas das experiências transpessoais de alteração da consciência possuem conteúdos espirituais. Em estudo sobre as percepções de indivíduos em experiências transpessoais, as seguintes foram identificadas: sensação de transcendência, conexão com o cosmo, contato com a divindade, sensação de plenitude, sentimento de pertença a uma realidade espiritual, sentimento de pertença a um plano superior, entre outras (MARTINS; ZANGARI, 2012). Dentro das experiências estudadas pela transpessoal, alguns quadros de perturbações mentais são compreendidos como processos de abertura da consciência em que o consciente ordinário recebe conteúdo de um inconsciente espiritual, levando a uma desorganização transitória. Tais experiências são chamadas de emergências espirituais e, embora se manifestem

com sofrimento psíquico, não são essencialmente patológicas (GROF; GROF, 1997). De acordo com os pesquisadores, se essas experiências forem tratadas adequadamente como estágios difíceis de um processo de desenvolvimento pessoal, elas “podem resultar em curas espontâneas de vários distúrbios emocionais e psicossomáticos, em mudanças de personalidade favoráveis, [...] e evolução rumo a uma ‘consciência superior’” (GROF; GROF, 1997, p. 23). Entretanto, ao contrário dessa visão, a psiquiatria possui uma tendência a rotular essas experiências como patológicas pela sua semelhança com sintomas psicóticos vistos em quadro de esquizofrenia (WAPNICK et al., 1978).

Alguns diferenciadores entre experiências transpessoais saudáveis e transtornos psiquiátricos foram evidenciados em pesquisa: ausência de sofrimento psicológico; ausência de prejuízos sociais e ocupacionais; a experiência tem duração curta e ocorre episodicamente; existe uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência; existe compatibilidade da experiência com algum grupo cultural ou religioso; ausência de comorbidades; a experiência é controlada; a experiência gera crescimento pessoal; a experiência é voltada para os outros. Esses diferenciadores não são absolutos, mas possibilitam uma percepção menos “patologizante” dessas experiências (MENEZES JÚNIOR; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

Sobre a Anomalística, o termo “anomalia” tem origem na obra de Kuhn (2013) e se refere aos fenômenos que não podiam ser explicados pela ciência dita “normal” (KUHN, 2013). A Anomalística se desenvolve por meio dos estudos dos fenômenos ou experiências anômalas, que se tratam de experiências mentais incomuns que se desviam das explicações comumente aceitas (CARDEÑA; LYNN; KRIPPNER, 2013) e não se encaixam em nenhum conceito científico estabelecido (CHIBENI; MOREIRA-ALMEIDA, 2007). Podem ser assim categorizadas: experiências alucinatórias (não patológicas), sinestesia, sonhar lúcido, experiências fora do corpo, experiências relacionadas à psi (telepatia, psicocinesia, clarividência, precognição), experiências de abdução por alienígenas, experiências de vidas passadas, experiências de quase morte, experiências de curas anômalas e experiência mística (CARDEÑA; LYNN; KRIPPNER, 2013). Estas experiências se distinguem das patologias mentais, uma vez que se apresentam frequentemente sem traços de sofrimento psíquico ou de prejuízos cognitivos e funcionais (CHIBENI; MOREIRA-ALMEIDA, 2007). As anomalias sinalizam lacunas de conhecimento sobre o funcionamento psíquico, entretanto a ciência e a psicologia demonstram certa negligência sobre esse tipo de experiência (MARTINS; ZANGARI, 2012).

Há uma aproximação dos estudos da anomalística com fenômenos reconhecidos na esfera da espiritualidade. Muitas dessas experiências servem de evidências para a sobrevivência

da vida após a morte, como as experiências de quase morte, as de projeção extracorpórea (fora do corpo), as relacionadas à psi (mediunidade) e às de vida passada (reencarnação) (MOREIRA-ALMEIDA; COSTA; COELHO, 2022b). Entretanto, para que a Anomalística se expanda como linha de pesquisa produtora e para que se compreenda melhor a relação dessas experiências com a espiritualidade são necessárias diretrizes metodológicas, tais como: evitar uma abordagem preconceituosa e a “patologização”, revisão exaustiva da literatura existente, utilizar critérios de normalidade e patologia, investigar diferentes populações, desenvolvimento de instrumentos adequados, cautela nos termos utilizados e nos nexos causais estabelecidos, evitar interpretações, considerar o papel da cultura e avaliar a confiabilidade e a validade dos relatos (ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2003; MOREIRA-ALMEIDA; COSTA; COELHO, 2022c).

3.2 Pesquisas em saúde mental e espiritualidade

Estudos têm demonstrado benefícios da espiritualidade ativa e positivamente estruturada em diferentes instâncias da saúde mental. Essa importância dada à interação entre instituições religiosas, espiritualidade e cuidados em saúde é reconhecida pelas ciências da saúde em geral, inclusive com objetivo de estreitar ainda mais esses laços (IDLER et al., 2019). No Butão, por exemplo, foi evidenciada a importância da espiritualidade no tratamento dos Transtornos Mentais Comuns (SITHEY et al., 2018). A espiritualidade pode proteger o indivíduo contra a violência autoinfligida, tanto para as tentativas de suicídio (LAWRENCE; OQUENDO; STANLEY, 2016), quanto para o próprio ato suicida (MANDHOUIJ et al., 2016). Também está evidenciada a importância do suporte religioso para os momentos de crise com risco de suicídio (BAZLEY; PAKENHAM; WATSON, 2019; NORKO et al., 2017).

Metanálises demonstram os benefícios adicionais da espiritualidade e das práticas religiosas sobre a redução de sintomas clínicos (COUNTED; POSSAMAI; MEADE, 2018), ansiedade (GONÇALVES et al., 2015), depressão (BRAAM; KOENIG, 2019; STEARNS et al., 2018), qualidade de vida (PANZINI et al., 2017) e na associação entre saúde física e qualidade de vida (GONÇALVES et al., 2017; MELO et al., 2015; PERES et al., 2018).

No Brasil, foi estabelecido o efeito positivo da espiritualidade para vários transtornos psiquiátricos (LUCCHETTI; KOENIG; LUCCHETTI, 2021), no cuidado com pacientes portadores de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) (STROPPA et al., 2018; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009), na prevenção de suicídio em adolescentes (IBRAHIM et al., 2019), entre outros tópicos. Os adolescentes também se beneficiam em sua saúde geral com a

espiritualidade (DANKULINCOVA VESELSKA et al., 2018). Na população geriátrica, o efeito positivo da espiritualidade está bem estabelecido (LUCCHETTI et al., 2018), assim como nos cuidados com o câncer e os transtornos mentais envolvidos (BOVERO et al., 2019) e nos cuidados paliativos (MATHEW-GEEVARUGHESE; CORZO; FIGURACION, 2019). Evidências também mostram benefícios da espiritualidade no tratamento da adicção (BERALDO et al., 2019) e, mais recentemente, já se começa a estudar a relevância da espiritualidade no contexto da pandemia do covid-19 (TAVARES, 2020).

Apesar da grande maioria dos dados serem favoráveis à espiritualidade como fator protetor para a violência autoinfligida, algumas pesquisas não evidenciam essa relação em certas amostras (PLÖDERL; KUNRATH; FARTACEK, 2020), assim como ainda há controvérsia nos dados sobre a espiritualidade e o comportamento de automutilação (SANSONE; WIEDERMAN, 2015).

Entre o campo da psiquiatria e da espiritualidade sempre houve certa tensão (MOREIRA-ALMEIDA, 2007), mesmo com fortes evidências da relação entre o bem-estar espiritual e uma melhor saúde mental (MOREIRA-ALMEIDA, 2009b). Estudos nacionais revelam que dentre os psiquiatras, mais da metade (55,5%) não aborda esse tema com seus pacientes, seja por medo de exceder seu papel de médico (30,2%) ou por “falta de treinamento” (22,3%) (MENEGATTI-CHEQUINI et al., 2016). Entretanto, há pautas já estabelecidas sobre o assunto: (1) O bem-estar religioso e espiritual é importante para a saúde mental; (2) Pesquisas e evidências empíricas revelam que a fé saudável e a distorcida ou doentia apresentam efeitos distintos sobre a saúde mental; (3) Os psiquiatras devem respeitar as crenças e as práticas espirituais e religiosas de seus pacientes; (4) As crenças e as práticas religiosas e espirituais são aspectos importantes da psiquiatria em seu aspecto humano (JAKOVLJEVIC, 2017a). Sabe-se, inclusive, da importância da espiritualidade para profissionais de saúde em suas vidas pessoais e profissionais, incluindo sua formação (ROGERS et al., 2019).

No campo da psicologia e da psicoterapia, existem evidências consideráveis do benefícios promovidos pela espiritualidade saudável. Em uma metanálise, a psicoterapia associada a uma intervenção em Religiosidade/Espiritualidade (R/E) resultou em melhora do funcionamento psicológico e maior bem-estar espiritual (CAPTARI et al., 2018). Estudos sobre modelos de personalidade e espiritualidade mostraram que alta religiosidade está associada a baixo psicoticismo e alta amabilidade e conscienciosidade, podendo, inclusive, representar um novo fator de personalidade, diferente dos atuais, ainda não considerado pela ciência (ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009). Pesquisa mais recente sobre espiritualidade e personalidade demonstrou que homens eram mais propensos a se declararem como “religiosos”

ou “não religiosos”, enquanto mulheres se declaravam mais como “religiosas e espirituais”. Para ambos os sexos, os que tinham mais componente “espiritual” possuíam mais traços positivos de personalidade, como amabilidade, extroversão e baixo neuroticismo (LACE et al., 2020).

A saúde pública é outra área científica que tem se dedicado a estudar e compreender a relação entre saúde mental e a espiritualidade, como no debate sobre a fluidoterapia como uma racionalidade em saúde (ERBERELI, 2013), na discussão epistemológica entre a psiquiatria e o espiritismo (SALES; LINHARES, 2022b), e na produção de saber sobre a assistência psíquica para psicose, depressão e dissociação por meio do espiritismo (SALES; LINHARES, 2022a, 2022c).

Uma vez que evidenciado que o bem-estar espiritual auxilia na saúde mental (MOREIRA-ALMEIDA, 2010), torna-se necessário avançar as pesquisas sobre o tema em dois aspectos: identificar melhor a relação entre espiritualidade e saúde em pessoas espiritualizadas, mas não religiosas, com mais inferência causal entre esses dois aspectos em nível individual e coletivo (RANSOME, 2020). Estimular coletivamente uma espiritualidade positiva e autônoma e concentrar esforços na luta contra a religiosidade patológica é tão importante para a saúde pública global quanto combater o radicalismo, o nacionalismo maligno, o extremismo violento e o terrorismo (JAKOVLJEVIC, 2017b; JAKOVLJEVIC et al., 2019).

4 IMPACTO DA DOCTRINA E TERAPÊUTICA ESPÍRITA NA SAÚDE MENTAL: COMPREENSÃO EMPÍRICA E CIENTÍFICA

O espiritismo é de origem francesa e tem um cunho científico, filosófico e religioso, alicerçado nos princípios teóricos organizados por Kardec (2008a) no século XIX. Desde então, o espiritismo influencia diversos campos culturais (LEWGOY, 2008) e científicos (NARCIANDI, 2018) no mundo todo. A chegada do espiritismo ao Brasil se deu ainda no século XIX, com o intuito de defender uma fé cristã racional, adogmática e não institucional, tendo como consequência a essa visão uma resistência sociocultural à época (FERNANDES, 2008). Ao passar por um aprimoramento organizacional, o movimento espírita integrou-se em um projeto único, criando-se, no Brasil, a fundação da Federação Espírita Brasileira (FEB), em 1884, responsável pelo regimento e pelas diretrizes das federações espíritas estaduais e das casas espíritas em geral (ARRIBAS, 2017).

Vale ressaltar que, no Brasil, o movimento espírita apresentou um desenvolvimento notável, resultando em um modelo brasileiro de exercício da doutrina espírita que já é exportado para outros países e culturas, sofrendo uma transnacionalização (LEWGOY, 2008). Ademais, o espiritismo apoia a cultura brasileira em diversos aspectos, prioritariamente quando se trata da educação (ISAIA, 2017), da antropologia (BACCETTO, 2019) e da saúde, considerando nesta última as áreas da psicologia e da psiquiatria (JABERT; FACCHINETTI, 2011; PEREIRA NETO; AMARO, 2012).

A doutrina espírita tem como base um conjunto de conhecimentos que alavancam o aprimoramento humano intelectual e moral. Por conseguinte, esta doutrina é de raiz cristã, no entanto possui ideias próprias, divergentes de outras linhas religiosas cristãs. Essa controvérsia se fundamenta que para o espiritismo o ser humano é um espírito imortal, advindo de sua criação; um ser reencarnante que passa por diversas existências em corpos físicos diferentes; um ser evolutivo, com tendência à evolução intelectual e moral. Diante disso, para o ser chegar a um estado de completude e de felicidade, ele deve cultivar o aprendizado intelectual e moral, atendendo aos princípios cristãos e dedicando-se à prática da caridade (KARDEC, 2008a).

A atuação da doutrina espírita apresenta inclinação terapêutica em todas as suas atividades, pois seu objetivo é que o indivíduo concentre esforços para uma mudança da mente e dos comportamentos, a partir de um autotrabalho educacional baseado, principalmente, no cristianismo (KARDEC, 2013). Em consonância, a FEB afirma que as casas espíritas representam um local de renovação mental, constituindo uma espécie de escola onde se pode aprender, aprimorar-se e auxiliar os outros por meio das atividades realizadas dentro da seara,

o que teria um efeito salutar sobre a saúde mental do indivíduo envolvido (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2017).

Pela sua alegada influência positiva sobre a psique, há uma relação de longa data do espiritismo com a psicologia, com a psiquiatria e com as demais ciências psíquicas, evidenciando um embate com a visão materialista sobre esse tema (ISAIA, 2020). O espiritismo e seus estudos sobre os fenômenos psíquicos expressivos, no setor sociocultural, fazem com que psicólogos e psiquiatras se interessem em pesquisar a doutrina espírita e sua influência sobre os seus adeptos (ALMEIDA; ODA; DALGALARRONDO, 2007).

4.1 Terapêutica Espírita e pesquisas científicas relacionadas

A Federação Espírita Brasileira (FEB) está apoiada no Conselho Federativo Nacional, órgão de unificação e organização da federação, responsável pelo Plano de Trabalho (2018-2022) (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2017) e pela Orientação ao Centro Espírita (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2006). Ao se tratar das Orientações ao Centro Espírita, existem diretrizes que fundamentam os trabalhos a serem realizados pela casa, sendo estes: Palestras Públicas, Estudo Sistematizado da Doutrina Espírita, Atendimento Espiritual, Estudo e Educação da Mediunidade, Evangelização Espírita, Reuniões Mediúnicas, Serviço de Assistência e Promoção Social, Divulgação da Doutrina Espírita, Atividades Administrativas e Atividades de Unificação do Movimento Espírita. Excluindo as funções de divulgação e administrativa (as três últimas), o restante apresenta potencial função terapêutica (FIGURA 5).

Figura 6 - Atividades de uma casa espírita (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2006).

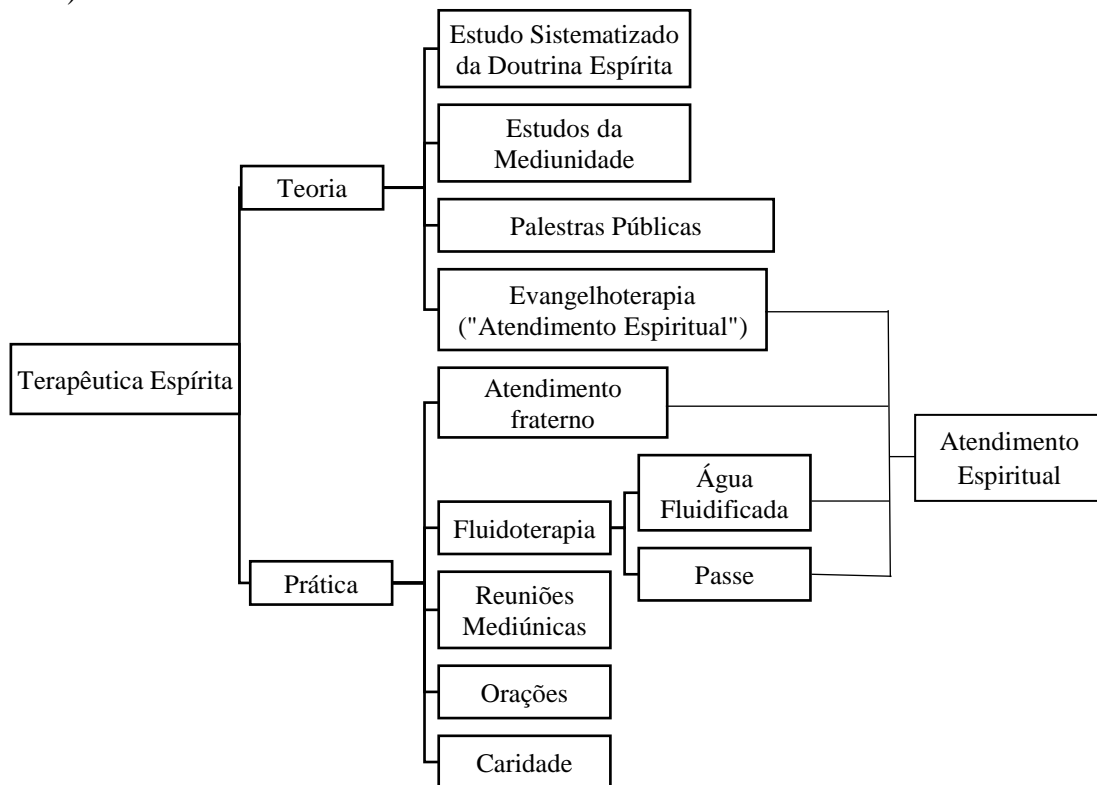


Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Baseada na doutrina espírita, todo indivíduo está amparado pelo princípio da autorresponsabilidade, ou seja, é responsável por suas ideias, suas ações e suas transformações. Diante disso, a terapia espírita converge ascensão da consciência do indivíduo, por meio de seu próprio esforço e utilizando-se de sua compreensão interior, como também das prováveis mudanças positivas resultados de reflexões sobre si mesmo, ato assim denominado de “reforma íntima” (KARDEC, 2008a). Portanto, a **reforma íntima** espírita vislumbra um trabalho pessoal de autoaperfeiçoamento. Em similaridade, as ciências psíquicas apresentam evidências de que um aprofundamento psicológico autodirigido pode melhorar a saúde mental, por exemplo, na melhora da depressão (RICHARDSON; BARKHAM, 2020) e da autoestima (MILLS et al., 2020), no desenvolvimento da compaixão (BIBER; ELLIS, 2019; INWOOD; FERRARI, 2018) e nas ferramentas de autogestão (BEENTJES et al., 2020).

No desenvolvimento da reforma íntima, o espiritismo preconiza um sistema de estudo (teoria) e de trabalho (prática) (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2006). Somado a isso, é feito um convite para que espíritas e frequentadores de casa espíritas se tornem trabalhadores (voluntários). O propósito desse convite é para que esse trabalhador dê suporte a outros frequentadores em suas atividades, de modo que deixem de ser apenas teóricas e passem também a serem práticas (FIGURA 6).

Figura 7 - Terapêutica Espírita: teoria e prática (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2006).



Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Vale ressaltar que, as atividades teóricas da doutrina espírita fazem parte do processo de formação educacional direcionado à reforma íntima. Esta formação educacional é realizada no Atendimento Espiritual (ATE), onde se estuda o evangelho de Cristo segundo o espiritismo; no Estudo Sistemático da Doutrina Espírita (ESDE), em que se estuda a doutrina codificada por Kardec; nos Estudos da Mediunidade, nos quais os médiuns (pessoas com alegada capacidade de comunicação com os espíritos) são educados e orientados em suas habilidades mediúnicas; e nas Palestras Públicas, em que o ouvinte pode aprender um tema específico relacionada à doutrina (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2017). O

Atendimento Espiritual é a principal atividade da casa espírita e serve como “porta de entrada” para os recém-chegados e para os que se encontram em maior sofrimento psíquico. Ele engloba três atividades: a Evangelhoterapia, o Atendimento Fraternal e a Fluidoterapia. Destas, a Evangelhoterapia corresponde à atividade teórica, que é o estudo do evangelho, sendo reconhecida pelo nome geral de Atendimento Espiritual.

Essas reuniões de estudo teórico também se configuram como encontros sociais, momentos em que as pessoas interagem, socializam-se espontaneamente, utilizando leituras, dinâmicas de grupo e diálogo reflexivo, auxiliando na formação de vínculos de relacionamento e de rede de apoio. Levando em conta apenas a socialização de grupos, sem análise de questões espirituais, pesquisas apontam que as relações sociais e a convivência em comunidade favorecem boas melhorias na saúde mental (CASTILLO et al., 2019; TOUGH; SIEGRIST; FEKETE, 2017), da mesma forma como a importância dos suportes sociais como instrumento de saúde (WANG et al., 2018). Em contrapartida, tanto o isolamento como a solidão tornam-se fatores negativos, trazendo resultados de piora, como estresse (CAMPAGNE), depressão e doenças cardiovasculares (COURTIN; KNAPP, 2017), e suicídio (CALATI et al., 2019).

Vale afirmar, mais uma vez, que as atividades práticas da terapêutica espírita englobam atividades em que o frequentador da casa se envolve na realização de algo. No caso do Atendimento Espiritual, além da Evangelhoterapia, também se realiza o Atendimento Fraternal, em que o frequentador é atendido de modo particular, disposto a falar suas demandas, as suas aflições. É um momento de total integração entre o informar-se e de comunicar suas experiências, dúvidas e indagações. No Atendimento Fraternal, as particularidades dos assistidos são cuidadas pelo olhar espírita, em uma ótica de assistência que se assemelha à psicoterapia tradicional.

A Fluidoterapia, que também faz parte do Atendimento Espiritual, concerne das emanções energéticas sobre o indivíduo, que é representada pelo Passe e pela Água Fluidificada. O Passe espírita corresponde à emanção energética sutil, uma ação conduzida por bons pensamentos e canalizada por meio das mãos, as quais se posicionam acima do corpo das pessoas em similaridade com os tratamentos magnéticos (DE SOUZA CAVALCANTE et al., 2016). Atualmente, no Brasil, há duas técnicas que possuem tratamento correspondente ao Passe, que são: o reiki e a técnica de imposição das mãos. No caso do reiki, em pesquisas recentes, já existem evidências positivas no uso do tratamento para a saúde mental (DEMIR DOĞAN, 2018; MANGIONE; SWENGROS; ANDERSON, 2017). Estas duas terapêuticas, inclusive, fazem parte do Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

(PNPIC), aprovado em portaria para uso no Sistema Único de Saúde (SUS) (FERRAZ et al., 2019). Em semelhança ao mesmo processo do Passe, a Água Fluidificada também se sobressai, com o uso de uma porção de água que serve de veículo para as emanções energéticas (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2006). Comparada à “água benta” do catolicismo, em que uma porção de água é abençoada pelo padre, interpreta-se que haja na Água Fluidificada propriedades salutares.

Segundo a literatura científica, a maioria dos estudos relacionada à terapêutica espírita foca no estudo sobre o Passe. A partir de pesquisa vinculada à cultura de bactérias, percebeu-se que o Passe era capaz de inibir o crescimento bacteriano (LUCCHETTI et al., 2013). Em termo de um estudo brasileiro pareado e controlado, realizado em pacientes hospitalizados que receberam o Passe espírita, foi observado uma redução dos parâmetros de ansiedade, depressão e tensão muscular (CARNEIRO; MORAES; TERRA, 2016). Em estudo paralelo, pacientes cardiopatas, que foram submetidos ao Passe, apresentaram redução de ansiedade, melhorando, assim, sua tensão muscular e a saturação de oxigênio e, por conseguinte, uma sensação de bem-estar (CARNEIRO et al., 2017). Associado a esses estudos citados, mais um se torna significativo quando se trata de pacientes com HIV/AIDS em tratamento hospitalar. Estes foram submetidos ao Passe, apresentando melhoras quanto aos efeitos colaterais do tratamento, principalmente na melhora da tensão muscular, o que resultou em sensação de bem-estar (CARNEIRO et al., 2019).

Em outro estudo nacional, voluntários foram aleatoriamente divididos em dois grupos: o grupo-teste foi submetido ao Passe e o grupo-controle não. Ao final do estudo, percebeu-se uma redução significativa dos parâmetros de ansiedade no grupo-teste, quando comparado ao grupo-controle (CARNEIRO; MORAES; TERRA, 2016). Em estudo controlado, randomizado e triplo-cego, 120 mulheres com osteoartrite do joelho foram divididas em três grupos: Passe espírita, imposição das mãos sem componente espiritual e grupo-controle sem intervenção. Houve melhora no grupo do Passe espírita em relação à rigidez articular, à capacidade funcional, além de melhora em dados secundários de ansiedade, depressão, mobilidade e qualidade de vida, quando comparado aos outros grupos (ZACARON et al., 2018).

A Reunião Mediúnica é uma outra prática espírita em que são realizadas atividades de orientação espiritual e desobsessão mediúnica, ou seja, a interrupção da obsessão espiritual (KARDEC, 2007). A mediunidade trata da alegada capacidade de comunicação com os espíritos, enquanto a obsessão espiritual corresponde à atuação de um espírito desencarnado que envolve energeticamente outro ser, nesse caso encarnado, impedindo que o cérebro deste

transmita com equilíbrio ou clareza seus pensamentos (MENEZES, 2010). A desobsessão corresponde a um momento de reunião em que pessoas dotadas de mediunidade buscam suspender a má influência supostamente provocada por um espírito sobre os indivíduos em assistência.

Em estudo nacional, pareado e controlado, de intervenção com Reuniões Mediúnicas (práticas espirituais, no estudo) para pessoas com deficiência cognitiva, notabilizou-se uma considerável melhora dos parâmetros de bem-estar para o grupo-teste (LEÃO; LOTUFO NETO, 2007). Em um estudo descritivo com pacientes com depressão e submetidos à terapêutica espírita por meio de sessões de “cura espiritual”, que incluía palestras educacionais, desobsessão, passe e atendimento fraterno, observou-se a remissão dos sintomas (LUCCHETTI et al., 2015a). Na psicologia, o trabalho de Roger Woolger (1994), criador da Deep Memory Process (DMP), é semelhante ao da desobsessão, o qual é realizado um tratamento para o que Woolger chama de “espírito apegado”, com potencial capacidade de alívio sintomático (WOOLGER, 1994).

O exercício das Orações é outra atividade estabelecida pelo espiritismo, que se realiza nas Casas Espíritas ou em domicílio. Neste último caso, utiliza-se o termo Evangelho do lar. Vale salientar o quanto é importante para o espiritismo a prática da Oração, por significar um processo de espiritualidade ativa, momento em que o indivíduo se concentra para receber boas vibrações, purificando a mente e harmonizando pensamentos e sentimentos (KARDEC, 2008a). Estudos recentes mostram que a oração é um recurso valioso para a melhora da saúde, a ponto de ajudar nos transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade (ANDERSON; NUNNELLEY, 2016), além de surtir uma melhora na qualidade de vida (PANZINI et al., 2017). No entanto, evidências mostram que um bom efeito da oração sobre a saúde mental depende do relacionamento percebido com Deus, ressaltando o valor da espiritualidade (relação direta com Deus) sobre a religiosidade (relação com Deus por meio de uma instituição) (BRADSHAW; KENT, 2018). Também há evidências mostrando a importância da oração em ambiente privado, o que corrobora a relevância da prática do Evangelho no lar (RAINVILLE, 2018).

A terapêutica espírita também estimula as atividades relacionadas a serviços de assistência e à promoção social, que se trata de Caridade, seja no ambiente da casa ou em ações externas. Para a doutrina espírita, a Caridade é de importância fundamental, posto que o próprio Kardec afirma, em sua obra, que fora da caridade não há salvação (para a alma) (KARDEC, 2009). Estudos mostram que se tornar ou ser um voluntário está diretamente relacionado com melhores parâmetros de saúde mental (DOUGLAS; GEORGIU; WESTBROOK, 2017),

melhor qualidade de vida individual e comunitária, ou seja, fazer bem a si e aos outros (BRETT et al., 2019), assim como aumenta o bem-estar em adultos por meio da coesão social (CRAMM; VAN DIJK; NIEBOER, 2013). Em contraponto, o voluntariado pode submeter o indivíduo a um contexto de sofrimento, com possíveis consequências negativas, porém, os sinais mais evidentes falam em melhora na saúde mental (CASSIDY et al., 2019; WILLEMS et al., 2020).

Englobando todas as atividades da casa espírita, Lucchetti *et al.* (2011) estudaram a relação entre a saúde e seis terapêuticas espíritas: oração, imposição das mãos (Passes), Água Fluidificada, trabalhos voluntários, esclarecimento espiritual (Evangelhoterapia) e desobsessão (Reunião Mediúnica). A pesquisa revelou fortes evidências de melhora na saúde mental por meio de trabalhos voluntários. Associações positivas em relação aos Passes e Orações também foram encontradas. Percebeu-se uma carência de estudos associados à Água Fluidificada e ao tratamento de desobsessão (LUCCHETTI et al., 2011). Em estudo nacional mais recente, em casas espíritas da cidade de São Paulo, foi visto que a terapêutica espírita mais realizada foi a desobsessão (92,7%) e o problema de saúde mais tratado foi a depressão (45,1%), seguido do câncer (33,3%) (LUCCHETTI et al., 2016).

4.2 Pesquisas sobre mediunidade

As pesquisas relacionadas à mediunidade apresentaram declínio no final do século XX, mas aumentaram de forma significativa, a partir do início do século XXI (DAHER et al., 2017), mostrando resultados peculiares. Em uma meta-análise recente, os resultados mostraram apoio à possibilidade de que médiuns possam verdadeiramente adquirir informações sobre pessoas mortas por meios desconhecidos (SARRAF; WOODLEY OF MENIE; TRESSOLDI, 2021).

Em pesquisa de investigação para possíveis explicações sobre a mediunidade, levantou-se quatro possibilidades: (1) fraude, (2) personalidade dissociativa gerada pela atividade mental inconsciente do médium, (3) percepção extrassensorial, e (4) mente pode sobreviver à morte corporal e comunicar-se por meio de outra pessoa. O resultado, pelas palavras do autor (p. 87): “Médiuns em transe têm sido capazes de exibir habilidades além daquelas demonstradas em estados normais de consciência, por vezes em sintonia com as da suposta personalidade comunicante” (MOREIRA-ALMEIDA, 2013).

A partir de um estudo nacional sobre o perfil epidemiológico de médiuns espíritas e possíveis sintomas e transtornos psiquiátricos dissociativos e/ou psicóticos nesta população, concluiu-se que os médiuns apresentaram nível baixo de sintomas psiquiátricos, quando

comparados à população geral (MOREIRA-ALMEIDA, 2005). Em estudo anterior, já havia sido observado que a dissociação espírita não poderia ser considerada um transtorno psiquiátrico, pois alguns modelos teóricos percebiam esse fenômeno como algo cultural e não patológico (NEGRO JUNIOR; PALLADINO-NEGRO; LOUZÃ, 1999).

Em outra pesquisa nacional, pessoas com experiências anômalas dissociativas foram vistas como saudáveis do ponto de vista psíquico (MARTINS; ZANGARI, 2012). Em uma grande amostra de conveniência com mais de 3000 pessoas, indivíduos que alegaram experiências de mediunidade tiveram pontuações de dissociação mais altas do que os que não o fizeram, mas nenhum grupo excedeu o limiar para patologia (WAHBEH; RADIN, 2018).

Em termos de um estudo qualitativo, ressaltou-se o potencial da mediunidade equilibrada para o alívio do sofrimento psíquico e para melhoria da saúde mental (HOTT, 2019). Em outro estudo qualitativo, realizado com 10 médiuns brasileiros, ressaltou-se que a angústia e o medo no início das manifestações foram substituídas por resiliência, altruísmo e autoconhecimento após o contato com o espiritismo (SANCHES FURLANETTO et al., 2022).

Em estudo duplo-cego foram avaliados dados psicométricos e de eletrofisiologia cerebral em quatro médiuns em duas situações diferentes: (1) demonstrar conhecimento sobre uma pessoa já falecida (desconhecida do médium), em que 3 dos 4 médiuns pontuaram significativamente acima do acaso ($p < 0,05$); e (2) análise da eletrofisiologia cerebral em estados mentais distintos, incluindo o transe mediúnicos, que mostrou que a impressão de se comunicar com alguém falecido é eletrofisiologicamente diferente do pensamento ordinário ou da imaginação comum (DELORME et al., 2013).

Em um estudo com médiuns de psicografia (experiência dissociativa de escrita mediúnica), por meio de exames de imagem funcional (SPECT), foram examinados o momento da psicografia e outro momento sem transe mediúnicos. O resultado mostrou que o material escrito tinha mais qualidade no momento da psicografia, embora na imagem do SPECT fosse mostrado hipoativação de diversas áreas cerebrais responsáveis pelo raciocínio e pela criatividade (PERES et al., 2012).

A mediunidade também foi vista em pesquisa como uma das melhores evidências da sobrevivência da vida após a morte, tendo Leonora Piper e Chico Xavier como principais médiuns estudados. Em conjunto, outras evidências desta sobrevivência foram as experiências de quase-morte, as experiências de projeção extracorpórea e os casos de reencarnação (MOREIRA-ALMEIDA; COSTA; COELHO, 2022b). Inclusive, existe largo celeiro de casos estudados de reencarnação com evidências de veracidade deste fenômeno (STEVENSON, 2007).

Apesar de haver algumas pesquisas acerca do tema da mediunidade, é necessário estudos mais abrangentes, assim como estudos para outras atividades espíritas, além de maior número amostral para esse objeto de pesquisa.

5 OBJETIVOS

5.1 Geral

Mensurar a magnitude e fatores associados ao envolvimento espírita, Transtornos Mentais Comuns e ideação suicida em pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará.

5.2 Específicos

- Desenvolver e validar um instrumento de avaliação do estado psíquico, assistência psíquica e nível de envolvimento espírita.
- Caracterizar o perfil sociodemográfico, o estado psíquico, a assistência psíquica e o envolvimento espírita em pessoas com envolvimento espírita.
- Estimar a prevalência de ansiedade, depressão, estresse e ideação suicida dessas pessoas.
- Analisar a relação dos dados sociodemográficos, estado psíquico, assistência psíquica e nível de envolvimento espírita com os padrões de estresse, ansiedade, depressão e ideação suicida.

6 MATERIAIS E MÉTODO

Tratou-se de um estudo misto, metodológico e seccional, de caráter descritivo e analítico, realizado com pessoas do estado do Ceará, cujo intuito foi medir o nível de Transtornos Mentais Comuns (TMCs) – estresse, ansiedade e depressão (variáveis dependentes) e o nível de ideação suicida (variável desfecho), em pessoas com algum envolvimento espírita, considerando seus dados sociodemográficos, seu estado e assistência psíquica, seu envolvimento espírita e o Nível de Envolvimento Espírita (NEE) (variáveis independentes), sendo que este último representa a mensuração do quanto o indivíduo se relaciona com a crença espírita e com as atividades espíritas.

6.1 Descrição das etapas do estudo

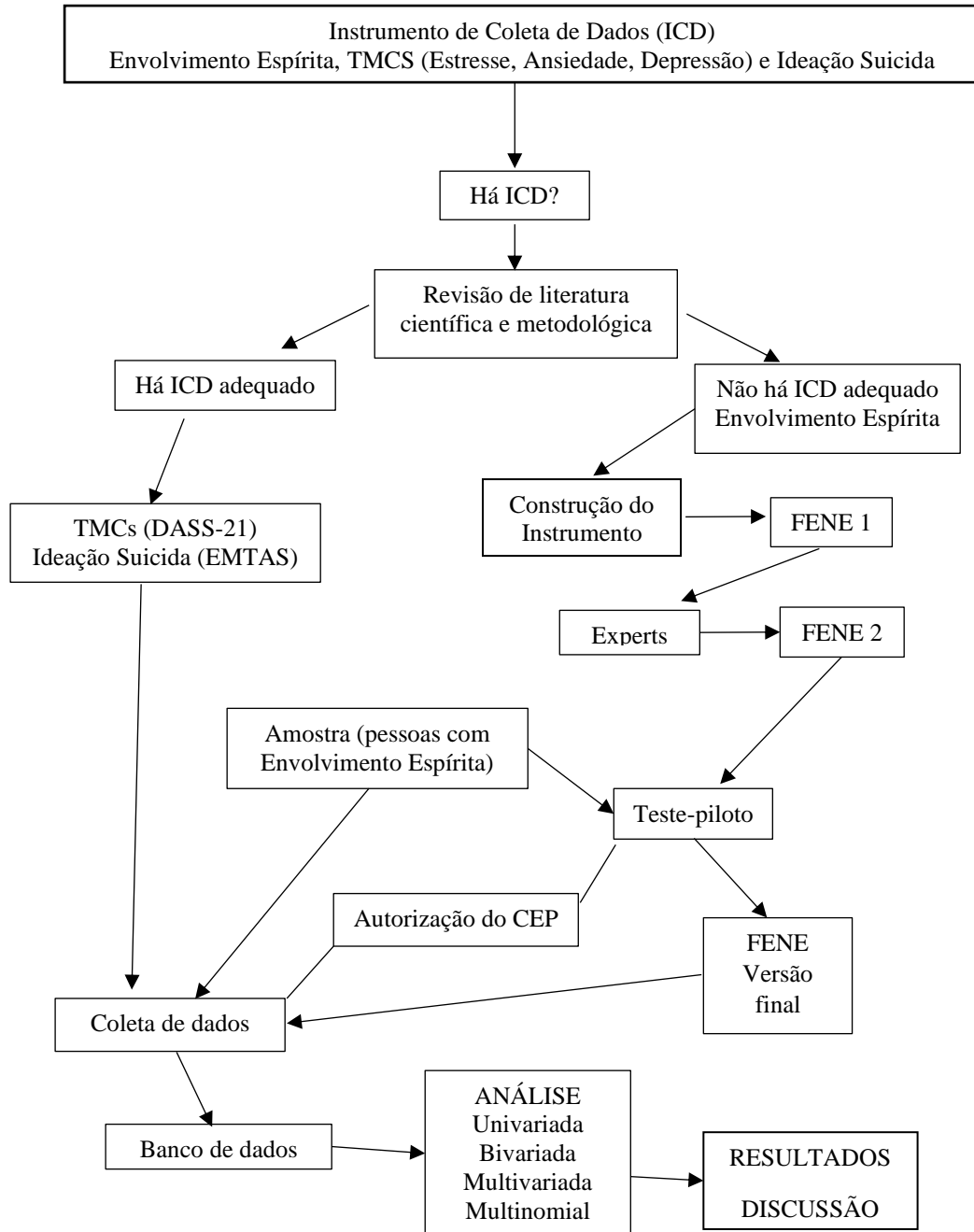
Envolvimento espírita corresponde a um termo convencionado para esta pesquisa e expressa a relação do indivíduo com as crenças e práticas da doutrina espírita kardecista. Então, três instrumentos de coleta foram necessários: a) TMCs, b) ideação suicida e c) Envolvimento espírita. Como este último trata-se de um tema mais específico, foi priorizado em relação aos demais. Portanto, buscou-se, em revisão de literatura, um instrumento de medição já disponível que atendesse essa demanda. Tal escala não foi encontrada, ressaltando a necessidade da construção de um instrumento-piloto com essa temática, o que provocou nova revisão de literatura, resultando, assim, no desenvolvimento do Formulário de Envolvimento Espírita (FENE), fração metodológica da pesquisa.

No total, foram elaboradas 3 três versões do FENE, a) versão 1, feita pelos pesquisadores, b) versão 2, mudanças realizadas após a análise de experts, c) versão 3, modelo final obtido após realização de um teste-piloto (1ª Coleta de dados) com pequena amostra da população. Em paralelo à construção do FENE, outra revisão de literatura identificou as escalas disponíveis sobre TMCs e ideação suicida, sendo escolhidas a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e a Escala Multiatitudinal de Tendência ao Suicídio (EMTAS).

Com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi realizado o teste-piloto do FENE, gerando sua versão final. Na sequência, FENE, DASS-21 e EMTAS foram utilizados para a coleta dos dados por meio de mídias digitais - Instagram, Facebook e WhatsApp, através do software *SurveyMonkey*®, em modelo de amostragem não probabilística do tipo “bola de neve”, ou *snowball*. Após a coleta, os dados foram repassados para o formato

Excel® for Windows 2013. Em seguida, os dados foram exportados para software SPSS® versão 20.0, no qual foi feita a análise descritiva e analítica.

Figura 8 - Organograma: método.



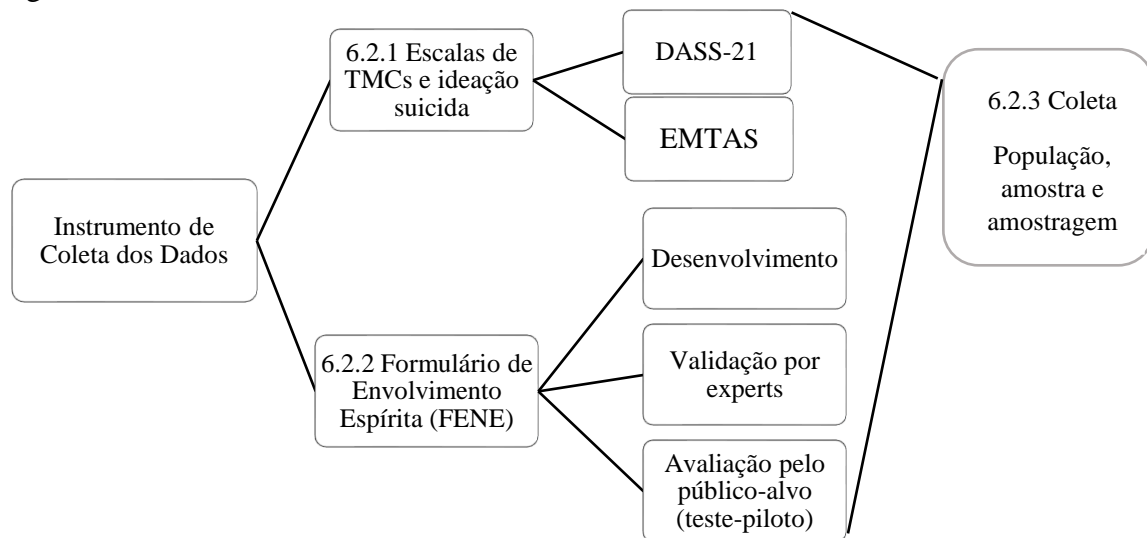
Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Para melhor compreensão, o método de pesquisa foi detalhado em duas partes: (6.2) Coleta e (6.3) Análise.

6.2 Coleta

O instrumento para coleta dos dados foi desenvolvido em duas etapas: (6.2.1) Escalas de TMCs e ideação suicida e (6.2.2) Desenvolvimento, validação e avaliação do Formulário de Envolvimento Espírita (FENE), possibilitando a coleta dos dados em campo - (6.2.3) população, amostra e amostragem. A síntese da coleta encontra-se na figura seguinte:

Figura 9 - Coleta dos dados.



Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

6.2.1 Escalas de TMCs e ideação suicida

Foi realizado um levantamento das principais escalas de medição dos parâmetros psíquicos – ansiedade, depressão e estresse, além de outra escala para ideação suicida. As escalas foram buscadas em artigos científicos nas principais bases de dados: PUBMED, SCIELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e em obras sobre a temática (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2015). Utilizou-se como palavras-chave: escala, ansiedade, depressão, suicídio e ideação suicida, válidas como descritores em língua portuguesa. Outras línguas não foram utilizadas, uma vez que se buscou escalas utilizadas e validadas no Brasil.

Usou-se o operador booleano AND e na primeira combinação de palavras-chave – “escala”, “ansiedade” e “depressão” e uma segunda combinação de palavras-chave – “escala”, “suicídio” e “ideação suicida” nas bases PUBMED, SCIELO e BVS. Os artigos localizados

foram analisados pelo título, primariamente, sendo selecionados os artigos que realmente apresentavam escalas como objeto de pesquisa.

Posteriormente, os artigos restantes foram avaliados criticamente, com vistas à seleção das escalas mais adequadas de acordo com os seguintes parâmetros: 1) *self-report* – escala de autorresposta, sem a intervenção do pesquisador; 2) avaliação em língua portuguesa, com critério de validade evidenciado cientificamente; 3) gratuidade – sem cobrança sobre direito e uso; 4) número reduzido de perguntas – com objetivo de reduzir o tempo de resposta; e 5) perguntas simples – de fácil compreensão. Os instrumentos selecionados foram a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) (ANEXO A) e A Escala Multiatitudinal de Tendência ao Suicídio (EMTAS) (ANEXO B).

6.2.1.1 DASS-21

A Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (LOVIBOND; LOVIBOND, 1995), constituída por um conjunto de três blocos de catorze itens cada, em que cada bloco fica responsável por um dos aspectos investigados - depressão, ansiedade e estresse. A DASS foi adaptada ao português por Apóstolo et al. (APÓSTOLO; MENDES; AZEREDO, 2006). No total, são 42 itens. Não por acaso, essa escala reúne esses três parâmetros devido às suas características comuns, o que inclui afeto alterado, sofrimento afetivo e alterações fisiológicas no eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (GLOSTER et al., 2008).

Posteriormente, pesquisadores desenvolveram uma versão reduzida da escala, dessa vez com 21 itens (DASS-21) (ANEXO A), com sete itens para cada parâmetro buscado (ANTONY et al., 1998). A DASS-21 foi adaptada e validada ao português do Brasil (VIGNOLA; TUCCI, 2014), adaptada e validada para adolescentes brasileiros (PATIAS et al., 2016) e avaliada em suas propriedades psicométricas (MARTINS et al., 2019). Esta nova versão mantém os resultados com metade dos itens e do tempo de aplicação, garantindo maior agilidade e conforto em sua aplicação (RIBEIRO; HONRADO; LEAL, 2004).

Pretende-se, pelas informações levantadas, utilizar a DASS-21 nesta pesquisa. Essa escala apresenta três dimensões de sete itens, totalizando 21 perguntas dispostas da seguinte maneira: itens “Depressão”: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; “Ansiedade”: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; e “Estresse”: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18; e os sintomas investigados de cada dimensão se encontram na tabela 1.

Tabela 1 - Sintomas envolvidos na Escada de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21).
DASS-21 – Sintomas envolvidos

Depressão	Ansiedade	Estresse
Disforia	Excitação do sistema autônomo	Dificuldade em relaxar
Desânimo	Efeitos músculo esqueléticos	Excitação nervosa
Desvalorização da vida	Ansiedade situacional	Facilmente agitado/chateado
Autodepreciação	Experiências subjetivas de ansiedade	Irritável/reação exagerada
Falta de interesse/envolvimento		Impaciência
Anedonia		
Inércia		

Fonte: (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

As perguntas são do tipo *likert* de quatro pontos variando de (0) (não se aplicou de maneira alguma) a (3) (aplicou-se muito ou na maioria do tempo). Cada dimensão da DASS-21 possui pontuação própria, o que permite um levantamento isolado para cada dimensão investigada: depressão, ansiedade e estresse. Também se pode encontrar um resultado geral atingido pela soma dos escores das três dimensões, gerando um parâmetro geral para a saúde emocional. Para cada dimensão, faz-se a soma, indo de zero até 21, sendo este valor diretamente proporcional ao grau de adoecimento (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

6.2.1.2 EMTAS

A Escala Multiatitudinal de Tendência ao Suicídio (EMTAS) (ANEXO B) foi desenvolvida por Orbach et al. (1991) (OSMAN et al., 1993), originalmente composta por 30 itens. A EMTAS baseia-se no pressuposto que o comportamento suicida evolui em torno de um conflito entre quatro tipos de atitudes diante da vida e da morte: repulsão pela morte, repulsão pela vida, atração pela morte e atração pela vida. A EMTAS, adaptada ao contexto brasileiro, possibilita realizar análise fatorial dos eixos principais, com itens com carga fatorial superior a $|0,40|$. Diante disso, foi possível propor uma versão reduzida, composta por 20 itens. Para este estudo, foi utilizada essa versão reduzida adaptada ao contexto brasileiro (AQUINO, 2009).

A EMTAS contém 20 itens que versam sobre conteúdos relacionados à vida e à morte, portanto, parte do pressuposto de que risco de suicídio aumenta conforme se cria conflito entre a condição de vida e a possibilidade de morte (SANTOS et al., 2016). Os quatro segmentos avaliados: atração pela vida, repulsão pela vida, atração pela morte e repulsão pela morte contam, cada um, com cinco itens e, cada item com cinco opções de resposta em estilo *likert*,

variando de “01” - discordo plenamente até “05” - concordo totalmente (AQUINO, 2009) (QUADRO 1).

Quadro 1 – Fatores, itens e respostas da EMTAS.

Fator	Itens	Respostas
Fator I – Repulsão em relação à morte	Temo a morte porque toda minha atividade mental e espiritual vai cessar. Pensar na morte me dá calafrios (me faz tremer). Tenho medo da morte porque todos os meus planos se acabarão. O pensamento de que um dia vou morrer me assusta. A morte me assusta mais do que qualquer outra coisa.	Discordo plenamente (01 ponto)
Fator II – Repulsão em relação à vida	Acho que não sou importante para minha família. Às vezes, sinto que minha família vai estar melhor sem mim. Não gosto de passar o tempo com minha família. Ninguém me ama de verdade. Às vezes, sinto que meus problemas não podem ser resolvidos.	Discordo (02 pontos)
Fator III – Atração em relação à vida	Sinto-me feliz a maior parte do tempo. Embora as coisas pareçam difíceis, às vezes, acho que vale a pena viver. Gosto de fazer muitas coisas. Eu sou uma pessoa muito esperançosa. Gosto de muitas coisas na vida.	Nem discordo, nem concordo (03 pontos)
Fator IV – Atração em relação à morte	Muitos problemas só podem ser resolvidos com a morte. Acredito que a morte pode trazer um grande alívio ao sofrimento. Em algumas situações é melhor morrer do que continuar vivendo. A morte pode ser um estado de repouso e calma. A morte pode mudar as coisas para melhor.	Concordo (04 pontos)
		Concordo totalmente (05 pontos)

Fonte: (AQUINO, 2009).

6.2.2 *Formulário de Envolvimento Espírita (FENE)*

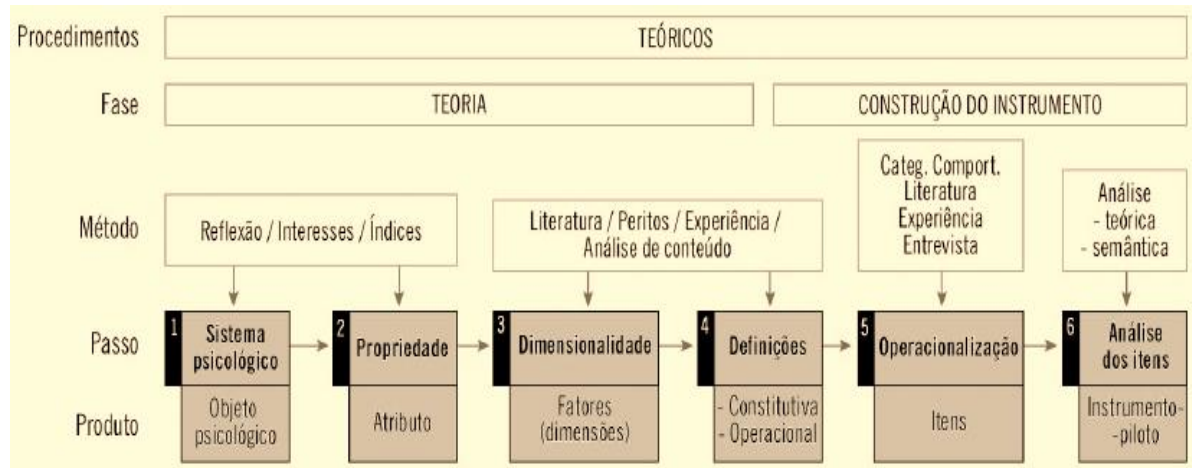
O FENE foi elaborado para mensurar os Dados Sociodemográficos (BLOCO A), o Estado Psíquico e Assistência Psíquica (BLOCO B) e o Envolvimento Espírita (BLOCO C). A necessidade da construção desse instrumento decorreu da inexistência de instrumento semelhante na literatura. Buscou-se, no PUBMED, BVS e em livros, escalas de espiritualidade e religiosidade que pudessem fornecer os dados almejados.

Para busca, os descritores, isolados ou em associação, foram: (1) escala, (2) espiritualidade e (3) religiosidade, utilizando o operador booleano AND. A palavra-chave: “espiritismo” foi identificada como um descritor válido, mas não foram encontradas pesquisas quando associada à palavra-chave (1) escala. Não se encontrou instrumento que atendesse às necessidades deste estudo.

6.2.2.1 *Desenvolvimento do FENE*

A teoria e o modelo de elaboração de instrumental psicológico se baseiam em 03 etapas: procedimentos teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos) (PASQUALI, 2016) (FIGURA 9).

Figura 10 - Procedimentos teóricos na elaboração da medida psicológica.



Fonte: (PASQUALI, 2016).

A **fase da teoria (1)** foi composta por três etapas: **a) definição do objeto psicológico** do instrumento: Nível de Envolvimento Espírita; **b) atributos** relacionados: doutrina espírita de base kardecista como foco do estudo; **c) dimensionalidade** teórica: em que, por meio de revisão da literatura científica e espírita, configurou-se a necessidade de mensuração dos dados sociodemográficos, do estado afetivo e da assistência psíquica, além do nível de Envolvimento Espírita.

O nível de Envolvimento Espírita corresponde ao objeto psicológico mais importante para esta pesquisa, pois se trata da variável independente, servindo de material comparativo para as variáveis dependentes (TMCs e ideação suicida). Entretanto, na revisão de literatura, surgiu a necessidade de parâmetros sobre dados sociodemográficos, visto que o perfil de frequentadores de casas espíritas apresenta particularidades que precisam ser observadas, de acordo com pesquisas prévias (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010). Também foi necessária a medição do estado psíquico e do nível de assistência psíquica, uma vez que o espiritismo se trata de uma “religião de demanda psicológica” (DALGALARRONDO, 2007a), ou seja, muitas pessoas buscam a doutrina espírita devido a um sofrimento psíquico e, por isso, com maior probabilidade de estarem em assistência psíquica dessa seara (psiquiatria, psicologia, psicanálise, etc.). Medir estes dados é uma forma de evitar o viés de amostra.

Em sequência, a **fase de construção do instrumento (2)**, segundo Pasquali (2016), iniciou-se com a etapa **a) constitutiva-operacional**, em que os materiais disponíveis foram selecionados e agrupados: BLOCO A – Dados Sociodemográficos, BLOCO B – Estado Psíquico e Assistência psíquica e BLOCO C – Envolvimento Espírita. Foram realizadas 03(três) reuniões presenciais entre os pesquisadores que determinaram os parâmetros para os itens do instrumento: 1) *self-report* – autorresposta, sem a intervenção do pesquisador; 2) questões do tipo *likert*, com número de opções de respostas variadas dependendo da questão; e 3) perguntas simples – de fácil compreensão.

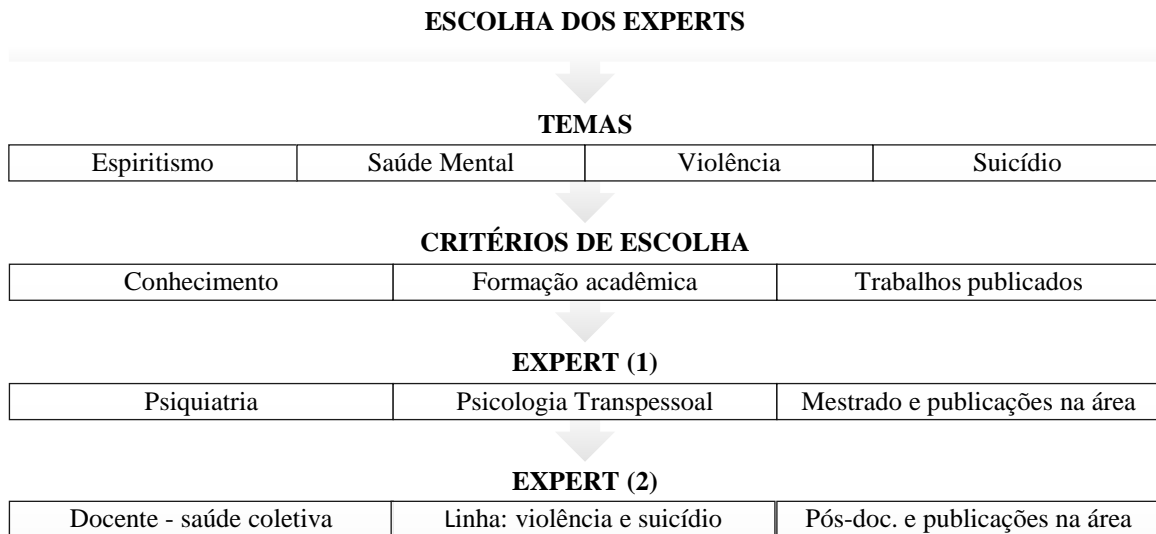
Posteriormente, a etapa de **b) operacionalização** encarregou-se da elaboração dos itens dos três blocos, gerando a 1ª versão do instrumento. Cada item dos três blocos foi construído individualmente. Em relação aos dados sociodemográficos (BLOCO A), foram utilizados parâmetros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Por sua vez, o BLOCO B foi dividido em cinco seções: estado psíquico, assistência psiquiátrica atual, assistência psiquiátrica prévia, assistência psicoterápica atual e assistência psicoterápica prévia. O BLOCO C do FENE, Envolvimento Espírita, foi construído de acordo com a experiência de campo dos pesquisadores sobre a doutrina espírita e o funcionamento das casas espíritas, bem como as orientações da Federação Espírita Brasileira (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2006). O BLOCO C foi dividido em: identificação com a doutrina espírita, relação com a casa espírita prévia e atual, práticas espirituais, crenças espirituais e outras questões relacionadas ao envolvimento espírita.

6.2.2.2 Validação do FENE por experts

Na última etapa da construção do instrumento, a **c) análise teórico-semântica**, cada item foi analisado de forma mais minuciosa para verificar se mede exatamente o que se propõe a medir. Para tanto, a 1ª versão do instrumento, feita somente pelos pesquisadores, foi submetida à análise de experts, gerando a 2ª versão. Como não há consenso na literatura quanto ao número de experts (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; PASQUALI, 2016), para avaliação de conteúdo foram consultados 02 experts, escolhidos por amostragem não probabilística por conveniência, por meio de análise do *Currículo Lattes*. Foi realizada uma varredura na plataforma lattes em busca de pesquisadores, doutores e demais, por meio dos temas: “espiritismo”, “saúde mental” “violência” e “suicídio”. Os resultados encontrados foram avaliados individualmente, tendo sido analisado o envolvimento com os temas, a formação acadêmica e as publicações realizadas.

O primeiro expert escolhido trata-se de médico psiquiatra, com pós-graduação em psicologia transpessoal, com mestrado e publicações acerca da temática da relação dos transtornos psiquiátricos com a espiritualidade. O segundo expert corresponde a um docente da área da saúde coletiva, com pós-doutorado, cuja linha de pesquisa é a violência, com larga produção acadêmica acerca do suicídio (FIGURA 10).

Figura 11 - Escolha dos Experts.



Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

6.2.2.3 Avaliação do FENE pelo público alvo (teste-piloto)

Após a avaliação e mudanças do FENE pós-experts (versão 2) e a aprovação do Comitê de Ética (CEP), deu-se início ao teste-piloto, última etapa da construção do FENE e primeira etapa da coleta de dados. A 2ª versão do FENE foi adaptada e digitalizada para o software *SurveyMonkey*®, permitindo acesso digital ao teste.

Foram selecionados e convidados intencionalmente 50 pessoas, entre espíritas e não espíritas, com predominância para indivíduos espíritas por estes representarem o público-alvo. Objetivou-se o número mínimo de 30 respostas completas, de acordo com o referencial metodológico adotado, o qual recomenda um mínimo de 30 juízes para a avaliação semântica sem a necessidade de cálculo amostral relacionado às inferências estatísticas (MCGILTON, 2003).

Os convites aos possíveis participantes foram enviados por via digital pelo WhatsApp, contendo as informações referentes à participação na pesquisa. Após aceito o

convite, foi enviado um link do *SurveyMonkey*® contendo, em sequência, o TCLE e a 2ª versão do FENE adaptada ao teste.

A adaptação do FENE para o teste-piloto diferiu do original pelas perguntas da avaliação, presente ao final de cada BLOCO e no final do formulário para uma avaliação geral do instrumento. Os juízes analisaram “Clareza e Objetividade”, “Compreensão”, “Relevância” e “Aparência Gráfica” através de uma escala objetiva do tipo *likert* com opções de um (ruim) a cinco (excelente) para cada critério, como também foi oferecido um espaço para justificativa (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; PASQUALI, 2016) (TABELA 2).

Tabela 2 – Perguntas de análise para os juízes do teste-piloto (FENE).

TESTE-PILOTO – Perguntas de análise para os juízes	Escala				
	Ruim	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente
Agora, pense em todas as perguntas acima do BLOCO (A, B, C ou geral). COMO VOCÊ AS ACHOU?					
Como achei o nível de CLAREZA e OBJETIVIDADE das perguntas? (se as perguntas são claras e objetivas no que buscam saber) Justificativa (se quiser)	1	2	3	4	5
Como achei o nível de COMPREENSÃO das perguntas? (se as perguntas são fáceis de compreender) Justificativa (se quiser)	1	2	3	4	5
Como achei o nível de RELEVÂNCIA das perguntas? (se as perguntas são importantes para o que se pretende saber) Justificativa (se quiser)	1	2	3	4	5
Como achei o nível de APARÊNCIA GRÁFICA das perguntas? (se o aspecto do texto das perguntas está adequado) Justificativa (se quiser)	1	2	3	4	5

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Após a avaliação objetiva do teste-piloto, foi feita uma pergunta aberta e não obrigatória para os juízes, com o seguinte enunciado: “**Aqui, acrescente comentários sobre o BLOCO (A, B, C ou geral) se quiser**”. O objetivo deste espaço foi ampliar a possibilidade de que cada juiz pudesse apresentar uma opinião mais argumentativa e específica, caso assim desejasse. Após a análise dos resultados do teste pelos pesquisadores, foram realizadas modificações julgadas pertinentes, gerando a 3ª e última versão do instrumento, o que permitiu o avanço para a coleta geral dos dados.

6.2.3 População, amostra e amostragem

A coleta dos dados da pesquisa – FENE, DASS-21 e EMTAS, foi realizada na população do estado do Ceará de 01 de março de 2021 a 28 de fevereiro de 2022, com duração

total de um ano. A amostra se constituiu de indivíduos com diferentes níveis de afinidade ou simpatia pelo espiritismo, desde os autodeclarados espíritas até os que declararam nenhum grau de envolvimento.

Embora seja sabido o número de espíritas na população brasileira, 2% do total (IBGE, 2010), a amostra de pessoas com envolvimento espírita é desconhecida, assim como a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMCs) e ideação suicida nesta população. Dessa forma, por se desconhecer a prevalência do desfecho (ideação suicida), foi suposta a prevalência de 50% e o tamanho da amostra foi calculada para um alfa de 5% com um poder de 95%, perfazendo um total de 350 indivíduos. Ao considerar um pressuposto de uma perda de 10%, o tamanho amostral mínimo pretendido foi de 385 pessoas, entre espíritas e não espíritas.

Foi utilizado o modelo de amostragem não probabilística do tipo “bola de neve”, ou *snowball*, que permite encontrar amostras com características raras em grandes populações, com recrutamento por meio dos próprios participantes (BERG, 2004). A via digital para a coleta foi escolhida diante dos impedimentos da restrição social como medida de saúde pública para o Covid-19 (CHU et al., 2020), o que acabou fechando temporariamente ambientes comunitários e sociais (BOTH et al., 2021), e impediu a abordagem presencial a espíritas e frequentadores de casas espíritas. Como vantagem, a coleta de dados digital possibilita encontrar amostras em uma extensa rede comunitária (GRANOVETTER, 1976) e, por isso, a coleta digital tem se tornado progressivamente um instrumento de pesquisa dominante; porém, como desvantagem, aumenta a possibilidade de viés amostral (GRANDCOLAS; RETTIE; MARUSENKO, 2003).

Ao se tornar digital, a coleta dos dados gerou a necessidade de se criar um filtro para providenciar uma amostra não probabilística com inclinação espírita e disponibilidade para repasse do link da pesquisa a outros possíveis participantes (*snowball*). Para tanto, foram incluídas três perguntas de triagem não excludentes, antes do TCLE e dos blocos, como forma de pré-selecionar os possíveis participantes:

1. Você se considera / declara ESPÍRITA ou possui algum interesse, curiosidade ou “SIMPATIA” PELO ESPIRITISMO (pense o espiritismo de Allan Kardec)?
2. Você costuma ter contato com pessoas espíritas ou simpatizantes do espiritismo, seja pessoalmente, por telefone, WhatsApp ou outro meio digital, nos últimos 30 dias? (pense o espiritismo de Allan Kardec)
3. Após responder esse questionário, você poderia encaminhar o link para essas pessoas espíritas e simpatizantes do espiritismo que você conhece?

A primeira pergunta tratou da identificação com o espiritismo, sendo considerado qualquer nível de aproximação e/ou afinidade como válido e, para isso, foi utilizado o termo “simpatia”. A segunda pergunta intenciona saber sobre o contato com espíritas por diferentes meios, e a terceira, sobre a disponibilidade para encaminhar a pesquisa para estes contatos. Nenhuma das três perguntas era excludente à pesquisa, de forma que foram coletados dados de participantes que não possuíam qualquer simpatia pelo espiritismo e participantes sem contato com espíritas ou que não se dispuseram a retransmitir a pesquisa.

No modelo *snowball*, os próprios participantes da pesquisa propõem-se ao convite de novos participantes, ajudando no acesso à amostra, no caso, pessoas com NEE. Assim, evitou-se o possível viés de amostra do *snowball*, principalmente na ausência de referências, (SNIJDERS, 1992), superando outros métodos como o de amostragem intencional (VALERIO et al., 2016). Optou-se em reduzir o viés de amostra digital também pelo uso de diferentes plataformas sociais (BETHLEHEM, 2010). Logo, foram escolhidos Instagram, Facebook e WhatsApp devido às suas importâncias e ao uso intensivo da população.

Foram criadas páginas da pesquisa no Instagram e Facebook, abertas ao público em geral e contendo informações sobre a pesquisa e acesso ao link do *SurveyMonkey*®. Por sua vez, o WhatsApp foi utilizado como porta de entrada e maior portal de divulgação da pesquisa. Os pesquisadores enviaram pelo WhatsApp, tanto para indivíduos quanto para grupos, um convite em formato de vídeo (feito pelo pesquisador principal) e links para o Instagram, Facebook e acesso direto para o *SurveyMonkey*® de forma a criar células de difusão digital da pesquisa, segundo o modelo *snowball* (BERG, 2004).

No link do *SurveyMonkey*®, foi hospedado o material relativo à pesquisa – perguntas iniciais, TCLE, FENE, DASS-21 e EMTAS. Respondentes incompletos, que não concluíram todo o material, foram considerados para análise. Critérios de exclusão: indivíduos não habitantes do estado do Ceará e menores de 18 anos.

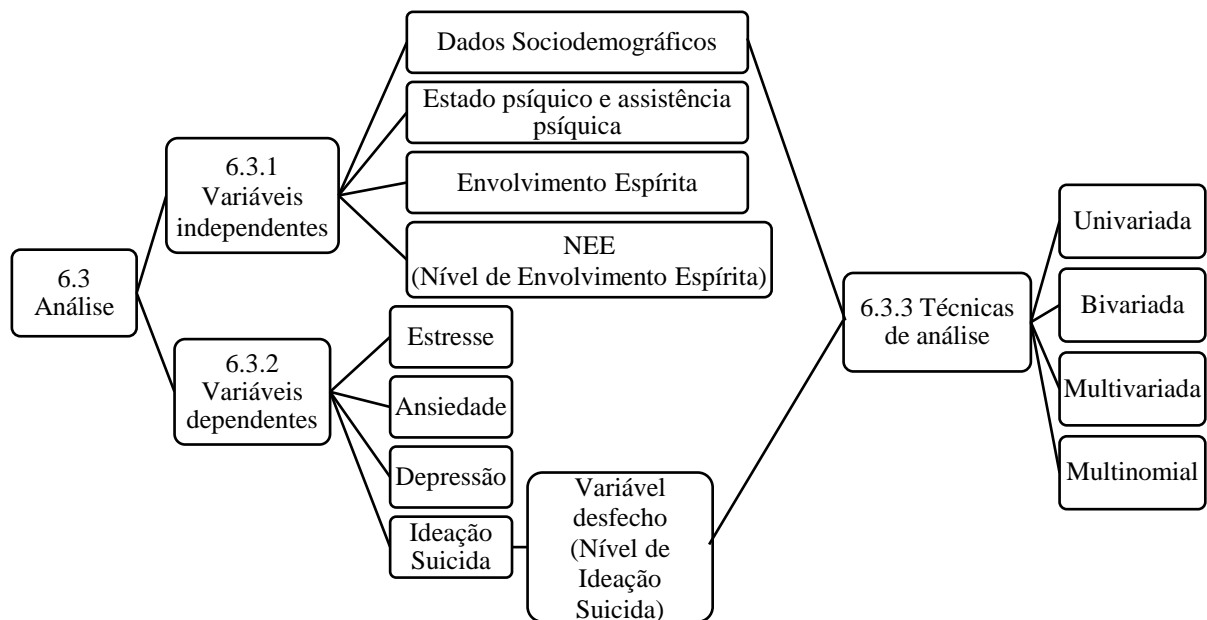
6.3 Análise

Foi feito o download do banco de dados do *SurveyMonkey*®, em formato *Excel*® *for Windows* 2013. Em sequência, os dados da variável independente (FENE) e da variável desfecho (DASS-21 e EMTAS) foram exportados para software SPSS® versão 20.0 (SPSS, Inc, USA), onde foram analisados de forma descritiva e analítica.

A análise ocorreu em duas etapas: (6.3.1) análise das variáveis independentes, todas provenientes do FENE – Dados sociodemográficos, estado psíquico e assistência psíquica,

envolvimento espírita e NEE, (6.3.2) análise das variáveis dependentes – Grau de Estresse, Grau de Ansiedade, Grau de Depressão e Índice Geral de Risco Suicida (IGRS); e da variável desfecho – Nível de Ideação Suicida. Foram utilizadas quatro (6.3.3) técnicas de análise: univariada, para caracterização dos dados brutos da amostra; bivariada, para os fatores associados ao estresse, ansiedade, depressão e ideação suicida; regressão logística multivariada, para o Nível de Ideação Suicida; e regressão logística multivariada ajustada para o modelo de regressão logística multinomial (ou multinomial) dos fatores influentes no Nível de Ideação Suicida da análise multivariada (FIGURA 11).

Figura 12 - Análise dos dados.



Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

6.3.1 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram compostas pelos elementos do FENE – Dados Sociodemográficos (BLOCO A), Estado Psíquico e Assistência Psíquica (BLOCO B), Envolvimento Espírita (BLOCO C) e, derivado desse último, o Nível de Envolvimento Espírita (NEE). Os três blocos do FENE foram analisados com seus valores absolutos. O NEE foi desenvolvido pela análise e estratificação do BLOCO C. Para tanto, as perguntas foram classificadas e receberam diferentes pesos de acordo com sua importância: “Associada” peso zero, “Específica e/ou relevante”, peso um, e “Muito específica e/ou relevante”, peso dois. As

perguntas consideradas associadas foram excluídas do cálculo do escore do NEE, por isso peso zero.

Para as perguntas de peso um e dois, as respostas foram classificadas conforme o grau de importância em “Ausente”, “Mínimo”, “Moderado” e “Máximo”. Excluindo a classificação “Ausente”, os valores atribuídos para as demais classificações foram redivididos em mínimo ou máximo como forma de aumentar a estratificação para perguntas que ofereciam grande quantidade de opções de resposta. Assim, a pontuação nas perguntas de peso um para o cálculo do NEE foi dividida em: “Ausente” – valor (0); “Mínimo” – valor (1) se mínimo ou (2) se máximo; “Moderado” – valor (3) se mínimo ou (4) se máximo; e “Máximo” - valor (5) se mínimo ou (6) se máximo. Enquanto, para as perguntas de peso dois, foi atribuído o valor dobrado: Ausente” – valor (0); “Mínimo” – valor (2) se mínimo ou (4) se máximo; “Moderado” – valor (6) se mínimo ou (8) se máximo; e “Máximo” - valor (10) se mínimo ou (12) se máximo (TABELA 3).

Tabela 3 - Estratificação de pesos e valores para elaboração do Nível de Envolvimento Espírita.

NÍVEL DE ENVOLVIMENTO ESPÍRITA (NEE)				
Perguntas		Respostas		
Classificação	Peso	Classificação	Pontuação (valor)	
			Mín	Máx
Associada	0	(Excluída)		
Específica/relevante	1	Ausente	0	0
		Mínimo	1	2
		Moderado	3	4
		Máximo	5	6
Muito específica/relevante	2	Ausente	0	0
		Mínimo	2	4
		Moderado	6	8
		Máximo	10	12

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Ao final, o cálculo que definiu o NEE foi providenciado por meio da soma dos pesos das respostas dos participantes, chegando a um escore através da fórmula $Y = X / [(máximo X) - (mínimo X)]$, em que Y representa um valor percentual e X a pontuação obtida pelo participante. Essa fórmula será calculada conforme dois parâmetros: antes da pandemia e durante a pandemia. O percentual, variando de zero a 100%, foi dividido em cinco níveis para a caracterização da amostra: Muito baixo (0 a 20%); Baixo (20 a 40%); Regular (40 a 60%); Alto (60 a 80%); e Muito alto (80 a 100%) (QUADRO 2). Para a análise bivariada, foram estabelecidos quatro níveis de NEE: Muito baixo, Baixo, Regular, Alto/muito alto. Enquanto,

para as análises multivariada e multinomial, dois níveis foram estabelecidos: Muito baixo/baixo e Regular/alto/muito alto.

Quadro 2 - Cálculo do escore do Nível de Envolvimento Espírita.

ESCORE - NÍVEL DE ENVOLVIMENTO ESPÍRITA (NEE)		
FÓRMULA: $Y = X / [(máximo X) - (mínimo X)]$	ESCORE	CLASSIFICAÇÃO
Y – Valor percentual do NEE	Y = 0,00 - 0,20	Muito baixo
X – Pontuação obtida pelo participante	Y = 0,21 - 0,40	Baixo
Parâmetros:	Y = 0,41 - 0,60	Regular
Y (antes da pandemia)	Y = 0,61 - 0,80	Alto
Y (durante a pandemia)	Y = 0,81 - 1,00	Muito alto

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

6.3.2 Variáveis dependentes e desfecho

As variáveis dependentes foram o Grau de Estresse, Grau de Ansiedade, Grau de Depressão e Índice Geral do Risco de Suicídio (IGRS), provenientes da DASS-21 e da EMTAS. A variável desfecho foi o Nível de Ideação Suicida, proveniente do IGRS.

A DASS-21 apresenta três dimensões, cada uma contando com sete questões: estresse – questões 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18; ansiedade – questões 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20; e depressão – questões 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21. Para cada questão, é dada quatro opções de resposta variando de zero a três: nunca (0), às vezes (1), frequentemente (2) e quase sempre (3). A soma dos escores é calculada somando os escores dos itens por (sub)escala e multiplicando-os por dois, para corresponder à escala original. Portanto, a soma das pontuações para cada uma das subescalas podem variar entre zero e 42. Cada dimensão possui diferentes pontos de corte, de acordo com o valor do percentil e do escore médio definido pelo autor original (LOVIBOND; LOVIBOND, 1995) (TABELA 4).

Tabela 4 - Pontos de corte para análise da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), proposto por Lovibond e Lovibond (1995).

Classificação	Z Escore	Percentil	Escore Médio	Pontuação*		
				Estresse	Ansiedade	Depressão
Normal	< 0,5	< P78	< 2,34	0-10	0-6	0-9
Leve	0,5-1,0	P78 — P87	2,34 — 2,61	11-18	7-9	10-12
Moderado	1,0-2,0	P87 — P95	2,61 — 2,85	19-26	10-14	13-20
Severo	2,0-3,0	P95 — P98	2,85 — 2,94	27-34	15-19	21-27

Extremamente Severo > 3,0 ≥ P98 ≥ 2,94 35-42 20-42 28-42

Fonte: (LOVIBOND; LOVIBOND, 1995).

Legenda: *valor multiplicado por 2.

Com a alimentação no software dos pontos de corte da DASS-21, foi providenciada uma medida bruta dos Graus de Estresse, Grau de Ansiedade e Grau de Depressão, cada qual com cinco categorias (normal, leve, moderado, severo, extremamente severo), para caracterização da amostra. Para análise bivariada dos fatores associados, as medidas brutas foram recategorizadas em Nível de Estresse, Nível de Ansiedade e Nível de Depressão, divididos em três categorias (leve, moderado, grave) pela exclusão da categoria normal e soma das categorias “severo” e “extremamente severo”, gerando a categoria “grave”.

Na elaboração do Índice Geral do Risco de Suicídio (IGRS), proveniente da EMTAS, foram consideradas os quatro fatores investigados pela escala: repulsão pela morte, repulsão pela vida, atração pela vida e atração pela morte. Cada fator engloba cinco perguntas, cada uma com cinco opções de resposta com pontuação gradativa: discordo plenamente (1); discordo (2); nem discordo, nem concordo (3); concordo (4); e concordo totalmente (5). Para obter o IGRS, foram desenvolvidos 03 passos (QUADRO 3):

- Passo 1) Cálculo das diferenças entre a atração e a repulsão relacionado à vida e à morte, gerando dois novos indicadores (subíndices) de atração: I-V (atração pela vida - repulsão pela vida) e I-M (atração pela morte - repulsão pela morte).
- Passo 2) Padronização dos subíndices, de forma a obter para cada indicador valores entre zero e um, sendo esse último o nível máximo de atração, tanto pela vida (I-V padronizado) como pela morte (I-M padronizado).
- Passo 3) Subtração dos I-M padronizados pelos I-V padronizados, gerando um indicador geral (IGRS) com valor mínimo de risco de suicídio (0) e valor máximo de risco de suicídio (1).

Em seguida, o IGRS foi categorizado para análise dos dados brutos da seguinte forma: 0,00 – 0,25 = Baixo risco; 0,26 – 5,00 = Risco regular; 0,51 – 0,75 = Risco alto; 0,76 – 1,00 = Risco muito alto. Para as demais análises, o IGRS foi redimensionado em níveis: Baixo risco = Leve; Risco regular = Moderado; e Risco alto somado à Risco muito alto = Grave.

Quadro 3 - Cálculo do Índice Geral do Risco de Suicídio (IGRS).

ÍNDICE GERAL DO RISCO DE SUICÍDIO (IGRS)				
Fatores	Passo 1 (Subíndices - atração)	Passo 2 (Padronização)	Passo 3 (Subtração)	Categorias IGRS

Atração - vida	I-V (atração vida - repulsão vida)	I-V padronizado	(I-M padronizado) - (I-V padronizado) = IGRS	0,00 – 0,25	Baixo risco
Repulsão - vida				0,26 – 5,00	Risco regular
Atração - morte	I-M (atração morte - repulsão morte)	I-M padronizado	=	0,51 – 0,75	Risco alto
Repulsão - morte				0,76 – 1,00	Risco muito alto

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

6.3.3 Técnicas de análises

Para a análise dos dados da pesquisa, foram selecionadas quatro técnicas: (1) univariada, (2) bivariada, (3) regressão logística multivariada e (4) regressão logística multivariada ajustada para o modelo de regressão multinomial, ou simplesmente multinomial. O objetivo foi apurar os resultados obtidos da correlação entre as variáveis independentes, contando com o NEE, com as variáveis dependentes e com a variável desfecho (ideação suicida); seguindo da medida de prevalência para a razão de chances (CAMPOS et al., 2009) (QUADRO 4).

Quadro 4 - Lista do modelo de análise das categorias das variáveis dependentes e independentes de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza-CE, 2023.

VARIÁVEIS	INDEPENDENTES		DEPENDENTES	
	FENE*	Nível de Envolvimento Espírita (NEE)	Estresse / Ansiedade / Depressão	Ideação Suicida (desfecho)
ANÁLISES	-	Muito baixo	Normal	Baixo
Univariada		Baixo	Leve	Regular
		Regular	Moderado	Alto
		Alto	Severo	Muito alto
		Muito alto	Extremamente severo	(IGRS)
Bivariada (p < 0,05)	-	Muito baixo	Leve	Leve
		Baixo	Moderado	Moderado
		Regular	Grave	Grave
		Alto/muito alto		
Multivariada (p < 0,30)	-	Muito baixo/baixo	-	(Em relação ao nível leve)
		Regular/alto/muito alto		Moderado
				Grave
Multinomial (p < 0,05)	-	Muito baixo/baixo	-	(Em relação ao nível leve)
		Regular/alto/muito alto		Moderado
				Grave

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Legenda: * As variáveis do FENE (Formulário de Envolvimento Espírita) não sofreram modificação nas diferentes análises

Em um primeiro momento, realizou-se a análise univariada, estabelecendo a caracterização da amostra em relação à prevalência de cada variável: Dados

Sociodemográficos, Estado Psíquico e Assistência Psíquica, Envolvimento Espírita e o NEE. Além destes, também foi feita a medida bruta do Grau de Estresse, Grau de Ansiedade e Grau de Depressão, categorizados em: normal, leve, moderado, severo e extremamente severo; e o IGRS, categorizado em baixo, regular, alto e muito alto.

Em seguida, foi realizada a análise bivariada dos fatores associados, com significância estatística em $p < 0,05$, da correlação das variáveis do FENE, mais NEE, com as variáveis Nível de Estresse, Nível de Ansiedade, Nível de Depressão e Nível de Ideação Suicida. Para tanto, o NEE foi reclassificado em nível: muito baixo, baixo, regular e alto/muito alto, ou seja, as duas últimas categorias foram somadas. Para apurar a análise, os graus das variáveis dependentes foram reclassificados em níveis: o grau normal foi excluído da análise, manteve-se o grau leve e moderado e o grau severo e extremamente severo foram unificados em nível grave. Para o IGRS, o índice baixo deu origem ao nível leve, o índice regular gerou o nível moderado, enquanto os índices alto e muito alto foram unificados no nível grave.

Posteriormente, foi realizada a análise de regressão multivariada, com $p < 0,30$, para os diferentes níveis de ideação suicida em relação às variáveis independentes, mais NEE. Para tanto, o NEE foi redividido em apenas 2 categorias – (1) muito baixo/baixo e (2) regular/alto/muito alto, e o Nível de Ideação Suicida manteve-se 3 categorias: (1) leve, (2) moderado e (3) grave, sendo que o nível de ideação suicida moderado e grave foram calculados em relação ao nível leve. Em sequência, foi realizada uma regressão multivariada ajustada para o modelo multinomial, com $p < 0,05$, dos fatores significativos da análise multivariada de cada secção individualmente: Dados Sociodemográficos, Estado Psíquico, Assistência Psíquica, Envolvimento Espírita e NEE. Por fim, os resultados significativos desta análise foram analisados em conjunto, ou seja, foi realizada uma análise multinomial de todos os fatores influentes no nível de Ideação Suicida.

6.4 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu às exigências contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), relativa à ética em pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, com o parecer de número: 2.237.838.

Todas as sugestões de alteração ou adaptações apontadas pelo CEP foram atendidas como forma de legitimar a obediência aos aspectos da ética em pesquisa e o respeito aos direitos humanos. Somente foi dado início à parte prática da pesquisa, a qual envolve a abordagem dos

indivíduos da amostra e a coleta dos dados, após autorização do CEP mediante número protocolar. Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e sua importância, sendo garantida a confidencialidade, o anonimato e o emprego das informações somente para fins previstos na pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) foi elaborado sob o molde das exigências do CEP e, disponibilizou as informações para participação na pesquisa e o contato dos pesquisadores, em caso da necessidade de maiores esclarecimentos.

A participação foi de caráter voluntário, portanto não houve compensação financeira. Os possíveis riscos relacionados à pesquisa foram: constrangimento por envolver questionamento de sensações produzidas, bem como a não adaptação aos equipamentos digitais. No entanto, esses riscos foram minimizados por meio da garantia ao participante de retirada do consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem penalidades ou prejuízo.

7 RESULTADOS

Os resultados foram divididos em duas partes: (7.1) Desenvolvimento, validação e avaliação do FENE, componente metodológico da pesquisa, e (7.2) Estudo seccional de campo, componente exploratório, descritivo e analítico.

7.1 Desenvolvimento, validação e avaliação do FENE

A construção do Formulário de Envolvimento Espírita (FENE) constituiu parte importante da pesquisa, vindo da inexistência de algo semelhante na ciência, daí seu ineditismo. Para mensurar a crença e a prática espírita, foi realizada ampla revisão de literatura, buscando alguma escala que contivesse os itens referentes à essa medição. As palavras-chave que trouxeram retorno mais consistente foram: (1) “escala”, (2) “espiritualidade”, e (3) “religiosidade”, utilizadas em conjunto. A palavra-chave: “espiritismo” foi identificada como um descritor válido, mas não foram encontradas pesquisas quando associada à palavra-chave (1) escala. Foram localizados 14 artigos no PUBMED, 92 artigos no SCIELO e 43 artigos na BVS. Foram selecionados aqueles mais relevantes para a pesquisa a partir da leitura do título e do resumo.

Dentro das opções disponíveis de escalas (LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013), o perfil mais próximo do almejado, embora ainda distante, foram: Escala de Religiosidade da DUKE – DUREL (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008a); a Escala de Religiosidade Intrínseca – IRI (TAUNAY et al., 2012); a Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade – BMMRS-p (CURCIO, 2013; MIARELI, 2011); a Escala de Copping Religioso-Espiritual – CRE (PANZINI; BANDEIRA, 2005, 2007); O Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais - WHOQOL-SRPB (PANZINI et al., 2011); a Escala de Bem-estar Espiritual – EBE (MARQUES; SARRIERA; DELL’AGLIO, 2009); a FACIT-Sp 12 (Functional Assessment of Chronic Illnes Therapy – Spiritual Well-Being) (LUCCHETTI et al., 2015b); e, mais recentemente, a Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade – ARES (BRAGHETTA et al., 2021) (QUADRO 5).

Quadro 5 - Escalas sobre saúde e espiritualidade identificadas. Fortaleza/CE, 2023. (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2015 - adaptado).

ESCALA	ANO	PAÍS	AUTOR	DIMENSÕES	ITEM	MEDIÇÃO	PONTUAÇÃO	AVALIAÇÃO BRASIL
Escala de Religiosidade da DUKE – DUREL	2001	EUA	Koenig et al.	03 dimensões de religiosidade: 1) Organizacional; 2) Não organizacional; 3) Intrínseca	15	Likert - 05 a 06 opções	03 domínios analisados separadamente com 05/dimensão	Universitários (n = 323) e pacientes psiquiátricos (n = 102)
Escala de Religiosidade Intrínseca – IRI	2012	EUA	Taunay et al.	01 dimensão de religiosidade intrínseca	10	Likert - 50 pontos	01 domínio com 10	Universitários (n = 323) e pacientes psiquiátricos (n = 102)
Escala de Copping Religioso-Espiritual – CRE	2005	EUA	Panzini, Bandeira	01 dimensão de coping religioso espiritual positivo	87	Likert - 05 pontos	01 dimensão com 87, com 66 questões positivas e 21 negativas	Teste piloto da adaptação (n= 50) e adultos (n=616)
Escala de Bem-estar Espiritual – EBE	2009	EUA	Marques et al.	02 subescalas, com 10 itens cada: bem-estar religioso (BER) e bem-estar existencial (BEE)	20	Likert - questões com conotação positiva e negativa	Escore total - 20 a 120 pontos	Indivíduos de 16 a 78 (n=506)
Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade – ARES	2017	BRA	Braghetta	01 dimensão de atitudes relacionadas à espiritualidade	11	Likert - 05 pontos	Escore total - 5 a 55 pontos	Estudantes de medicina (n=85) e população de religiosos (n=85),
FACIT-Sp 12	2015	EUA	Lucchetti et al.	03 subdimensões de bem-estar espiritual	12	Likert - 0 5 pontos	Escore total - 0 a 60 pontos	Pacientes psiquiátricos (n=579), 85,1% fizeram teste e reteste
Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade – BMMRS-p	2015	EUA	Curcio et al.	11 dimensões: experiências espirituais; valores/crenças; perdão; práticas religiosas; superação religiosa; apoio religioso; histórico religioso; comprometimento;	38	Likert (1 a 8, ou 1 a 6)	11 domínios analisados separadamente ou em interação	Pacientes internados (n=262) e seus cuidadores (n=389)

				religiosidade organizacional; preferências religiosas; autoavaliação global de R/E				
WHOQOL – Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais - WHOQOL-SRPB	2011	OMS	Panzini et al.	08 subdimensões relacionadas à espiritualidade, religião e crenças pessoais; saúde e qualidade de vida	32	<i>Likert</i> - 05 pontos	Escore total - 4 a 20	Pacientes e funcionários de hospital universitário e da universidade (n=404)

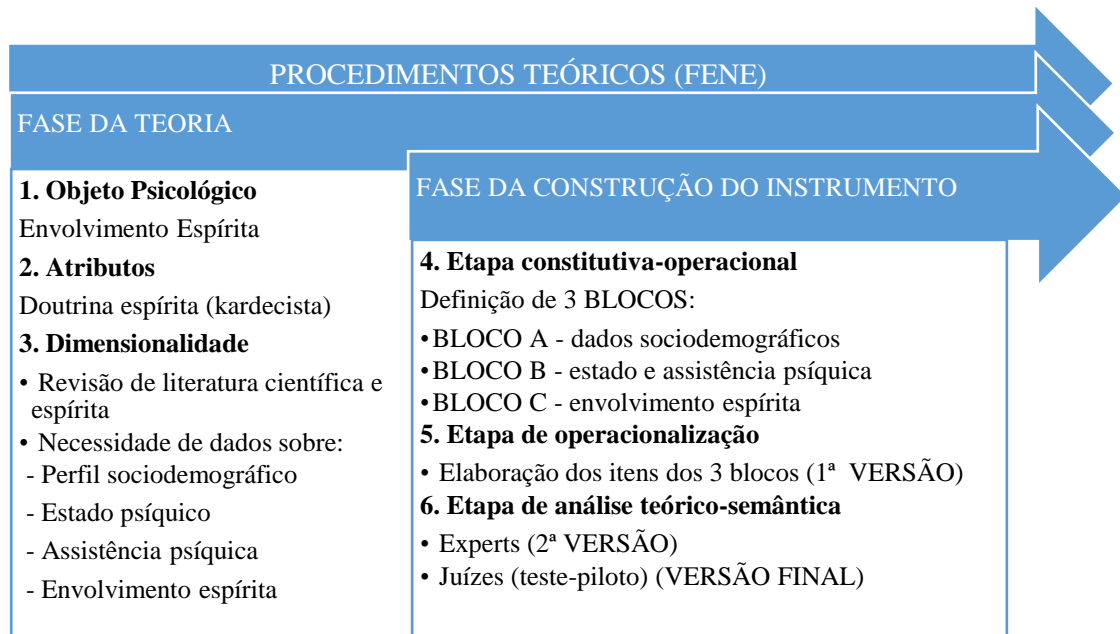
Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Todas as escalas mencionadas não serviram como variável desfecho para a pesquisa, uma vez que não possuem especificidade sobre a crença e prática espírita, tampouco tratam das questões associadas à assistência psíquica. As escalas apresentaram itens referentes aos conceitos de religiosidade e espiritualidade, com questões mais abertas, sem aprofundamento ou especificação do que é necessário para esta pesquisa.

Dentro das escalas encontradas, a que se aproximou mais do que era pretendido foi o Índice de Compromisso Religioso – ICR (SANTOS et al., 2012), que apresenta itens relacionados às crenças católicas, evangélicas e espíritas, providenciando questionamentos sobre cada uma dessas religiões e estabelecendo um índice de comprometimento com as religiões mencionadas. Apesar de se tratar de um instrumento que coleta dados que trata da doutrina espírita, ainda se mostrou superficial e inespecífico para explorar com profundidade este tema. Tal constatação levou à necessidade da construção de um instrumento próprio, por conseguinte, uma nova revisão de literatura precisou ser realizada.

Todas as etapas da construção de um instrumento psicológico são procedimentos teóricos, mas podem ser divididos em duas fases distintas: fase da teoria e fase da construção do instrumento (PASQUALI, 2016) (FIGURA 13).

Figura 13 - Passo a passo da construção do FENE. (PASQUALI, 2016 - adaptado).



Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Na fase da teoria, foi definido o (1) objeto psicológico: Nível de Envolvimento Espírita. Tal objeto está relacionado à necessidade desse parâmetro como principal variável

independente da pesquisa. O (2) atributo referente a esse processo de criação foi definido como o espiritismo de base kardecista, não sendo incluídas outras religiões espiritualistas. Dessa forma, considerou-se as diretrizes da Federação Espírita Brasileira (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2006, 2017).

Na etapa teórica da (3) dimensionalidade, foram definidas as seguintes dimensões: dados sociodemográficos, dados sobre o estado psíquico e a assistência psíquica e questões relacionadas ao envolvimento espírita. Estas dimensões foram estabelecidas pela revisão da literatura espírita com cunho psicológico, presente nas obras de Kardec (KARDEC, 2007, 2008b, 2008a, 2013), e nas de autores diversos (ÂNGELIS; FRANCO, 2010; BALDUINO, 1995; DELANNE, 2009; FRANCO; MIRANDA, 2010; MENEZES, 2010), o que corroborou a atratividade da doutrina espírita para pessoas em sofrimento psíquico e o espiritismo como uma “religião de demanda psicológica” (DALGALARRONDO, 2007a). Assim, percebeu-se a necessidade de ter dados sobre o estado psíquico e a assistência psíquica dos participantes pela possibilidade de que essa amostra não seja aleatória do ponto de vista do adoecimento psíquico.

Na fase da construção do instrumento, a (4) etapa constitutiva-operacional, foi definida a organização dos itens em três blocos: Dados Sociodemográficos (BLOCO A), Estado Psíquico e Assistência Psíquica (BLOCO B) e Envolvimento Espírita (BLOCO C). Após a divisão dos BLOCOS, foram realizadas três reuniões presenciais entre os pesquisadores para a definição dos seguintes parâmetros dos itens do instrumento: 1) questões *self-report* – autorresposta, sem a intervenção do pesquisador; 2) questões do tipo *likert*, com número de opções de respostas variadas dependendo da questão e, 3) perguntas simples – de fácil compreensão.

Em sequência, a (5) etapa de operacionalização norteou a elaboração dos itens de cada bloco, permitindo a geração de uma 1ª versão que foi posteriormente submetida a (6) etapa de análise teórico-semântica.

7.1.1 FENE: 1ª versão – desenvolvimento pelos pesquisadores

Na 1ª versão do FENE, o BLOCO A foi baseado no questionário do IBGE, tendo sido elaboradas 16 perguntas. O BLOCO B se dividiu em duas partes: estado psíquico, com oito perguntas baseadas em fatores de risco para adoecimento psíquico e suicídio e, assistência psíquica com 16 perguntas sobre cuidados e tratamentos para a saúde mental. O BLOCO C contou com 23 perguntas, no total com perguntas acerca da crença e prática espírita (FIGURA 14).

Figura 14 - FENE – 1ª versão.

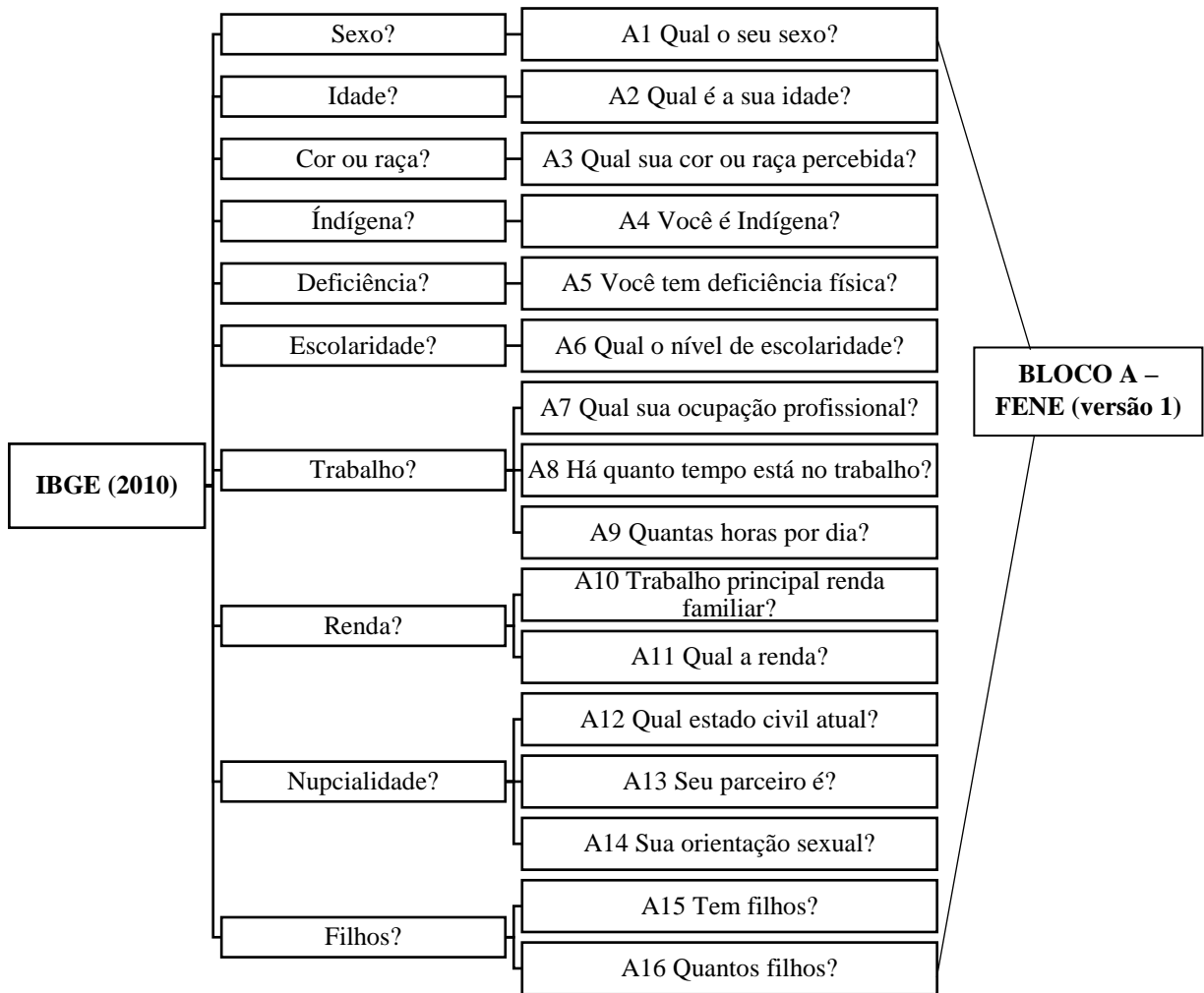
FENE - 1ª VERSÃO			
BLOCO A - Dados Sociodemográficos <ul style="list-style-type: none"> • Sexo (A1) • Idade (A2) • Cor ou raça(A3) • Indígena (A4) • Deficiência (A5) • Escolaridade (A6) • Ocupação (A7) • Tempo de trabalho (A8) • Horas semanais de trabalho (A9) • Trabalho como principal fonte de renda (A10) • Renda familiar (A11) • Estado Civil (A12) • Sexo do parceiro (A13) • Orientação sexual (A14) • Tem Filhos (A14) • Quantos filhos (A16) 	BLOCO B - Estado Psíquico <ul style="list-style-type: none"> • Desemprego (B1) • Doença física (B2) • Doença de pessoa próxima (B3) • Luto (B4) • Crise conjugal (B5) • Uso de drogas (B6) • Outros fatores (B7) • Quais outros fatores (B8) • Estado de saúde emocional em geral (B25) 	BLOCO B - Assistência Psíquica <ul style="list-style-type: none"> • Assistência psiquiátrica atual <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento psiquiátrico (B09) • Transtorno psiquiátrico (B10) • Qual transtorno (B11) • Medicação psiquiátrica (B12) • Tipo de Medicação (B13) • Tempo de Medicação(B14) • Assistência psiquiátrica prévia <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento psiquiátrico (B15) • Transtorno psiquiátrico (B16) • Qual transtorno (B17) • Medicação psiquiátrica (B18) • Tipo de Medicação (B19) • Tempo de Medicação(B20) • Acompanhamento psicoterápico atual <ul style="list-style-type: none"> • Em psicoterapia (B21) • Quanto tempo (B22) • Acompanhamento psicoterápico prévio <ul style="list-style-type: none"> • Em psicoterapia (B23) • Quanto tempo (B24) 	BLOCO C - Envolvimento Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Identificação religiosa <ul style="list-style-type: none"> • Crença religiosa prioritária (C1) • Motivo de buscar o espiritismo (C2) • Aspecto espírita de maior interesse (C3) • Tempo como espírita (C4) • Relação com a casa espírita <ul style="list-style-type: none"> • Frequência (C5) • Atividades de estudo (C6) • Atividades práticas (C7) • Trabalhador (C8) • Atividade de trabalho (C9) • Práticas espirituais <ul style="list-style-type: none"> • Preces / orações (C10) • Evangelho no lar (C11) • Caridade (C12) • Assistido por mediúncia (C13) • Pediu mediúncia para outros (C14) • Tem mediunidade (C15) • Crenças espirituais <ul style="list-style-type: none"> • Nível de crença espírita (C16) • Nível de influência da crença espírita na saúde emocional (C17) • Influência espírita <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado (C18) • Familiar (C19) • Conjugal (C20) • Vida social (C21) • Trabalho (C22) • Cidadania (C23)

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

7.1.1.1 FENE: 1ª versão – BLOCO A

A construção do BLOCO A do FENE, Dados Sociodemográficos, seguiu como principal modelo o questionário sociodemográfico do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no segmento “características do morador”, com informações sobre: características pessoais, escolaridade, nupcialidade, trabalho e rendimento, deslocamento para o trabalho e fecundidade (FIGURA 15). Esta fonte para os dados sociodemográficos foi similar a outras pesquisas anteriores relacionadas à espiritualidade (MENEZES JR.; ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2012; MOREIRA-ALMEIDA, 2005; PANZINI; BANDEIRA, 2005; TAUNAY et al., 2012).

Figura 15 - FENE – 1ª versão, BLOCO A: Dados Sociodemográficos.



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

No processo de escolha dos dados para compor o BLOCO A, muitas questões do IBGE foram excluídas por não pertencerem ao escopo desta pesquisa, enquanto outras foram alteradas para melhor adaptação. As perguntas selecionadas foram as seguintes: sexo (A1), idade (A2) cor ou raça (A3), indígena (A4), deficiência (A5), escolaridade (A6), trabalho (A7 a A9), renda (A10 e A11), nupcialidade (A12 a A14) e filhos (A15 e A16) (IBGE, 2010).

As questões sobre trabalho (A7, A8, A9) foram mais detalhadas por conta do aumento do adoecimento psíquico ligado ao trabalho excessivo (CANTOR-CRUZ et al., 2021) e ao desemprego (DIMAS; PEREIRA; CANAVARRO, 2013; SCHMIDT; JANUÁRIO; ROTOLI, 2018), assim como os dados sobre renda (A10, A11) foram detalhados em decorrência da baixa condição socioeconômica constituir um fator de risco para a saúde mental (PATRÍCIO et al., 2019), bem como pelas evidências prévias de que a população espírita possa

ter renda acima da média nacional (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010). Nas perguntas referentes à nupcialidade, foram acrescentadas questões sobre a orientação sexual (A14) e o sexo do cônjuge (A15), acrescentadas devido à vulnerabilidade social da população LGBTQIA+ à violência e ao adoecimento psíquico (CERQUEIRA et al., 2019).

7.1.1.2 FENE: 1ª versão – BLOCO B

A 1ª versão do BLOCO B foi organizada com tópicos: Estado Psíquico (B1 a B8); Assistência Psíquica, dividida em assistência psiquiátrica atual (B09 a B14), assistência psiquiátrica prévia (B15 a B20), acompanhamento psicoterápico atual (B21 e B22), acompanhamento psicoterápico prévio (B23 e B24). A última pergunta do BLOCO B se trata do estado de saúde emocional em geral (B25), deixada por último para auxiliar na percepção do respondente (FIGURA 16).

Figura 16 - FENE – 1ª versão, BLOCO B: Estado Psíquico e Assistência Psíquica.

FENE - 1ª VERSÃO - BLOCO B	
<p>Estado Psíquico</p> <ul style="list-style-type: none"> •Desemprego (B1) •Doença física (B2) •Doença de pessoa próxima (B3) •Luto (B4) •Crise conjugal (B5) •Uso de drogas (B6) •Outros fatores (B7) •Quais outros fatores (B8) <p>•Estado de saúde emocional em geral (B25)</p>	<p>Assistência Psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistência Psiquiátrica Atual <ul style="list-style-type: none"> •Acompanhamento psiquiátrico (B09) •Transtorno psiquiátrico (B10) •Qual transtorno (B11) •Medicação psiquiátrica (B12) •Tipo de Medicação (B13) •Tempo de Medicação(B14) • Assistência Psiquiátrica Prévia <ul style="list-style-type: none"> •Acompanhamento psiquiátrico (B15) •Transtorno psiquiátrico (B16) •Qual transtorno (B17) •Medicação psiquiátrica (B18) •Tipo de Medicação (B19) •Tempo de Medicação(B20) • Acompanhamento Psicoterápico Atual <ul style="list-style-type: none"> •Em psicoterapia (B21) •Quanto tempo (B22) • Acompanhamento Psicoterápico Prévio <ul style="list-style-type: none"> •Em psicoterapia (B23) •Quanto tempo (B24)

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

As perguntas referentes ao Estado Psíquico foram inspiradas nos aspectos mais relacionados ao adoecimento emocional e à ideação suicida (FELIX et al., 2018). A primeira pergunta (B1) indagou sobre problemas relacionados ao emprego ou à renda, pauta muito comum relacionada ao adoecimento psíquico (DIMAS; PEREIRA; CANAVARRO, 2013; SCHMIDT; JANUÁRIO; ROTOLI, 2018).

A B2 questionou sobre sofrimento psíquico relacionado a alguma doença física. As doenças físicas principalmente as incapacitantes ou de alta letalidade são causa de adoecimento psíquico, especialmente em idosos (SANTOS et al., 2016, 2019a). A maioria das pessoas que se suicidam durante a internação hospitalar tem doenças crônicas, ou terminais, ou dolorosas, ou, ainda, incapacitantes (BOTEGA, 2012).

A B3 referiu-se ao sofrimento psíquico provocado pelo sofrimento de alguém próximo, seja do campo familiar ou social. Tal questão foi relevante pelo fato de que muitos frequentadores de casas espíritas costumam convidar amigos e parentes que apresentem alguma demanda, embora eles próprios possam estar saudáveis. Esta prática é comum e é incentivada pelas diretrizes de funcionamento das casas espíritas (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2017).

O sofrimento psíquico relacionado ao luto está entre os fatores mais reconhecidos como causas de transtornos psíquicos, como depressão, ansiedade e suicídio (PAZES; NUNES; BARBOSA, 2014), justificando a B4. Além disso, é sabido culturalmente que as casas espíritas representam locais de assistência para pessoas enlutadas (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2006).

A pergunta B5, sofrimento relacionado a conflitos conjugais, e a pergunta B6, sofrimento relacionado a contextos familiares, foram motivadas pela influência das questões relacionais/sociais sobre o estado emocional do indivíduo (FELIX et al., 2018). Dentre as experiências traumáticas que são fatores de risco para o suicídio provocado, destaca-se o término de relacionamento (MORENO; CORDÁS, 2018).

A questão B6 interrogou sobre algum sofrimento provocado por uso/abuso de substâncias psicoativas, como álcool, cigarro, maconha, cocaína, anfetaminas, estimulantes, entre outros. O uso de substâncias psicoativas corresponde a um dos fatores mais associados às comorbidades afetivas (ANDRETTA et al., 2018) e tentativas de suicídio (CANTÃO; BOTTI, 2017).

A questão B7 foi sobre possível outra causa de sofrimento psíquico ativo e B8, a identificação desta causa. Estas questões abrem possibilidades para o relato de possíveis fatores

motivadores de contextos psicossociais não questionados anteriormente. Com essas últimas perguntas, encerram-se as questões sobre o sofrimento psíquico ativo.

As questões seguintes se referem à Assistência Psíquica, justificadas para evitar o viés de amostra pelo fato de o espiritismo corresponder a uma “religião de demanda psicológica” (DALGALARRONDO, 2007a). Esses questionamentos foram construídos de forma intencional e empírica pelos pesquisadores, já que não foram encontrados instrumentos correspondentes na literatura científica.

Na seção Assistência Psiquiátrica Atual, o item B09 indagou sobre algum acompanhamento ativo com médico psiquiatra; o B10, se foi aventado algum diagnóstico pela psiquiatria; o B11, qual diagnóstico; o B12, se há uso de medicação; o B13, qual classe de medicações está sendo usada e, o B14, questionou sobre o tempo de uso dessa(as) medicação(ões). Na seção seguinte, Assistência Psiquiátrica Prévia, os itens foram semelhantes à seção anterior, indagando sobre assistência prévia em relação ao acompanhamento psiquiátrico (B15), diagnóstico (B16 e B17) e uso de medicações (B18 a B20). A inclusão da Assistência Psiquiátrica Prévia, além da atual, permitiu um olhar sobre a cronicidade das questões associadas à saúde mental, tanto do adoecimento, quanto à busca pelo tratamento.

As questões seguintes foram sobre a Assistência Psicoterápica Atual e Assistência Psicoterápica Prévia. A necessidade desses parâmetros segue a mesma linha dos parâmetros psiquiátricos: variáveis relacionadas diretamente ao estado psíquico do voluntário da pesquisa. O item B21 buscou saber a respeito de algum acompanhamento vigente de inclinação psicoterápica; o B22 questionou sobre o tempo desse acompanhamento; os itens B23 e B24 interrogaram sobre acompanhamento psicoterápico prévio e tempo desse acompanhamento, respectivamente.

O item B25, último desse bloco, perguntou sobre a autopercepção da saúde emocional de modo geral. Este item, apesar de ter relação próxima com as perguntas sobre o estado psíquico, ficou mais adequado no final do bloco por representar uma síntese de todas as questões anteriores.

7.1.1.3 FENE: 1ª versão – BLOCO C

As perguntas do BLOCO C, Envolvimento Espírita, foram baseadas na experiência de campo do pesquisador, nas pesquisas realizadas na literatura espírita, nos achados das escalas da literatura (como inspiração para o modo de questionar) e nas atividades oferecidas pelas

casas espíritas, de acordo com as características e demandas espirituais de seus frequentadores (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2006) (FIGURA 17).

Figura 17 - FENE – 1ª versão, BLOCO C: Envolvimento Espírita.

FENE - 1ª VERSÃO - BLOCO C				
Identificação Religiosa <ul style="list-style-type: none"> • Crença religiosa prioritária (C1) • Motivo de buscar o espiritismo (C2) • Aspecto espírita de maior interesse (C3) • Tempo como espírita (C4) 	Relação Com A Casa Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Frequência (C5) • Atividades de estudo (C6) • Atividades práticas (C7) • Trabalhador (C8) • Atividade de trabalho (C9) 	Práticas Espirituais <ul style="list-style-type: none"> • Preces / orações (C10) • Evangelho no lar (C11) • Caridade (C12) • Assistido por mediúnica (C13) • Pediu mediúnica para outros (C14) • Tem mediunidade (C15) 	Crenças Espirituais <ul style="list-style-type: none"> • Nível de crença espírita (C16) • Nível de influência da crença espírita na saúde emocional (C17) 	Influência Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado (C18) • Familiar (C19) • Conjugal (C20) • Vida social (C21) • Trabalho (C22) • Cidadania (C23)

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

A primeira seção de perguntas do Envolvimento Espírita investigou a Identificação Religiosa. A primeira pergunta (C1) foi qual a crença religiosa/espiritual prioritária, ou seja, com qual o participante mais se identifica. O objetivo desse questionamento foi para que o participante respondesse sua inclinação religiosa sem necessariamente se declarar de uma religião específica. Tal necessidade adveio do fato de que a doutrina espírita não se reconhece como uma religião, como afirma Kardec (2013, p. 40): “O Espiritismo é, ao mesmo tempo, uma ciência de observação e uma doutrina filosófica”. Esta percepção do espiritismo primeiro como uma ciência, e não como uma religião, é compartilhada por muitos simpatizantes e frequentadores de casas espíritas que se declaram pertencentes à outra religião. Logo, a pergunta C1 intencionou identificar a inclinação religiosa, que pode ser plural, da escolha religiosa, culturalmente única.

A pergunta C2 tratou do motivo pelo qual o indivíduo procurou a doutrina, desde a opção do espiritismo como religião “*de berço*” (origem familiar), até o interesse científico e filosófico como fator motivador. Importante ressaltar que, entre as respostas oferecidas nesse item, foi incluída a opção: “sofrimento psíquico”, seja pessoal ou de alguém próximo.

A pergunta C3 questionou qual aspecto da doutrina desperta maior interesse - científico, filosófico ou religioso, tentando compreender qual é o maior fator de identificação do respondente. Esta pergunta foi proposta pela relevância da designação kardecista de que o espiritismo se trata de uma doutrina de tríplice aspecto: ciência, filosofia e religião (KARDEC, 2013), como afirma Balduino (1995, p. 165): “A doutrina espírita representa a mais avançada combinação entre ciência, filosofia e religião da história da humanidade”. A pergunta C4 interrogou há quanto tempo o indivíduo se identifica com a doutrina espírita, visto que o tempo de relação com uma religião é um parâmetro objetivo para estabelecer o nível de envolvimento.

Na segunda seção, Relação com a Casa Espírita, todas as questões abordaram a participação em atividades da casa espírita, o que estaria diretamente associado ao envolvimento espírita. Para o espiritismo, a importância do centro espírita se justifica, segundo a FEB (2017, p. 18): “O Centro de Espiritismo é sempre santuário de renovação mental [...], é uma escola onde podemos aprender e ensinar, plantar o bem e recolher as graças, aprimorar-nos e aperfeiçoar os outros, na senda”. Assim, nesta seção, a C5 questionou a frequência na casa espírita, com opções entre “menos de uma vez na semana” até “três ou mais vezes por semana”. A C6 interrogou quais atividades de estudo são frequentadas, já que a casa espírita possui reuniões de estudo evangélico, estudo da doutrina espírita, estudo da mediunidade, entre outros. A C7 interpelou sobre quais atividades práticas são frequentadas, pois, em paralelo ao estudo, a casa oferece atendimento fraterno, reuniões mediúnicas, trabalhos de caridade, entre outros. A C8 indagou se o respondente é trabalhador/facilitador na casa espírita, fator que representa nível elevado de envolvimento. E a C9, em qual atividade da casa espírita o respondente é trabalhador, seja de estudo, prática ou outras.

Na terceira seção, direcionou-se para a compreensão das Práticas Espirituais relacionadas ao espiritismo, as quais possuem inclinação para a caridade cristã, como afirma Kardec (2008^a, p. 341): “O amor e a caridade são complementos da lei de justiça, porque amar ao próximo é **fazer-lhe** todo o bem que está ao nosso alcance e que gostaríamos que nos fosse feito a nós mesmos”. A questão C10 indagou sobre o costume de fazer orações e a C11, pelo costume de fazer o evangelho do lar, prática específica do espiritismo ambientada na lei de adoração (KARDEC, 2008a). A pergunta C12 questionou se o respondente tem por hábito fazer caridade fora da casa espírita, uma vez que os projetos de caridade dentro da casa espírita contam como atividades da própria casa. A C13 perguntou se já foi assistido por reunião mediúnica; a C14, se já pediu assistência mediúnica para alguém e a C15, se possui mediunidade ativa, já que o trabalho mediúnico corresponde a um dos fundamentos da prática espírita (KARDEC, 2007).

Na seção seguinte, Crenças Espirituais, pontos fundamentais da doutrina foram abordados, como enfatiza Kardec (2008^a, p. 480): “Nós trabalhamos para dar a fé aos que em nada creem; para espalhar uma crença que os torna melhores uns para os outros, que lhes ensina a perdoar aos inimigos, a se olharem como irmãos”. Na pergunta C16, interrogou-se qual o nível de crença espírita e, na C17, qual o nível de influência espírita na saúde emocional.

Na última seção, Influência Espírita, buscou-se medir o efeito prático da doutrina nos hábitos no indivíduo, ou seja, saber se houve melhora nos comportamentos devido à crença espírita. Na pergunta C18, questionou-se o quanto a crença espírita influencia no comportamento de autocuidado; na C19, no familiar; na C20, no amoroso; na C21, no social; na C22, no ocupacional e na C23, no sociopolítico. Estas perguntas foram feitas no intuito de mensurar o grau de influência espírita para aspectos diversos da saúde emocional.

7.1.2 FENE: 2ª versão – validação por experts

Após a 1ª versão do FENE, feita pelos pesquisadores, iniciou-se a **etapa de análise teórico-semântica** (PASQUALI, 2016), em que o instrumento foi analisado minuciosamente por experts - pesquisadores da área. Estes escolhidos em número de dois (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; PASQUALI, 2016) através de varredura na plataforma lattes e avaliação do *Currículo Lattes*, em modelo de amostragem não probabilística por conveniência. Em encontro presencial, os experts foram esclarecidos sobre a pesquisa, bem como sobre as definições conceituais que deram origem ao instrumento e as dimensões envolvidas. Solicitou-se que avaliassem se o que tinha sido construído até então estava de acordo com o objeto e se os itens propostos contemplavam a abrangência das informações pretendidas.

Para o FENE, de forma geral, os experts concordaram com a divisão do instrumento em três BLOCOS e reforçaram a pertinência de cada um deles para providenciar as informações necessárias às publicações vindouras. Recomendaram, também, a adaptação de algumas perguntas para uma linguagem mais coloquial, de fácil compreensão por diferentes camadas de escolarização da amostra.

Outras mudanças significativas propostas estiveram relacionadas à pandemia de COVID-19. Os experts, um profissional de saúde e um docente da área da saúde coletiva, foram diretivos ao expressar a necessidade de adaptar o instrumento para a situação vigente à época, fim da primeira onda no Brasil. Para tanto, foram sugeridas modificações que contemplavam: inclusão de perguntas relativas ao COVID-19 e o uso do período da pandemia como fator

delimitador do tempo – antes e depois da pandemia, já que havia uma clara possibilidade de alteração das respostas com o início da crise de saúde pública.

Todas as recomendações dos experts foram refletidas e acatadas pelos pesquisadores, que providenciaram as mudanças compatíveis com as sugestões. A 2ª versão do FENE, pós-experts, pode ser vista na íntegra no APÊNDICE B.

7.1.2.1 FENE: 2ª versão – BLOCO A

As modificações providenciadas pela análise dos experts para o BLOCO A da FENE estão demonstradas na figura 18, com as duas versões para comparação e um destaque em amarelo nas mudanças feitas pós-experts.

Figura 18 - Comparação entre a 1ª e a 2ª versão do BLOCO A do FENE.

FENE - BLOCO A - Dados Sociodemográficos	
1ª VERSÃO - Pesquisadores	2ª VERSÃO - Experts
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo (A1) • Idade (A2) • Cor ou raça(A3) • Indígena (A4) • Deficiência (A5) • Escolaridade (A6) • Ocupação (A7) • Tempo de trabalho (A8) • Horas semanais de trabalho (A9) • Trabalho como principal fonte de renda (A10) • Renda familiar (A11) • Estado Civil (A12) • Sexo do parceiro (A13) • Orientação sexual (A14) • Tem Filhos (A15) • Quantos filhos (A16) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo (A1) • Idade (A2) • Cor de pele (A3) <ul style="list-style-type: none"> • Indígena* (ANEXADO como opção) • Deficiência (RETIRADO) • Escolaridade (A4) • Ocupação (A5) • Tempo de trabalho (RETIRADO) • Horas semanais de trabalho (A6) • Trabalho como principal fonte de renda (A7) • Renda familiar (A8) • Estado Civil (A9) • Sexo do parceiro (RETIRADO) • Orientação sexual (A10) • Tem Filhos (A11) • Quantos filhos (A12) • Estado onde mora (A13) (ANEXADO)

Fonte: Elaborada pelo autor (2023). Observação: Mudanças em destaque.

Após análise dos experts, uma das mudanças sugeridas no BLOCO A foi que a condição de indígena (A4) fosse incorporada à pergunta sobre cor ou raça (A3), sendo acrescentado o termo “cor de pele” ao enunciado. As perguntas sobre deficiência, tempo de trabalho e sexo do parceiro foram retiradas por terem sido consideradas irrelevantes. Houve a

inclusão de uma última pergunta: estado brasileiro onde mora (A16). Esta questão foi acrescentada devido ao modelo de coleta digital, que permitiu que a pesquisa pudesse ser transmitida para outros estados além do Ceará, o que foi considerado um fator de exclusão.

7.1.2.2 FENE: 2ª versão – BLOCO B

A análise dos experts para o BLOCO B da FENE, na seção de Estado Psíquico, está demonstrada na figura 19, com as devidas mudanças sugeridas e acatadas na 2ª versão destacadas em amarelo.

Figura 19 - Comparação entre a 1ª e a 2ª versão do BLOCO B do FENE (Estado Psíquico).

FENE - BLOCO B - Estado Psíquico	
<p>1ª VERSÃO - pesquisadores</p> <ul style="list-style-type: none"> •Desemprego (B1) •Doença física (B2) •Doença de pessoa próxima (B3) •Luto (B4) •Crise conjugal (B5) •Uso de drogas (B6) •Outros fatores (B7) <ul style="list-style-type: none"> •Quais outros fatores (B8) •Estado de saúde emocional em geral (B25) 	<p>2ª VERSÃO - experts</p> <ul style="list-style-type: none"> •Desemprego (B1) <ul style="list-style-type: none"> •Desemprego - covid-19 (B2) •Doença física (B3) <ul style="list-style-type: none"> •Doença física - covid-19 (B4) •Doença de pessoa próxima (B5) <ul style="list-style-type: none"> •Doença de pessoa próxima - covid-19 (B6) •Luto (B7) <ul style="list-style-type: none"> •Luto - covid-19 (B8) •Crise conjugal (B9) <ul style="list-style-type: none"> •Crise conjugal - covid-19 (B10) •Álcool ou cigarro (B11) <ul style="list-style-type: none"> •Álcool ou cigarro - covid-19 (B12) •Drogas ilícitas (B13) <ul style="list-style-type: none"> •Qual droga (B14) •Drogas ilícitas - covid-19 (B15) •Violência sofrida (B16) <ul style="list-style-type: none"> •Violência sofrida - covid-19 (B17) •Violência perpetrada (B18) <ul style="list-style-type: none"> •Violência perpetrada- covid-19 (B19) •Violência autoinfligida (B20) <ul style="list-style-type: none"> •Violência autoinfligida - covid-19 (B21) •Outros fatores (B22) <ul style="list-style-type: none"> •Quais outros fatores (B23) •Isolamento social afetando saúde emocional (B24) •Estado de saúde emocional em geral (B49)

Fonte: Elaborada pelo autor (2023). Observação: Mudanças em destaque.

Para o BLOCO B, seção do Estado Psíquico, foram incluídas inúmeras perguntas agregadas as da 1ª versão, para saber o envolvimento direto ou indireto da pandemia de COVID-

19. Tratando das perguntas sobre a presença de sofrimento emocional relacionado ao desemprego (B1), doença física (B3), doença de pessoa próxima (B5), luto (B7) e crise conjugal (B10), em caso de resposta afirmativa do participante, era gerada uma pergunta acessória, questionando se o sofrimento relacionado aquele tema tinha relação com a pandemia de COVID-19: desemprego por COVID-19 (B2), doença física por COVID-19 (B4), doença de pessoa próxima por COVID-19 (B6), luto por COVID-19 (B8) e crise conjugal por COVID-19 (B10). Em caso de resposta negativa, essa pergunta acessória seria pulada pela programação do *SurveyMonkey*®. Assim, a coleta das informações sobre a influência da pandemia foi aumentada sem necessariamente um aumento do número de perguntas e do tempo de resposta. Esta lógica permaneceu por todo o FENE.

De acordo com as sugestões dos experts, a questão relativa ao uso/abuso de drogas foi dividida entre drogas lícitas (álcool e cigarro) e drogas ilícitas, para a fidedignidade das informações diante do impacto do COVID-19 para o aumento do consumo de substâncias psicoativas (AVENA et al., 2021; SCHMIDT et al., 2021). O álcool, por exemplo, ganhou destaque em pesquisas recentes, devido ao aumento do consumo e complicações médicas associadas à pandemia (CALINA et al., 2021; GONÇALVES et al., 2020). Optou-se, então, por dividir a questão entre os dois modelos de abuso de drogas, lícitas (B11) e ilícitas (B13), especificar qual droga ilícita em caso de uso (B14) e, anexar a pergunta acessória sobre o COVID-19 para os dois modelos (B12 e B15).

Outra mudança sugerida foi a inclusão de perguntas sobre violência, as quais não foram introduzidas pelos pesquisadores na 1ª versão. O acréscimo dessas questões se justificou devido ao grande impacto da violência sobre a saúde mental em geral (CERQUEIRA et al., 2019; MARTÍNEZ; WASSER, 2019), o adoecimento provocado pela violência sofrida (BITTAR; KOHLSDORF, 2017; SANTOS; MONTEIRO, 2018), pela perpetrada (DAHLBERG; KRUG, 2006), e pela autoinfligida (WEBER; GIANOLLA; SOTERO, 2020). Ademais, o fato de que a própria pesquisa coletou dados sobre um tipo de violência autoinfligida – ideação suicida, corroborou para essa anexação.

Foi sugerida a inclusão das seguintes perguntas: (B6) - Você está sofrendo por ter sido submetido a algum tipo de violência (física, psicológica e/ou sexual)?; (B7) - Você está sofrendo por ter praticado algum tipo de violência (física, psicológica e/ou sexual)? e (B8) - Você está sofrendo por ter praticado algum tipo de violência consigo mesmo (automutilação, exposição de risco, tentativas de suicídio, entre outros)?. Mais uma vez, optou-se por anexar a pergunta acessória do COVID-19 para cada um desses itens (B17, B19 e B21, respectivamente).

Também foi anexado um item sobre o impacto do distanciamento/isolamento social da pandemia sobre a saúde emocional. Foi a única pergunta sobre COVID-19 não acessória às outras, ou seja, todos os participantes tiveram oportunidade de respondê-la. Isto adveio do fato de ampla gama de pesquisas recentes evidenciarem uma associação direta do isolamento social com o aumento dos transtornos mentais (AGHA, 2021; CASTALDELLI-MAIA et al., 2021) e do suicídio (CALATI et al., 2019).

Com as modificação pós-análise dos experts, o número de perguntas primárias dessa secção passou de oito para 12. Outras 12 perguntas acessórias foram introduzidas, das quais 11 tratam do COVID-19. Assim, o número total de perguntas desta seção ficou em 24.

A análise dos experts para a secção de Assistência Psíquica do BLOCO B está demonstrada na figura 20. As mudanças na 2ª versão, comparada a anterior, estão destacadas em amarelo:

Figura 20 - Comparação entre a 1ª e a 2ª versão do BLOCO B do FENE (Assistência Psíquica)

FENE - BLOCO B - Assistência Psíquica	
1ª VERSÃO - pesquisadores	2ª VERSÃO - experts
<ul style="list-style-type: none"> • Assistência Psiquiátrica Atual • Acompanhamento psiquiátrico (B09) • Transtorno psiquiátrico (B10) • Qual transtorno (B11) • Medicação psiquiátrica (B12) • Tipo de Medicação (B13) • Tempo de Medicação (B14) • Assistência Psiquiátrica Prévia • Acompanhamento psiquiátrico (B15) • Transtorno psiquiátrico (B16) • Qual transtorno (B17) • Medicação psiquiátrica (B18) • Tipo de Medicação (B19) • Tempo de Medicação (B20) • Acompanhamento Psicoterápico Atual • Em psicoterapia (B21) • Quanto tempo (B22) • Acompanhamento Psicoterápico Prévio • Em psicoterapia (B23) • Quanto tempo (B24) 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência Psiquiátrica Atual • Acompanhamento psiquiátrico (B25) • Acompanhamento psiquiátrico - covid-19 (B26) • Transtorno psiquiátrico (B27) • Qual transtorno (B28) • Transtorno psiquiátrico - covid-19 (B29) • Medicação psiquiátrica por psiquiatra (B30) • Quantas (B31) • Tempo de uso (B32) • Medicação psiquiátrica por não psiquiatra (B33) • Fitoterápicos (B34) • Assistência Psiquiátrica Prévia • Acompanhamento psiquiátrico (B35) • Transtorno psiquiátrico (B36) • Qual transtorno (B37) • Medicação psiquiátrica por psiquiatra (B38) • Quantas (B39) • Medicação psiquiátrica por não psiquiatra (B40) • Acompanhamento Psicoterápico Atual • Em psicoterapia (B41) • Quanto tempo (B42) • Em PICs (B43) • Quanto tempo (B44) • Acompanhamento Psicoterápico Prévio • Em psicoterapia (B45) • Quanto tempo (B46) • Em PICs (B47) • Quanto tempo (B48)

Fonte: Elaborada pelo autor (2023). Observação: Mudanças em destaque.

Sobre a Assistência Psiquiátrica Atual, os experts propuseram a inclusão da pergunta acessória do COVID-19, no caso de acompanhamento psiquiátrico, uma vez que durante a pandemia houve aumento do papel do psiquiatra e de seus respectivos tratamentos (BALDWIN, 2020), o que torna provável que a necessidade dessa assistência esteja diretamente relacionada à própria pandemia, tanto pelo isolamento social (CASTALDELLI-MAIA et al., 2021), quanto pelo aumento do número de transtornos psiquiátricos (CÉNAT et al., 2021). Por isso, a pergunta B26: “Este acompanhamento com psiquiatra foi (ou está sendo), direta ou indiretamente, em decorrência do COVID-19?” e B29: “Este transtorno psiquiátrico está relacionado, direta ou indiretamente, ao COVID-19?”.

As questões relacionadas ao uso de medicação foram extensivamente modificadas. Na 1ª versão, a pergunta sobre esse tema era simples: uso ou não uso de medicação psiquiátrica. Entretanto, um dos experts, que se trata de médico psiquiatra, fez referência ao uso frequente de medicações desse tipo não prescritas por especialistas da área, o que pode significar que o uso dessas medicações não está necessariamente associado ao acompanhamento com o médico psiquiatra. O abuso de benzodiazepínicos, por exemplo, sem o devido acompanhamento com especialista é um problema grave de saúde pública que foi agravado durante a pandemia (SARANGI; MCMAHON; GUDE, 2021). Ademais, com o COVID-19, agravou-se a crise de assistência psiquiátrica já existente (GOURRET BAUMGART et al., 2021), ficou evidente o aumento das prescrições de psicotrópicos em geral (RABEEA et al., 2021). Outra causa de uso de medicação psiquiátrica sem acompanhamento é a automedicação, prática danosa comum e de impacto na saúde mental (BEHZADIFAR et al., 2020; LIFSHITZ et al., 2023).

Então, foi incluída a seguinte pergunta: B30 – “Você está fazendo uso de alguma medicação psiquiátrica prescrita por médico psiquiatra?”, em sequência, outras perguntas acessórias: B31 – “Quantas?”, B32 – “Qual tempo de uso?” A seguir, foi anexada a questão: B33 – “Você está usando medicação psiquiátrica não prescrita por psiquiatra?”, o que levanta informações sobre uso de medicação sem o acompanhamento adequado, além de automedicação. Os mesmos itens foram adaptados na seção de Assistência Psiquiátrica Prévia (B38 a B40), no entanto, na B39, foi perguntada a quantidade máxima de medicação psiquiátrica já utilizada por dia e foi evitada a pergunta sobre o tempo de uso de medicação por causa da má adesão aos psicofármacos (VELLIGAN et al., 2009).

Foi feita uma inclusão sobre a fitoterapia, campo ainda pouco explorado pela ciência, mas de uso bastante popular (FONSECA et al., 2020; SARRIS, 2018). Adicionou-se: “Você está usando alguma medicação fitoterápica? (B34). Também foram incluídos itens relativos à medicina integrativa, mais precisamente as Práticas Integrativas e Complementares

(PICs), modelo de saúde auxiliar à medicina biomédica e com potencial terapêutico para diversos transtornos psiquiátricos, mas também pouco explorado (SHAH et al., 2017; SHAMABADI; AKHONDZADEH, 2021). Para as PICs, foi perguntado: B43 – “Você está fazendo algum acompanhamento holístico e/ou de práticas integrativas e complementares?”, e a B44 - “Há quanto tempo?” Da mesma forma que as anteriores, também se questionou sobre o tratamento prévio com PICS (B47) e por quanto tempo foi feito (B48).

A 1ª versão da Assistência Psíquica do BLOCO B contava com 16 itens, enquanto na 2ª versão este número aumentou para 24, sendo 13 perguntas primárias e 11 acessórias. Desse total, apenas duas questões eram sobre o COVID-19, ambas acessórias.

7.1.2.3 FENE: 2ª versão – BLOCO C

O BLOCO C do FENE, Envolvimento Espírita, foi avaliado pela dupla de experts, gerando a 2ª versão presente na figura 21. O destaque em amarelo ressalta as modificações realizadas nesse processo:

Figura 21 - Comparação entre a 1ª e a 2ª versão do BLOCO C (Envolvimento Espírita).

FENE - BLOCO C - Envolvimento Espírita	
<p>1ª VERSÃO - pesquisadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Crença religiosa prioritária (C1) • Motivo de buscar o espiritismo (C2) • Aspecto espírita de maior interesse (C3) • Tempo como espírita (C4) • Relação Com A Casa Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Frequência (C5) • Atividades de estudo (C6) • Atividades práticas (C7) • Trabalhador (C8) • Atividade de trabalho (C9) • Práticas Espirituais <ul style="list-style-type: none"> • Preces / orações (C10) • Evangelho no lar (C11) • Caridade (C12) • Assistido por mediúncia (C13) • Pediu mediúncia para outros (C14) • Tem mediunidade (C15) • Crenças Espirituais <ul style="list-style-type: none"> • Nível de crença espírita (C16) • Nível de influência da crença espírita na saúde emocional (C17) • Influência Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado (C18) • Familiar (C19) • Conjugal (C20) • Vida social (C21) • Trabalho (C22) • Cidadania (C23) 	<p>2ª VERSÃO - experts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Identificação religiosa (C1) • Nível de simpatia com espiritismo (C2) • Motivo de buscar o espiritismo (C3) • Tempo como espírita (C4) • Relação Com a Casa Espírita Atual <ul style="list-style-type: none"> • Como é a frequência (C5) • Tempo de frequência (C6) • Modelo de frequência (C7) • Atividades frequentadas (C8) • Trabalhador (C9) • Atividade de trabalho (C10) • Relação Com a Casa Espírita Prévia <ul style="list-style-type: none"> • Frequência (C11) • Atividades frequentadas (C12) • Trabalhador (C13) • Atividade de trabalho (C14) • Práticas Espirituais <ul style="list-style-type: none"> • Preces / orações (C15) • Evangelho no lar (C16) • Caridade (C17) • Assistido por mediúncia (C18) • Pediu mediúncia para outros (C19) • Crenças Espirituais <ul style="list-style-type: none"> • Existência de Deus (C20) • Imortalidade da alma (C21) • Reencarnação (C22) • Vida inteligente fora do planeta (C23) • Mediunidade (C24) • Envolvimento Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Materiais espíritas (C25) • Nível de mediunidade (C26) • Nível de crença na doutrina espírita (C27) • Influência Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Saúde Mental (C28) • Autocuidado (C29) (ética - palavra excluída) • Familiar (C30) (ética - palavra excluída) • Conjugal (C31) (ética - palavra excluída) • Vida social (C32) (ética - palavra excluída) • Trabalho (C33) (ética - palavra excluída) • Cidadania (C34) (ética - palavra excluída)

Fonte: Elaborada pelo autor (2023). Observação: Mudanças em destaque.

No BLOCO C, na seção sobre Identificação Espírita, a primeira pergunta da versão dos pesquisadores era: “Qual a crença religiosa prioritária?”. O objetivo, ao utilizar o termo prioritária, era provocar uma resposta mais aberta, de forma que a inclinação religiosa, e não a

religião em si, constituísse o foco para a resposta. Entretanto, na análise dos experts, esta pergunta foi considerada de difícil compreensão devido à forte cultura nacional de fidelização com apenas uma vertente religiosa. Então, tornou-se necessária uma substituição.

Foi proposto outro modelo em que duas perguntas sequenciais se propunham a coletar a informação desejada: a C1 – “Você se identifica com alguma das seguintes religiões? (selecione todas as opções aplicáveis)” e C2 – “O quanto você se considera “simpatizante” do espiritismo (possui atração ou interesse na doutrina espírita que desperte algum nível de afinidade)”. Na primeira pergunta, o termo crença, muito associado à questão religiosa, foi substituído por identificação, termo mais aberto e que não se delimita precisamente à religião do indivíduo. Além disso, a possibilidade de selecionar mais de uma opção de resposta já garantia liberdade de expressão, independente da religião oficial do participante. Enquanto isso, a segunda pergunta caracterizou a afinidade com o espiritismo, tendo sido escolhido o termo “simpatizante” para ressaltar que uma vinculação religiosa com o espiritismo não era obrigatória.

As opções de resposta da C2 ficaram em progressão, com o intuito de reforçar a liberdade de declaração sobre o tema, indo desde “em nada”, até “completamente”. Ao selecionar a opção “em nada”, a programação do software se encarregava de pular todo o restante do BLOCO C, enquanto todas as outras respostas da C2 garantiam a continuidade de participação. Então, este item serviu como ponto de corte, em que todos os respondentes “em nada” simpatizantes do espiritismo eram excluídos deste BLOCO e considerados nível (0) de envolvimento, enquanto os respondentes que fossem pelo menos “um pouco” simpatizantes, poderiam continuar.

O item da 1ª versão – aspecto espírita de maior interesse, apresentava, entre as opções de resposta, os três aspectos da doutrina espírita: científico, filosófico e religioso, permitindo a marcação de mais uma opção. Este item foi considerado desnecessário pelos experts, uma vez que o item anterior – motivo de buscar o espiritismo, já apresentava as opções compatíveis com estes aspectos.

A seção Relação com a Casa Espírita foi bastante atingida pela pandemia, uma vez que as casas espíritas estavam fechadas devido ao isolamento social neste período da pesquisa. Logo, foi preciso adaptar esta seção em dois tempos diferentes tendo a pandemia como marco: Relação com a Casa Espírita Atual (momento vigente) e Relação com a Casa Espírita Prévia (antes da pandemia – março de 2020). Dentro da relação atual, a pergunta sobre a frequência na casa espírita foi adaptada: C5 – “Como foi, ou continua sendo, a sua frequência nas atividades da casa espírita? (presencial e/ou digital)”, incluindo opções de respostas desde

“nunca frequentei”, até “frequente, 3 ou mais vezes por semana”. Esta pergunta procurou estabelecer como é a frequência, mesmo com o isolamento social que, dependendo da época, somente permitia as atividades digitais.

O item C6 também foi adaptado: “Há quanto tempo você começou a frequentar, regular ou irregular, a casa espírita? (presencial e/ou digital)” buscando medir o tempo de frequência ativa na casa. O item C7 precisou ser acrescentado para definir melhor o modelo de frequência em meio a pandemia: “Atualmente, você frequenta uma casa espírita, de forma presencial ou digital?”; com opções de resposta: presencial apenas, digital apenas, presencial e digital. Para o tipo de atividade frequentada, a 1ª versão distinguia entre atividades de estudo e atividades práticas. Na versão dos experts, os dois modelos foram reunidos em um só: tipo de atividade, pois esta divisão não se justificava metodologicamente. Essa tendência se manteve também para as perguntas referentes ao tipo de atividade em que o participante é trabalhador (C10).

A seção Relação com a Casa Espírita Prévia apresentou diferença com o modelo da relação atual para o item sobre frequência: C11 – “Anteriormente (pense antes da pandemia), você frequentou/frequentava alguma casa espírita?”, tendo sido dada apenas as opções “sim” e “não” como resposta, uma vez que a pergunta C5 já contemplava as características da frequência antes da pandemia. Os outros itens desta seção: tipos de atividades frequentadas (C12), trabalhava na casa (C13) e tipo de atividade que era trabalhador (C14) seguiram o mesmo modelo dos itens sobre a relação atual com a casa espírita.

Nas Práticas Espirituais, a única mudança da 2ª versão foi a transferência do item sobre mediunidade para nova seção criada mais à frente. Nas Crenças Espirituais, ocorreram mudanças estruturais. Os experts entenderam que as informações referentes às crenças dentro do espiritismo deveriam conter os principais aspectos de crença da doutrina, sendo estes: existência de Deus (C20), imortalidade da alma (C21), reencarnação (C22), vida inteligente fora do planeta (pluralidade dos mundos habitados) (C23) e mediunidade (comunicação com os espíritos) (C24) (KARDEC, 2008a). As opções de resposta para esses itens seguiram o mesmo modelo de progressão da pergunta sobre o nível de simpatia com o espiritismo, indo desde “em nada” até “completamente”.

Foi também criado uma nova seção de nome Envolvimento Espírita, posto que alguns aspectos pertinentes da relação do indivíduo com o espiritismo já correspondem a uma espécie de envolvimento do ponto de vista teórico. O item C25 questionou o nível de interesse por materiais espíritas, tipo livros, filmes, documentários, entre outros. O C26 interrogou sobre o nível pessoal de mediunidade e o C27, sobre o nível de crença no espiritismo em geral. Nesta

seção, as opções de resposta são análogas ao modelo de respostas já referido, mas como o questionamento é diferente, ao invés da opção “em nada”, foi oferecida a opção “nenhum”, por ser mais adequada.

Na 1ª versão, a pergunta sobre o nível de influência da crença espírita na saúde emocional foi transferida para a última seção da 2ª versão, Influência Espírita. Esta mudança foi feita porque, de acordo com os experts, qualquer influência da crença não corresponde a um dado sobre a crença em si. O restante desta última seção foi mantido semelhante à 1ª versão, apenas com a retirada da palavra “ética” em todas as perguntas (C29 a C34), devido à complexidade desse conceito, que poderia confundir os participantes.

Após a avaliação dos experts, o BLOCO C, Envolvimento Espírita, aumentou de 23 itens na 1ª versão para 33 itens. Foram acrescentadas mais 02 seções novas, enquanto as já existentes foram bastante alteradas. Perguntas foram reformuladas, outras mudaram de lugar e, o início da pandemia foi usado como fator de delimitação do tempo. Este foi o bloco mais alterado nesta fase de validação pelos experts, o que está de acordo com o ineditismo do instrumento.

7.1.3 FENE: Avaliação do público-alvo (Teste-piloto)

Foram convidadas 50 pessoas à participação, em seleção intencional, entre não espíritas e espíritas, com preferência para este último tipo. Deste total, 34 pessoas responderam ao teste e 30 de forma completa, atingindo o número mínimo necessário (MCGILTON, 2003). Não foi estabelecido prazo para resposta, o tempo de questionário se manteve aberto até se atingir o objetivo de coletar o mínimo de 30 respostas completas. O teste foi concluído em seis dias, justificando o encerramento do mesmo. O tempo médio para resposta foi de 24 minutos e 58 segundos.

7.1.3.1 Teste-piloto - Perfil dos Juízes

A maioria da amostra dos juízes se considerou espírita (80,65%), enquanto o restante se dividiu entre católicos (16,13%), evangélicos (6,45%), de religião de matriz afrodescendente (6,45%) e outras (3,23%). Sobre a simpatia pelo espiritismo, a maioria se declarou “completamente” simpatizante (61,29%), o restante se dividiu entre “muito” (22,58%), “razoável” (3,23%), “um pouco” (9,68%) e “em nada” (3,23%) (TABELA 5).

Tabela 5 - Descrição do perfil dos juizes de acordo com o envolvimento espírita. Fortaleza/CE, 2023.

Teste-piloto - FENE	n	%
Religião		
Sem Religião	1	3,23
Católica	5	16,13
Evangélica	2	6,45
Espiritismo	25	80,65
Religiões de matriz afrodescendente (Umbanda e/ou Candomblé)	2	6,45
Outra	1	3,23
O quanto se considera “simpatizante” do espiritismo		
Em nada	1	3,23
Um pouco	3	9,68
Razoável	1	3,23
Muito	7	22,58
Completamente	19	61,29

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Quanto às características sociodemográficas dos juizes, a maioria era do sexo feminino (55,88%) com idade entre 35 a 64 anos (82,35%), cor de pele branca (58,82%), casado ou em união estável (64,71%), heterossexual (94,12%), com filhos (67,75%) e moradores do Ceará (82,35%) (TABELA 6).

Tabela 6 - Descrição do perfil dos juizes de acordo com os dados sociodemográficos. Fortaleza/CE, 2023.

Teste-piloto - FENE	n	%	Teste-piloto - FENE	n	%
Sexo			Estado civil		
Feminino	19	55,88	Casado ou em união estável	22	64,71
Masculino	15	44,12	Divorciado	8	23,53
Idade			Solteiro	4	11,76
Entre 18 e 24 anos	2	5,88	Orientação sexual		
Entre 25 e 34 anos	2	5,88	Heterossexual	32	94,12
Entre 35 e 44 anos	10	29,41	Homossexual	1	2,94
Entre 45 e 54 anos	8	23,53	Bissexual	1	2,94
Entre 55 e 64 anos	10	29,41	Filhos	23	67,75
Entre 65 e 74 anos	2	5,88	Estado brasileiro em que mora		
Cor da pele			Ceará	28	82,35
Branca	20	58,82	São Paulo	4	11,76
Parda	13	38,24	Paraná	1	2,94
Negra	1	2,94	Pernambuco	1	2,94

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Quanto às características laborais dos juizes, a maioria era pós-graduada (70,59%), autônomo (35,29%) ou funcionário público (23,53%), trabalhando entre 4 a 8 horas/dia (38,24%), representando a principal renda da família (61,76%) e com renda familiar mensal de R\$ 7.801 a 15.000 (32,35%) e acima de R\$ 15.000 (29,41%) (TABELA 7).

Tabela 7 - Descrição do perfil dos juízes de acordo com as características laborais. Fortaleza/CE, 2023.

Teste-piloto - FENE	n	%	Teste-piloto - FENE	n	%
Escolaridade			Horas trabalhadas/dia		
Ensino médio completo	1	2,94	Até 4 horas	6	17,65
Ensino superior incompleto	2	5,88	Entre 4 a 8 horas	13	38,24
Bacharelado/Licenciatura	7	20,59	De 8 a 12 horas	12	35,29
Pós-graduação	24	70,59	Mais do que 12 horas	1	2,94
Ocupação Profissional			Nenhuma das anteriores	2	5,88
Funcionário público	8	23,53	Principal fonte de renda familiar	21	61,76
Funcionário privado	3	8,82	Renda familiar mensal		
Autônomo	12	35,29	R\$ 1.301 a 2.600	3	8,82
Aposentado	7	20,59	R\$ 2.601 a 5.200	4	11,76
Do lar	1	2,94	R\$ 5.201 a 7.800	6	17,65
Outra	3	8,82	R\$ 7.801 a 15.000	11	32,35
			Acima de R\$ 15.000	10	29,41

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

7.1.3.2 Teste-piloto – Análise Objetiva dos BLOCOS e do FENE (geral)

A análise dos juízes sobre o BLOCO A do FENE classificou o valor “excelente” de forma hegemônica para os parâmetros **clareza e objetividade** (71,88%), **compreensão** (68,75%) e **aparência gráfica** (57,58%). O valor “excelente” para o parâmetro **relevância** (43,75%) foi menos da metade do número total de juízes, mas representando o valor mais atribuído. Foi feita a média ponderada para o parâmetro **clareza e objetividade** (4,66), para **compreensão** (4,66), para relevância (4,19) e para **aparência gráfica** (4,39).

A análise objetiva dos juízes sobre o BLOCO A – Dados Sociodemográficos, encontra-se na tabela 8:

Tabela 8 - Teste-piloto: análise do BLOCO A – Dados Sociodemográficos. Fortaleza/CE, 2023

Tópicos	Média Ponderada (n)	Ruim		Razoável		Bom		Muito bom		Excelente		Total
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
Clareza e objetividade	4,66	0,00	0	0,00	0	6,25	2	21,88	7	71,88	23	32
Compreensão	4,66	0,00	0	0,00	0	3,13	1	28,13	9	68,75	22	32
Relevância	4,19	0,00	0	3,13	1	18,75	6	34,38	11	43,75	14	32
Aparência gráfica	4,39	0,00	0	3,03	1	12,12	4	27,27	9	57,58	19	33

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

O resultado da análise objetiva para os quatro parâmetros propostos sobre as perguntas do BLOCO B – assistência psicossocial, teve valor “excelente” para clareza e objetividade (56,25%), para compreensão (59,38%), para relevância (65,63%) e para aparência gráfica (62,50%). Foi feita a média ponderada para o parâmetro clareza e objetividade (4,38), para compreensão (4,50), para relevância (4,50) e para aparência gráfica (4,50).

A avaliação objetiva dos juízes sobre o BLOCO B – Estado Psíquico e Assistência Psíquica, encontra-se na tabela 9:

Tabela 9 - Teste-piloto: análise do BLOCO B – Estado Psíquico e Assistência Psíquica. Fortaleza/CE, 2023.

Tópicos	Média	Ruim		Razoável		Bom		Muito bom		Excelente		Total
	Ponderada (n)	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
Clareza e objetividade	4,38	0,00	0	3,13	1	12,5	4	28,13	9	56,25	18	32
Compreensão	4,50	0,00	0	3,13	1	3,13	1	34,38	11	59,38	19	32
Relevância	4,50	0,00	0	3,13	1	9,38	3	21,88	7	65,63	21	32
Aparência gráfica	4,50	0,00	0	3,13	1	6,25	2	28,13	9	62,50	20	32

Fonte: Elaborada pelo autor (2023)

Para o BLOCO C – crença religiosa, o valor “excelente” foi atribuído para clareza e objetividade (66,33%), para compreensão (66,67%), para relevância (66,67%) e para aparência gráfica (60,00%). A média ponderada foi feita para clareza e objetividade (4,57), para compreensão (4,60), para relevância (4,53) e para aparência gráfica (4,53).

A avaliação objetiva dos juízes sobre o BLOCO C – Envolvimento Espírita, encontra-se na tabela 10:

Tabela 10 - Teste-piloto: análise do BLOCO C - Envolvimento Espírita. Fortaleza/CE, 2023.

Tópicos	Média	Ruim		Razoável		Bom		Muito bom		Excelente		Total
	Ponderada (n)	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
Clareza e objetividade	4,57	0,00	0	0,00	0	6,67	2	30,00	9	63,33	19	30
Compreensão	4,60	0,00	0	0,00	0	6,67	2	26,67	8	66,67	20	30
Relevância	4,53	3,33	1	0,00	0	3,33	1	26,67	8	66,67	20	30
Aparência gráfica	4,53	0,00	0	0,00	0	6,67	2	33,33	10	60,00	18	30

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

A última avaliação dos juízes no teste-piloto se tratou de uma análise geral sobre o FENE, considerando toda a sua estrutura, dividida nos três blocos. Para a avaliação geral, foi visto que a adesão dos juízes também foi o mínimo estabelecido para o teste: 30 respondentes. O parâmetro **clareza e objetividade** recebeu valor “excelente” (60,00%) e média ponderada (4,57), **compreensão** teve valor “excelente” (56,57%) e média ponderada (4,53), **relevância** teve valor “excelente” (66,67%) e média ponderada (4,60), e **aparência gráfica** teve valor “excelente” (63,33%) e média ponderada (4,53).

As notas objetivas dos juízes, referente ao FENE (geral), encontram-se na tabela 11:

Tabela 11 - Teste-piloto: análise do FENE (geral). Fortaleza/CE, 2023.

Tópicos	Média Ponderada (n)	Ruim		Razoável		Bom		Muito bom		Excelente		Total
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
Clareza e objetividade	4,57	0,00	0	0,00	0	3,33	1	36,67	11	60,00	18	30
Compreensão	4,53	0,00	0	0,00	0	3,33	1	40,00	12	56,67	17	30
Relevância	4,60	0,00	0	0,00	0	6,67	2	26,67	8	66,67	20	30
Aparência gráfica	4,53	0,00	0	0,00	0	10,00	3	26,67	8	63,33	19	30

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

7.1.3.3 Teste-piloto – Justificativas e Comentários sobre os BLOCOS e o FENE (geral)

As justificativas e comentários dos juízes foram todos considerados e analisados pelos pesquisadores, sendo acolhidos os que foram julgados pertinentes para o objetivo da pesquisa. Para o BLOCO A, foram acolhidas sugestões para mudanças da aparência gráfica do texto, com alteração de cores, destaque para enunciados, abreviamento de perguntas, entre outras. As alterações foram realizadas de acordo com os recursos oferecidos pelo próprio software *SurveyMonkey*® (QUADRO 6).

Quadro 6 - Justificativas dos juízes e comentários dos pesquisadores sobre o BLOCO A do FENE.

TESTE-PILOTO – JUSTIFICATIVAS E COMENTÁRIOS
Comentários dos pesquisadores (CP)
BLOCO A – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
Clareza e objetividade – JUSTIFICATIVAS
1. Claro e objetivo. Bem elaborado. / 2. Perguntas diretas. / 3. Excelência se atinge a maturidade, nada em ciência está pronto e finalizado. (CP): Nada digno de nota (NDN)
4. Na parte de sexo, deveria ter uma opção como “outros”, pois tem pessoas que não se identificam entre feminino e masculino. (CP): Não pertinente, visto que em orientação sexual já foi incluso “outra” (especifique).
Compreensão– JUSTIFICATIVAS
1. Boa linguagem. Fácil entendimento. / 2. A formulação das perguntas está bastante clara e objetiva, como deve estar previsto na metodologia da pesquisa. (CP): NDN.
Relevância– JUSTIFICATIVAS
1. Pelo que observei, são perguntas bem elaboradas, com finalidades pré-estabelecidas. / 2. Todas as perguntas me parecem ligadas ao objetivo do estudo. / 3. Não sei o que virá pela frente e que perguntas são relevantes. / 4. Acredito ser importante na medida que se cruzar os dados para identificar fatores variáveis associados ao tema principal. / 5. Possivelmente, esse questionário é de interesse da pesquisa, mas perguntas sobre cor da pele, orientação sexual... Sempre me fazem refletir. (CP): As justificativas dos juízes não sugerem modificações.
Aparência gráfica – JUSTIFICATIVAS
1. Bonito. Fácil resposta. Objetivo. Dinâmico. Bem elaborado. / 2. Bem legível / 3. Um instrumento de pesquisa deve ser claro e preciso, buscando coletar dados que permitam posterior análise contéudista. (CP): NDN
4. As perguntas parecem pertencer a um texto único, dificultando a leitura e sendo cansativo. Sugiro inserir sombreamento nas perguntas ou alguma outra forma de destaque. (CP): Crítica fundamentada e acolhida. Alterações realizadas.
5. Nas perguntas com muitos itens como Estado, dava uma impressão de que, ao rolar a tela no celular, poderia marcar outro item errado. Mas não marca, é apenas a impressão. (CP): Nada pode ser feito a esse respeito por se tratar do próprio software.
BLOCO A – COMENTÁRIOS

1. Considero os dados importantes e a forma como são apresentados, não dificulta o entendimento. São questões apresentadas de forma clara e com boa compreensão. (CP): NDN
2. Acrescentaria perguntas como: local de residência: capital ou interior; composição familiar: irmãos, quantidade de filhos, número de pessoas que residem na mesma casa e de cômodos; sobre a renda familiar, prefiro mensurar em salários mínimos, pois algumas pessoas se sentem desconfortáveis em responder sobre a renda. (CP): Local de residência: capital ou interior – não relevante. Composição familiar – não relevante. A mensuração da renda por meio de salários mínimos demandaria tempo para “cálculo”. Optou-se em manter conforme o IBGE.
3. Talvez eu acrescentaria: composição familiar: se tem filhos, número de filhos, com quem mora (número de pessoas que residem na casa e quantos cômodos); na questão sobre renda mensal, mensurar baseado em quantidade de salário mínimo (algumas pessoas se sentem desconfortáveis em responder o valor de suas rendas); uma pergunta sobre o local de residência (capital ou interior); o hobby da pessoa e se ela tem usado o seu tempo livre com o seu hobby. (CP): Composição familiar – Não relevante. A mensuração da renda por meio de salários mínimos demandaria tempo para ‘cálculo’. Optou-se em manter conforme o IBGE. Local de residência – não julgamos relevante. Hobby – não relevante.
4. A cor de letra verde foi escolhida pelo seu significado em questionário e/ou para facilitar a participação de pessoas com dificuldade visual? Ter cuidado na escolha da cor. Uma pergunta sobre o estado (geral) juntamente com a pergunta sobre a cidade (específica) pode ser mais relevante para objeto da pesquisa? Verificar isso. (CP): Sobre a cor: Crítica fundamentada e acolhida. Alterações realizadas. Sobre a cidade específica: pela pesquisa ser nacional, ampliaria muito essa variável. Não relevante.
5. Dependendo do público e da maneira que será aplicado o questionário pode ser importante adicionar algumas descrições (heterossexual, homossexual, bissexual). (CP): Não pertinente, visto que em orientação sexual já foi incluso “outra” (especifique).
6. Conheço Padres que participam de trabalhos nas casas espíritas. Não seria interessante verificar a relação do entrevistado com religiões cristãs? (CP): Este aspecto está contemplado no BLOCO C Envolvimento Espírita.
7. Seria o caso de ver o quanto que a pessoa se dedica ao espiritismo entre leitura, estudo e frequência de centros espíritas, sem distinção entre esses modos de se dedicar. Por exemplo, eu não frequento mais centro, mas estudo toda semana algo relacionado com espiritismo. Haverá aqueles mais afastados e talvez isso conte na avaliação final do impacto do espiritismo no estado emocional. (CP): Este aspecto está contemplado no BLOCO C - Envolvimento Espírita
8. Poderia acrescentar se a pessoa recebe algum auxílio governamental. (CP): Não relevante.

Fonte: Elaborado pelo autor (2023). Observação: Alterações realizadas em destaque.

Para o BLOCO B, o teste-piloto se revelou de fundamental importância, em decorrência do grande número de comentários dos juízes e das conseqüentes mudanças operadas na FENE em decorrência dessa análise. A alteração mais simples realizada, mediante sugestões de mais de um juiz, foi a reformatação da aparência gráfica do texto na cor, no destaque, no fundo, entre outros. A maior contribuição dos juízes nesse bloco se deu pelo apontamento da necessidade de alteração das perguntas referentes ao uso de medicação psiquiátrica prescrita ou não prescrita por psiquiatra. Esse ponto foi analisado e alterado conforme os comentários (QUADRO 7).

Quadro 7 - Justificativas dos juízes e comentários dos pesquisadores sobre o BLOCO B do FENE.

TESTE-PILOTO – JUSTIFICATIVAS E COMENTÁRIOS
Comentários dos pesquisadores (CP)
BLOCO B – ESTADO PSÍQUICO E ASSISTÊNCIA PSÍQUICA
Clareza e objetividade – JUSTIFICATIVAS
1.Perguntas claras, objetivas e bem elaboradas. / 2. Isso depende de quem responde às perguntas. (CP): Nada digno de nota (NDN).
3.Achei interessante o uso de caixa alta para destaque. Algumas perguntas estão um pouco longas. (CP): Perguntas longas já foram abreviadas o quanto possível. Não se aplica.
4.Apenas em umas 3 perguntas fiquei confusa. Ex. Sobre acompanhamento psiquiátrico, já foi a algumas consultas, mas não faço tratamento sistemático. Por ter um filho psiquiatra, ele administra as medicações que tomo, como apraz e o outro, para ansiedade, cloridato de duloxetina, foi administrado por minha reumatologista. (CP): Neste caso, verificou-se um problema não previsto pelo FENE: prescrição de medicação psiquiátrica por não psiquiatra e por motivos não psiquiátricos. Crítica fundamentada e acolhida. Alterações feitas.
Compreensão – JUSTIFICATIVAS
1.Fácil compreensão. Linguagem simples e clara. / 2. No geral, não senti dificuldade de responder. São perguntas claras e objetivas. (CP): NDN.
3.Sugestão: na questão 32 seria exemplificar os transtornos psiquiátricos e na questão 38 ou 39 tive dúvida na resposta pois já tomei antidepressivo prescrito pelo neurologista como forma de tratamento de enxaqueca, foi prescrito e acompanhado por um médico, porém não um psiquiatra. (CP): Nesse caso, verificou-se um problema não previsto pelo FENE, que é a prescrição de medicação psiquiátrica por não psiquiatra e por motivos não psiquiátricos. Crítica fundamentada e acolhida. Alterações feitas.
4.Achei interessante o uso de caixa alta para destaque. Algumas perguntas estão um pouco confusas. (CP): Justificativa não especificada. NDN.
Relevância – JUSTIFICATIVAS
1.Parecem perguntas bem elaboradas, com objetivos pré-estabelecidos. / 2. Dentro dos objetivos do trabalho. / 3. Não sei o objetivo final. (CP): NDN.
3.Penso que poderia demarcar um tempo para a avaliação do estado emocional, exemplo: 2 anos, 5 anos, e não antes e depois da pandemia. (CP): Não há instrumento de medida psicológica na literatura que oriente sobre essa demarcação de tempo. Portanto, utilizou-se o período de 2 anos, que é aproximadamente o período da pandemia, a qual também é investigada na pesquisa.
5.Entendo que relacione com o período pandêmico, mas questões psicológicas podem ter iniciado bem antes e o contexto atual pode não ter sido determinante, embora contribuinte. (CP): Entendeu-se que as perguntas aplicadas permitiram essa diferenciação. Não justificou alterações.
Aparência gráfica – JUSTIFICATIVAS
1.Esteticamente bonito. Dinâmico. (CP): NDN.
2.As perguntas parecem pertencer a um texto único dificultando a leitura e sendo cansativo. Sugiro inserir sombreamento nas perguntas ou alguma outra forma de destaque. (CP): Crítica acolhida. Alterações feitas.
3.Talvez se o fundo não fosse branco, por conta da claridade. Mas está bom. (CP): Apesar da crítica ter sido acolhida, optou-se em manter o fundo branco, gerando destaque em outros aspectos do texto.
BLOCO B – COMENTÁRIOS
1.Neste bloco fica como sugestão de perguntas sobre: - Hobby da pessoa e se tem usado o seu tempo livre para aproveitar o seu hobby ou o que tem feito em seu tempo livre (dormir, redes sociais, atividade física...); - Satisfação com os seus relacionamentos: (amigos, familiar, conjugal); - Se tem apoio social acessível; - O que te motiva e ou o que te desmotiva no seu dia a dia; - Ambiente familiar em que foi criado ou em que vive atualmente: (pais casados ambiente harmonioso; pais casados ambiente conturbado; pais separados ambiente harmonioso; pais separados ambiente conturbado, outros). (CP): Hobby - não relevante. Satisfação com relacionamentos e apoio social – complexo e subjetivo, não relevantes. Fator motivacional particular, não relevante. Ambiente familiar – complexo e não relevante.
2.A cor de letra verde foi escolhida pelo seu significado em questionário e/ou para facilitar a participação de pessoas com dificuldade visual? Ter cuidado na escolha da cor. (CP): Crítica acolhida. Alterações feitas.
3.Talvez se perguntasse alguma atividade que realiza com frequência. Leitura de livros, filmes, palestras educativa, etc. Relação com entretenimento ou atividades relacionadas à Doutrina Espírita. (CP): Este aspecto está contemplado no BLOCO C.

<p>4. Os termos “saúde afetiva” e “saúde emocional” foram utilizados. "Atualmente, você está sofrendo pela PERDA/CRISE NO EMPREGO ou REDUÇÃO DE RENDA que possa estar comprometendo sua saúde afetiva?"; em seguida surgiu o termo saúde emocional aqui "Atualmente, você está sofrendo por algum fator de estresse ou de ansiedade, não referido nas perguntas acima, que possa estar comprometendo sua saúde emocional (com exceção do COVID-19)?". Fiquei confusa. Saúde afetiva e emocional são a mesma coisa? (CP): Crítica fundamentada e acolhida. Alterações feitas. Saúde afetiva x saúde emocional – Optou-se em adotar o termo saúde emocional, por este ser de mais fácil compreensão.</p> <p>Outro ponto importante está na identificação da prescrição/assistência por psiquiatras. É questionado " Atualmente, você ESTÁ usando medicação psiquiátrica NÃO PRESCRITA POR PSIQUIATRA? (ou seja, uso de medicação psiquiátrica sem acompanhamento psiquiátrico" delimitando sua investigação para a assistência psiquiátrica; porém é apresentando um questionamento que pode abranger diferentes especialidades da medicina como " Anteriormente (pense antes da pandemia), algum médico (psiquiatra ou não) afirmou que você TINHA algum TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO?". Não consegui entender a mudança da narrativa; identificar que possivelmente outros médicos, não psiquiatras, podem ter prescrito a medicação pode colaborar com suas análises. Não abrir esse questionamento pode inclinar a narrativa para uma referência de automedicação na população estudada. Como não tenho acesso ao seu projeto completo e não sei quais os seus objetivos com a pergunta, deixo aqui a reflexão. (CP): Neste caso, verificou-se um problema não previsto pelo FENE, que é a prescrição de medicação psiquiátrica por não psiquiatra e por motivos não psiquiátricos. Crítica fundamentada e acolhida. Alterações feitas.</p>
<p>5. Apenas acho que muitos indivíduos são orientados no próprio ambiente familiar, o que caracterizaria um conhecimento empírico muito comum na nossa sociedade. (CP): Esse comentário não foi compreendido pelos pesquisadores.</p>
<p>6. Se puder diminuir o número de questões. (CP): Não se aplica.</p>
<p>7. Tratamento alternativo pode ser constelação familiar? (CP): Crítica fundamentada e acolhida. Adicionado.</p>
<p>8. A questão 21 fiquei em dúvida. A que falava sobre se a minha mudança no emprego estava relacionada ao COVID. A resposta é sim, porque o contexto está me empurrando pra isso, mas não por causa direta da COVID modificando meu corpo, como se ela fosse um transtorno de saúde ocupacional. A pergunta 52 pede para considerar momento presente e passado. Penso, que se é para comparar, os descritivos deveria ser "está melhor ou pior" e alguma gradação relacionada a isso. Pois parece uma pergunta de comparação. (CP): Crítica fundamentada e acolhida. Adicionou-se o termo “direta/indiretamente” à pergunta em questão. Sobre a pergunta 52, como se trata de uma avaliação geral do estado emocional, as opções oferecidas já contemplam a pergunta.</p>
<p>9. Talvez na pergunta do medicamento prescrito por não psiquiatra, deixar claro que pode ser prescrição de outro médico, mas que não seja psiquiatra. (CP): Essa pergunta foi modificada por sugestões prévias.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor (2023). Observação: Alterações realizadas em destaque.

Para o BLOCO C, destacaram-se os comentários em relação à aparência gráfica do texto, sugestão já acatada nos blocos anteriores. Uma observação pertinente de dois juízes levantou um erro estrutural no modelo do teste-piloto, em que um dos “pulos” programados não funcionou durante a execução do teste. Na pergunta 72 – o quanto você se considera simpatizante do espiritismo, a opção de resposta “em nada”, uma vez marcada deveria representar um pulo para o final do FENE, o que não aconteceu no teste-piloto. Esse erro foi reparado na versão final do FENE (QUADRO 8).

Quadro 8 – Justificativas dos juízes e comentários dos pesquisadores sobre o BLOCO C do FENE.

TESTE-PILOTO – JUSTIFICATIVAS E COMENTÁRIOS
Comentários dos pesquisadores (CP)
BLOCO C – ENVOLVIMENTO ESPÍRITA
Clareza e objetividade – JUSTIFICATIVA
1. Algumas perguntas achei parecidas. (CP): Nada digno de nota (NDN).
Compreensão – JUSTIFICATIVA (0)
Relevância – JUSTIFICATIVA
1. Sugeri na avaliação anterior esses pontos. (CP): NDN.
Aparência gráfica – JUSTIFICATIVA
1. As perguntas parecem pertencer a um texto único dificultando a leitura e sendo cansativo. Sugiro inserir sombreamento nas perguntas ou alguma outra forma de destaque. (CP): NDN.
BLOCO C – COMENTÁRIOS
1. É verdade que, para mim, a Doutrina Espírita sempre esteve presente. É óbvio que acredito plenamente na obra de Kardec e nas mais de 250 sessões mediúnicas que participei. As questões propostas me parecem bastante claras e dentro do objetivo da pesquisa. (CP): NDN.
2. Sobre a questão concernente às influências da doutrina no relacionamento familiar e na posição política, poderia ter espaço para justificativa. Atualmente, estou muito decepcionada com a postura de espíritas que apoiam políticos ou políticas que não condizem com a doutrina espírita. De dois anos para cá, mesmo antes da pandemia, afastei-me de uma casa espírita, em virtude de posições equivocadas do dirigente. (CP): NDN.
3. A cor de letra verde foi escolhida pelo seu significado em questionário e/ou para facilitar a participação de pessoas com dificuldade visual? Ter cuidado na escolha da cor. (CP): Crítica acolhida. Alterações feitas. Na pergunta "Há quanto tempo você se reconhece como espírita (ou simpatizante)?", senti falta da opção "Não me reconheço" devido à opção de resposta "Em nada" da pergunta anterior "O quanto você se considera "SIMPATIZANTE" do espiritismo (possui atração ou interesse na doutrina espírita que desperte algum nível de afinidade)". (CP): Essa observação apontou uma falha de um PULO que deveria ter ocorrido ao marcar a opção "Em nada" sobre ser simpatizante da doutrina espírita. Falha corrigida.
5. Se não for espírita, responde tudo? Não lembro de ver opção contrária. (CP): NDN.
6. Sugiro que utilize as medidas de frequência nas práticas não estruturadas do espiritismo igualmente. "Evangelho no lar" é classificado como "regular" e "não regular" já prece/orações tem medidas mais acessíveis. (CP): Não se aplica. O "evangelho do lar" de base espírita é determinado para ser praticado uma vez por semana, enquanto as orações possuem liberdade de prática.
7. Meu caso de frequência de centro espírita é muito atípico. Não gosto mais de frequentar centros espíritas. Acho que não cresço com as atividades propostas por eles. Mas nem por isso me acho menos espírita. Para mim, a intensidade do espiritismo está no quanto eu tomo os meus estudos espíritas e os coloco em prática. Eu praticamente só raciocino de forma espírita, desde meu crescimento pessoal à criação de meus filhos. E há muito tempo não frequento centros espíritas. As perguntas que respondo sobre atividades de centro foram relacionadas há muitos anos atrás. Se vc tivesse colocado uma estipulação de tempo, p. Ex. 1 ano antes da pandemia, minhas respostas teriam sido outras. E insisto, essa participação não teria nada a ver com meu engajamento emocional. Eu sou completamente espírita e meu engajamento em centros é nulo. (CP): O envolvimento espírita é investigado pelo FENE não apenas pela participação em centros espíritas, pois inúmeras perguntas do FENE se dirigem à crença e hábitos não relacionados aos centros espíritas. Não relevante.
8. Talvez fosse interessante acrescentar o tipo de mediunidade que a pessoa possui, caso afirme que possui. (CP): Não relevante.

Fonte: Elaborado pelo autor (2023). Observação: Alterações realizadas em destaque.

Para o FENE geral, manteve-se o comentário dos juízes de melhorar a aparência gráfica. Não houve outros comentários dos juízes na avaliação geral do FENE que acrescentassem outras mudanças (QUADRO 9).

Quadro 9 - Comentários dos pesquisadores sobre o FENE (geral).

TESTE-PILOTO – JUSTIFICATIVAS E COMENTÁRIOS
Comentários dos pesquisadores (CP)
FENE (GERAL)
Clareza e objetividade – JUSTIFICATIVA (0)
Compreensão – JUSTIFICATIVA (0)
Relevância – JUSTIFICATIVA (0)
Aparência gráfica – JUSTIFICATIVA
1.As perguntas parecem pertencer a um texto único dificultando a leitura e sendo cansativo. Sugiro inserir sombreamento nas perguntas ou alguma outra forma de destaque. (CP): Crítica acolhida. Alterações feitas.
FENE GERAL – COMENTÁRIOS
1.Parabéns pelo formulário, é um pouquinho extenso, mas são questões de fácil compreensão e rápidas de se responder. Terão muitos dados relevantes a serem avaliados! Bom trabalho! (CP): Nada digno de nota (NDN).
2.Obrigada pela oportunidade, confiança. Parabéns pela pesquisa. Sucesso! (CP): NDN.
3.Estamos muito carentes de estudos nessa área principalmente pela relevância dos trabalhos espíritas, no contexto da sociedade em que vivemos. Achei o instrumento de pesquisa muito rico para o que se propõe. (CP): NDN.
4.Espero que sua pesquisa colabore para alugar o sofrimento das pessoas em projetos de saúde pública. (CP): NDN.
5.Excelente! Questiono se poderia diminuir o número de questões sem prejuízo para a coleta de dados! (CP): Não se aplica.
6.Achei bastante abrangente. Fiz algumas considerações. Mas no geral está muito claro e conciso. Agora pode demorar um pouco para responder, o que pode fazer com que alguns se cansem e respondam sem a devida atenção. (CP): NDN.
7.O instrumento está muito bem elaborado. Como falei antes, algumas perguntas poderiam ter espaço para comentários. Outra sugestão seria acrescentar perguntas sobre tratamento. (CP): As perguntas que abrem espaço para comentário foram contempladas. Essa outra sugestão não foi compreendida pelos pesquisadores pela ausência de especificidade.
8. A cor de letra verde foi escolhida pelo seu significado em questionário e/ou para facilitar a participação de pessoas com dificuldade visual? Ter cuidado na escolha da cor. (CP): Crítica acolhida. Alterações feitas.

Fonte: Elaborado pelo autor (2023). Observação: Alterações realizadas em destaque.

As justificativas e comentários dos juízes referente aos três blocos e ao FENE se encontram no quadro abaixo, com os comentários dos pesquisadores associados. As linhas ressaltadas pela cor verde determinam os comentários que contribuíram diretamente para a modificação do FENE.

7.1.3.4 Teste-piloto - Discussão

A crença religiosa de maioria espírita dos juízes do teste-piloto foi resultado da seleção intencional deste perfil de amostra, em acordo com o público-alvo almejado para a coleta digital de uma amostragem pequena (espíritas) em uma grande amostra comunitária não-espírita (GRANOVETTER, 1976). Dessa forma, atingiu-se o pretendido de assemelhar a amostra do teste-piloto com a amostra da pesquisa, sendo que as demais religiões não foram excluídas, uma vez que estão também representadas em menor escala. Além disso, foi cumprido o número mínimo de 30 respondentes para o teste, conforme as inferências estatísticas necessárias (MCGILTON, 2003).

Quanto a simpatia pelo espiritismo, houve diversidade de resposta, pois todas as opções foram selecionadas, incluindo um dos juízes que “em nada” se identificava com o

espiritismo, enquanto todos os outros se identificavam no mínimo “um pouco”. A grande maioria dos juízes marcou a opção “completamente” para o nível de simpatia, em convergência com a hegemonia dos autodeclarados espíritas. Entretanto, pessoas da amostra que não se declararam espíritas relataram ter alguma simpatia pelo espiritismo, o que está de acordo com a perspectiva de que o espiritismo não se trata de uma religião, mas sim de uma doutrina científico-filosófica (BALDUINO, 1995; KARDEC, 2013).

Na análise dos estados brasileiros dos 30 juízes do teste, percebeu-se que 28 eram cearenses e 02 pertenciam a outros estados, apesar dos selecionados pelos pesquisadores para esta amostra serem todos cearenses. Pressupõe-se que, mesmo com a solicitação para não retransmissão da pesquisa para outrem contida nas informações do convite à participação, esta solicitação não foi observada ou atendida por um ou mais juízes.

Dois parâmetros que se destacaram na amostra foram a maior escolaridade e renda familiar dos juízes, se comparado à população geral. Enquanto os juízes, em sua maioria, eram pós-graduados e com renda acima de R\$ 7.801, a maioria da população cearense possui escolaridade até o ensino médio incompleto e renda familiar abaixo de 01 salário mínimo (até R\$ 1.046,00) (IBGE, 2010). Estes mesmos parâmetros já foram destaque em pesquisa anterior com público semelhante – médiuns espíritas (MOREIRA-ALMEIDA, 2005), reforçando a característica da “fé racional” (KARDEC, 2008a) como uma peculiaridade da doutrina espírita que pode atrair pessoas mais escolarizadas e, conseqüentemente, com maior renda.

O resultado da análise objetiva dos juízes para os três BLOCOS e para o FENE geral apresentou valor “excelente” em alta pontuação para todos os parâmetros analisados. A média ponderada também se mostrou elevada em todos os parâmetros para os três blocos e para o FENE geral, corroborando um julgamento hegemonicamente positivo dos juízes sobre o instrumento.

7.1.4 FENE - Versão Final e Análise

Após a análise da contribuição dada pelos juízes do teste-piloto e suas alterações sugeridas, o FENE passou por uma revisão final por parte dos pesquisadores, resultando em uma versão definitiva para a aplicação em campo de pesquisa, vista integralmente no APÊNDICE C. Posteriormente, a versão final do BLOCO C, Envolvimento Espírita, foi submetida a uma análise de cada item, com atribuição de pesos e valores diferentes conforme a relevância do item em questão, providenciando ao final o Nível de Envolvimento Espírita (NEE).

7.1.4.1 FENE – BLOCO A - Versão Final e Análise

O BLOCO A, Dados Sociodemográficos, foi o que menos recebeu comentários dos juízes. Daquilo que foi sugerido, o mais comum e relevante foi a melhora do texto em aparência gráfica – na cor para destaque de enunciado, uso de caixa alta e de outras funções gráficas para ressaltar pontos mais importantes, além de linguagem mais popular sem termos técnicos, entre outros. Dessa forma, nenhuma alteração estrutural foi realizada no BLOCO A (FIGURA 22):

Figura 22 - Versão Final e Análise do BLOCO A – Dados Sociodemográficos

FENE - BLOCO A - Dados Sociodemográficos	
<p>2ª VERSÃO - experts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qual o seu sexo? (A1) • Qual é a sua idade? (A2) • Qual sua cor ou raça percebida? (A3) • Qual o nível de escolaridade mais alto que você concluiu? (A4) • Qual é a sua ocupação profissional? (A5) • Em um dia comum, quantas horas você trabalha? (A6) • Seu trabalho é a principal renda da família? (A7) • Aproximadamente, qual é a sua renda familiar mensal? (A8) • Qual é seu estado civil atual? (A9) • Qual é a sua orientação sexual? (A10) • Você tem filhos? (A11) • Quantos filhos (A12) • Em que estado brasileiro você mora? (A13) 	<p>3ª VERSÃO - final</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qual o seu sexo? (A1) • Qual é a sua idade? (A2) • Qual é sua cor de pele? (A3) • Qual o nível de escolaridade mais alto que você concluiu ou o diploma mais alto que recebeu? (A4) • Qual das seguintes opções melhor descreve a sua ocupação profissional? (A5) • Em um dia comum, quantas horas você trabalha? (A6) • Seu trabalho é a principal renda da família? (A7) • Aproximadamente, qual é a sua renda familiar mensal? (A8) • Qual das opções abaixo melhor descreve seu estado civil atual? (A9) • Qual é a sua orientação sexual? (A10) • Você tem filhos? (A11) • Quantos filhos? (por favor, digite apenas um número) (A12) • Em que estado brasileiro você mora? (A13)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023). Observação: Mudanças em destaque.

O item (A3), cor ou raça percebida, foi modificado para: “Qual é a sua cor de pele?”, para melhorar a compreensão. O mesmo foi feito na pergunta sobre escolaridade: (A4) “Qual o nível mais alto de escolaridade que você concluiu ou o diploma mais alto que recebeu?”. Atrair o diploma recebido à pergunta sobre escolaridade pode facilitar o entendimento para uma resposta mais verídica. A pergunta sobre profissão foi modificada devido à possibilidade de que algumas pessoas possam desempenhar mais de uma função, ou trabalhar com setores diversos. Ao estabelecer a pergunta: (A5) “Qual das seguintes opções melhor descreve sua ocupação

profissional?”, atribui-se ao participante a interpretação e a decisão para uma resposta mais particularizada e, assim, mais fidedigna à realidade. Esta mesma lógica embasou o item A9: “Qual das opções abaixo melhor descreve seu estado civil atual?”, uma vez considerada a possível complexidade dos relacionamentos conjugais. A última alteração foi em relação à quantidade de filhos, em que foi acrescentado ao enunciado da questão (A12) a solicitação para digitar apenas um número, evitando assim respostas enviesadas ou que pudessem comprometer o anonimato do participante.

Para a análise do BLOCO A, não houve atribuição de pesos diferentes para os itens, uma vez que se trata de informações sociodemográficas não comparativas entre si. Logo, todos os itens possuem igual valor de análise.

7.1.4.2 FENE – BLOCO B - Versão Final e Análise

A versão final do BLOCO B teve poucas alterações. Na seção do Estado Psíquico, o termo “saúde afetiva”, presente nas perguntas sobre desemprego (B1), doença física (B3), doença de pessoa próxima (B5), luto (B7) e crise conjugal (B9), foi substituído pelo termo “saúde emocional”, devido à sua mais fácil compreensão. Na pergunta B2, sobre desemprego relacionado ao COVID-19, também foi incluído o termo “direta ou indiretamente”, para explicar que o desemprego poderia estar relacionado a contextos secundários provocados pelo COVID-19, como a crise econômica, fechamento de comércios, entre outros. Também foi dada ênfase a algumas palavras pelo uso da caixa alta para destacar os pontos mais importantes de cada item (FIGURA 23).

Figura 23 - Versão Final e Análise do BLOCO B - Estado Psíquico

FENE - BLOCO B - Estado Psíquico	
<p>2ª VERSÃO - experts</p> <ul style="list-style-type: none"> •Desemprego (B1) •Desemprego - covid-19 (B2) •Doença física (B3) •Doença física - covid-19 (B4) •Doença de pessoa próxima (B5) •Doença de pessoa próxima - covid-19 (B6) •Luto (B7) •Luto - covid-19 (B8) •Crise conjugal (B9) •Crise conjugal - covid-19 (B10) •Álcool ou cigarro (B11) •Álcool ou cigarro - covid-19 (B12) •Drogas ilícitas (B13) •Qual droga (B14) •Drogas ilícitas - covid-19 (B15) •Violência sofrida (B16) •Violência sofrida - covid-19 (B17) •Violência perpetrada (B18) •Violência perpetrada- covid-19 (B19) •Violência autoinfligida (B20) •Violência autoinfligida - covid-19 (B21) •Outros fatores (B22) •Quais outros fatores (B23) •Isolamento social afetando saúde emocional (B24) •Estado de saúde emocional em geral (B49) 	<p>3ª VERSÃO - final</p> <ul style="list-style-type: none"> •Desemprego (B1) (AFETIVA -> EMOCIONAL) •Desemprego - covid-19 (B2) (+DIRETA/INDIRETAMENTE) •Doença física (B3) (AFETIVA -> EMOCIONAL) •Doença física - covid-19 (B4) •Doença de pessoa próxima (B5) (AFETIVA -> EMOCIONAL) •Doença de pessoa próxima - covid-19 (B6) •Luto (B7) (AFETIVA -> EMOCIONAL) •Luto - covid-19 (B8) •Crise conjugal (B9) (AFETIVA -> EMOCIONAL) •Crise conjugal - covid-19 (B10) •Álcool ou cigarro (B11) •Álcool ou cigarro - covid-19 (B12) •Drogas ilícitas (B13) •Qual droga (B14) •Drogas ilícitas - covid-19 (B15) •Violência sofrida (B16) •Violência sofrida - covid-19 (B17) •Violência perpetrada (B18) •Violência perpetrada- covid-19 (B19) •Violência autoinfligida (B20) •Violência autoinfligida - covid-19 (B21) •Outros fatores (B22) •Quais outros fatores (B23) •Isolamento social afetando saúde emocional (B24) •Estado de saúde emocional em geral (B49)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023). Observação: Mudanças em destaque.

Na seção sobre Assistência Psíquica, também foram utilizadas letras maiúsculas para destacar palavras e termos mais importantes. O termo “constelação familiar” foi anexado aos exemplos de Práticas Integrativas e Complementares nas perguntas sobre acompanhamento psicológico atual (B43 e B44) e prévio (B47 e B48) (FIGURA 24).

Figura 24 - Versão final e análise do BLOCO B - Assistência Psíquica.

FENE - BLOCO B - Assistência Psíquica	
<p>2ª VERSÃO - experts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistência Psiquiátrica Atual • Acompanhamento psiquiátrico (B25) • Acompanhamento psiquiátrico - covid-19 (B26) • Transtorno psiquiátrico (B27) • Qual transtorno (B28) • Transtorno psiquiátrico - covid-19 (B29) • Medicação psiquiátrica por psiquiatra (B30) • Quantas (B31) • Tempo de uso (B32) • Medicação psiquiátrica por não psiquiatra (B33) • Fitoterápicos (B34) • Assistência Psiquiátrica Prévia • Acompanhamento psiquiátrico (B35) • Transtorno psiquiátrico (B36) • Qual transtorno (B37) • Medicação psiquiátrica por psiquiatra (B38) • Quantas (B39) • Medicação psiquiátrica por não psiquiatra (B40) • Acompanhamento Psicoterápico Atual • Em psicoterapia (B41) • Quanto tempo (B42) • Em PICs (B43) • Quanto tempo (B44) • Acompanhamento Psicoterápico Prévio • Em psicoterapia (B45) • Quanto tempo (B46) • Em PICs (B47) • Quanto tempo (B48) 	<p>3ª VERSÃO - final</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistência Psiquiátrica Atual • Acompanhamento psiquiátrico (B25) • Acompanhamento psiquiátrico - covid-19 (B26) • Transtorno psiquiátrico (B27) • Qual transtorno (B28) • Transtorno psiquiátrico - covid-19 (B29) • Medicação psiquiátrica para transtorno psiquiátrico (B30) • Quantas (B31) • Tempo de uso (B32) • Medicação psiquiátrica para doença não psiquiátrica (B33) • Fitoterápicos (B34) • Assistência Psiquiátrica Prévia • Acompanhamento psiquiátrico (B35) • Transtorno psiquiátrico (B36) • Qual transtorno (B37) • Medicação psiquiátrica para transtorno psiquiátrico (B38) • Quantas (B39) • Medicação psiquiátrica para doença não psiquiátrica (B40) • Acompanhamento Psicoterápico Atual • Em psicoterapia (B41) • Quanto tempo (B42) • Em PICs (B43) (+ CONSTELAÇÃO FAMILIAR) • Quanto tempo (B44) (+ CONSTELAÇÃO FAMILIAR) • Acompanhamento Psicoterápico Prévio • Em psicoterapia (B45) • Quanto tempo (B46) • Em PICs (B47) (+ CONSTELAÇÃO FAMILIAR) • Quanto tempo (B48) (+ CONSTELAÇÃO FAMILIAR)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023). Observação: Mudanças em destaque.

A principal atuação dos juízes nesta secção se deu na constatação de um erro estrutural no FENE. As perguntas referentes ao tratamento com medicação psiquiátrica deixaram de considerar o fato de que muitas medicações psiquiátricas são prescritas por médicos não psiquiatras, **para doenças não psiquiátricas**. Caso o participante da pesquisa respondesse que usa medicação psiquiátrica não prescrita por psiquiatra, esse dado poderia ser interpretado como um tratamento psiquiátrico medicamentoso realizado por não especialista,

quando, na verdade, o indivíduo estaria tratando uma questão clínica com medicação psiquiátrica.

São muitos os exemplos de tratamentos clínicos que se realizam com medicações psiquiátricas prescritas por outros especialistas, como neurologistas, reumatologistas, geriatras, médicos especialistas em dor crônica, entre outros. Também são muitas as condições não psiquiátricas que são tratadas com medicações dessa área, como: enxaqueca, fibromialgia, dores crônicas, doenças gastrointestinais, entre outras.

Foram realizadas alterações conforme o quadro 10:

Quadro 10 - Alterações realizadas mediante comentários dos juízes. Fortaleza/CE, 2023.

PERGUNTA ORIGINAL	PERGUNTA MODIFICADA
Atualmente, você está fazendo uso de alguma medicação psiquiátrica prescrita por médico psiquiatra (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, outros)?	Atualmente, você ESTÁ fazendo uso de medicação psiquiátrica PARA ALGUM TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO? (depressão, ansiedade, estresse, uso de drogas, outros)
Atualmente, você está usando medicação psiquiátrica não prescrita por psiquiatra? (ou seja, uso de medicação psiquiátrica sem acompanhamento psiquiátrico)	Atualmente, você ESTÁ usando medicação psiquiátrica para alguma doença NÃO PSIQUIÁTRICA? (enxaqueca, fibromialgia, dores crônicas, outros)
Anteriormente (pense antes da pandemia), você fez uso de alguma medicação psiquiátrica prescrita por médico psiquiatra? (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, outros)	Anteriormente (pense antes da pandemia), você FEZ uso de medicação psiquiátrica PARA ALGUM TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO? (depressão, ansiedade, estresse, uso de drogas, outros)
Anteriormente (pense antes da pandemia), você já fez uso de medicação psiquiátrica não prescrita por psiquiatra? (ou seja, uso de medicação psiquiátrica sem acompanhamento psiquiátrico)	Anteriormente (pense antes da pandemia), você FEZ uso de medicação psiquiátrica para alguma doença NÃO PSIQUIÁTRICA? (enxaqueca, fibromialgia, dores crônicas, outros)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Ao refazer as perguntas, retirando a relevância do prescritor e colocando sobre o objetivo do tratamento, atinge-se exatamente a meta de diferenciar o uso de medicação psiquiátrica, indicada para transtorno psiquiátrico ou não. Assim, coletam-se dados mais puros a respeito da saúde emocional.

Para a análise do BLOCO B não houve atribuição de pesos diferentes para os itens, pois os dados apresentam igual valor de importância, tanto em relação ao estado psíquico, quanto ao nível de assistência psíquica.

7.1.4.3 FENE - BLOCO C – Versão final e Análise

A avaliação dos juízes do teste-piloto não levou a alterações estruturais do BLOCO C, ou seja, não houve inclusão ou exclusão de itens, nem qualquer modificação de conteúdo. As mudanças mais comuns sugeridas e acatadas foram a melhora do aspecto gráfico do formulário e o uso de caixa alta para os termos mais importantes. A modificação mais importante foi a percepção de que havia um pulo do software que não estava ativado. Na pergunta sobre a simpatia pelo espiritismo (C2), uma vez escolhida a opção “em nada”, o restante do BLOCO C era para ser pulado, indo direto para o DASS-21, porquanto não se justificava investigar o envolvimento espírita em pessoa com nível (0) de afinidade com o espiritismo. No teste-piloto, esse pulo não estava ativado, apesar de ter sido colocado na programação do software. Na versão final esse problema foi corrigido (FIGURA 25).

Figura 25 - Versão final e análise do BLOCO C - Envolvimento Espírita.

FENE - BLOCO C - Envolvimento Espírita	
<p>2ª VERSÃO - experts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação Religiosa <ul style="list-style-type: none"> • Identificação religiosa (C1) • Nível de simpatia com espiritismo (C2) • Motivo de buscar o espiritismo (C3) • Tempo como espírita (C4) • Relação Com a Casa Espírita Atual <ul style="list-style-type: none"> • Como é a frequência (C5) • Tempo de frequência (C6) • Modelo de frequência (C7) • Atividades frequentadas (C8) • Trabalhador (C9) • Atividade de trabalho (C10) • Relação Com a Casa Espírita Prévia <ul style="list-style-type: none"> • Frequência (C11) • Atividades frequentadas (C12) • Trabalhador (C13) • Atividade de trabalho (C14) • Práticas Espirituais <ul style="list-style-type: none"> • Preces / orações (C15) • Evangelho no lar (C16) • Caridade (C17) • Assistido por mediúncia (C18) • Pediu mediúncia para outros (C19) • Crenças Espirituais <ul style="list-style-type: none"> • Existência de Deus (C20) • Imortalidade da alma (C21) • Reencarnação (C22) • Vida inteligente fora do planeta (C23) • Mediunidade (C24) • Envolvimento Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Materiais espíritas (C25) • Nível de mediunidade (C26) • Nível de crença na doutrina espírita (C27) • Influência Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Saúde Mental (C28) • Autocuidado (C29) • Familiar (C30) • Conjugal (C31) • Vida social (C32) • Trabalho (C33) • Cidadania (C34) 	<p>3ª VERSÃO - final</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação Religiosa <ul style="list-style-type: none"> • Identificação religiosa (C1) • Nível de simpatia com espiritismo (C2) (OPÇÃO “EM NADA” - PULO PARA DASS-21) • Motivo de buscar o espiritismo (C3) • Tempo como espírita (C4) • Relação Com a Casa Espírita Atual <ul style="list-style-type: none"> • Como é a frequência (C5) • Tempo de frequência (C6) • Modelo de frequência (C7) • Atividades frequentadas (C8) • Trabalhador (C9) • Atividade de trabalho (C10) • Relação Com A Casa Espírita Prévia <ul style="list-style-type: none"> • Frequência (C11) • Atividades frequentadas (C12) • Trabalhador (C13) • Atividade de trabalho (C14) • Práticas Espirituais <ul style="list-style-type: none"> • Preces / orações (C15) • Evangelho no lar (C16) • Caridade (C17) • Assistido por mediúncia (C18) • Pediu mediúncia para outros (C19) • Crenças Espirituais <ul style="list-style-type: none"> • Existência de Deus (C20) • Imortalidade da alma (C21) • Reencarnação (C22) • Vida inteligente fora do planeta (C23) • Mediunidade (C24) • Envolvimento Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Materiais espíritas (C25) • Nível de mediunidade (C26) • Nível de crença na doutrina espírita (C27) • Influência Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Saúde Mental (C28) • Autocuidado (C29) • Familiar (C30) • Conjugal (C31) • Vida social (C32) • Trabalho (C33) • Cidadania (C34)

Fonte: Elaborado pelo autor (2023). Observação: Mudanças em destaque.

Após a conclusão da versão final do BLOCO C, foi realizada a análise dos itens para atribuição de pesos e valores, com vistas a elaboração do Nível de Envolvimento Espírita

(NEE). Para tanto, cada item foi visto mediante sua relevância como fator de envolvimento com o espiritismo (QUADRO 11).

Quadro 11 - Atribuição de pesos e valores para análise de todos os fatores do BLOCO C do FENE (envolvimento espírita).

ENVOLVIMENTO ESPÍRITA – PESOS E VALORES									
Seção	N	Conteúdo	Peso	Mínimo Valor		Moderado Valor		Máximo Valor	
				m	M	m	M	m	M
Identificação Religiosa	1	Crença religiosa	1	1		2		3	
	2	Simpatia pelo espiritismo	1	2		3		4	5
	3	Motivo de buscar o espiritismo	0	-		-		-	
	4	Tempo como espírita	2	1		2	3	4	5
Relação com a Casa Espírita Atual	5	Frequência	1	1	2	3	4	5	6
	6	Tempo	1	1		2	3	4	5
	7	Modelo	1	1		2		3	
	8	Atividades	1	1		2		3	
	9	Trabalhador	2	-		-		3	
	10	Atividades (trabalhador)	1	4		5		6	
Relação com a Casa Espírita Prévia	11	Frequência	1	1		1		1	
	12	Atividades	1	1		2		3	
	13	Trabalhador	1	-		-		3	
	14	Atividade (trabalho)	1	4		5		6	
Práticas Espirituais	15	Orações / Preces	0	-		-		-	
	16	Evangelho no lar	2	1		1		2	
	17	Caridade	0	-		-		-	
	18	Assistido por mediúncia	1	1		1		1	
	19	Pediu mediúncia p/outros	1	2		2		2	
Crenças Espirituais	20	Existência de Deus	0	-		-		-	
	21	Imortalidade da alma	0	-		-		-	
	22	Reencarnação	2	1		2		3	4
	23	Vida inteligente fora do planeta	0	-		-		-	
	24	Mediunidade	2	1		2		3	4
Envolvimento Espírita	25	Materiais espíritas	1	1		2		3	4
	26	Crença - mediunidade	1	1		2		3	4
	27	Crença - doutrina espírita	1	1		2		3	4
Influência Espírita	28 a 34		0	-		-		-	
Total				27	28	43	46	68	77

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

De acordo com o método determinado previamente, as perguntas foram classificadas em: “Associadas”, de peso (0), “Específica/relevante”, de peso (1), e “Muito específica/relevante”, de peso (2). Perguntas “Associadas” foram excluídas do NEE. Em subsequência, as respostas foram separadas em categorias de acordo com a importância para o envolvimento espírita: “Ausente”, “Mínimo”, “Moderado e “Máximo. A categoria “Ausente” recebeu valor (0), enquanto as demais categorias foram subdivididas em valor mínimo e máximo. Os valores de pontuação das perguntas de peso (1) variaram de (0) a (6), enquanto nas perguntas de peso (2), os valores variaram de (2) a (12).

Quadro 12 - Atribuição de pesos e valores para análise da identificação religiosa.

ENVOLVIMENTO ESPÍRITA – PESOS E VALORES - Identificação Religiosa												
Perguntas			Respostas									
N	Conteúdo	Peso	Ausente Valor (0)	Mínimo	Valor		Moderado	Valor		Máximo	Valor	
					m	M		m	M		m	M
1	Crença religiosa	1	Sem religião / Agnóstico	Católica / Evangélica / Outra	1		Religião de Matriz afrodescendente	2		Espiritismo	3	
2	Simpatia pelo espiritismo	1	Em nada	Um pouco	2		Razoável	3		Muito	4	-
										Completamente	-	5
3	Motivo de buscar o espiritismo	0	Pergunta associada	-			-			-		
4	Tempo como espírita	2	-	Menos de 1 mês	1		1 mês a 1 ano	2	-	5 a 10 anos	4	-
							1 a 5 anos	-	3	(+) 10 anos	-	5

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Na primeira seção, Identificação Religiosa, a questão C1 – Crença religiosa, teve peso atribuído de 1, mediante a constatação de que uma identificação religiosa não garante alto nível de envolvimento, tendo em conta o número de católicos que não praticam a religião. Nas respostas, não houve diferenciação entre mínimo e máximo para cada categoria de resposta. As opções da C1 “sem religião” e “agnóstico” representam ausência de crença, o que determinou valor (0) para envolvimento espírita. As opções “católica” e “evangélica” possuem proximidade com o espiritismo no tocante ao cristianismo, por isso definindo um Mínimo de envolvimento com valor 1. A opção “religião de matriz afrodescendente”, representada principalmente pelo candomblé e a umbanda, apresenta maior proximidade com o espiritismo pela crença no espírito e na influência espiritual e pelas práticas espirituais semelhantes às reuniões mediúnicas, o que atribuiu um envolvimento Moderado com o espiritismo, de valor 2. A opção “espiritismo” foi reconhecida como de envolvimento Máximo, com valor 3.

A questão C2 – simpatia pelo espiritismo, formulada para atender aos participantes com envolvimento espírita, mas que não reconhecem o espiritismo como religião, recebeu peso 1. Para a resposta “Em nada” foi atribuído valor (0), na categoria Ausente. Para a opção “Um pouco” foi reconhecido que um pequeno nível de simpatia pelo espiritismo, já representa uma aproximação significativa pelo rompimento da barreira do desconhecimento, do descaso e do preconceito, representando um Mínimo de envolvimento, por isso valor 2. No envolvimento Moderado, “Razoável” foi considerado de valor 3, enquanto no envolvimento Máximo, a opção “muito” recebeu valor 4 e “completamente” valor 5.

A questão C3 – motivo de buscar o espiritismo, por se tratar de um aspecto muito particular e não mensurável, foi avaliado apenas como fator associado, ou seja, não relevante para definir envolvimento com o espiritismo. Nenhum motivo de buscar a doutrina pode ser

considerado mais importante do que outro, visto que fatores considerados importantes, exemplo a mediunidade manifestada, não garantem envolvimento.

A questão C4 – tempo que se reconhece como espírita ou simpatizante, foi avaliada como de peso 2, visto que se trata de informação cuja medida estabelece um dado objetivo sobre diferentes NEE. O pressuposto é de que quanto mais tempo de identificação com o espiritismo, maior o envolvimento. A categoria Ausente, não foi contemplada nesta questão, já que o participante, no momento da resposta, havia se declarado no mínimo “Um pouco” simpatizante do espiritismo, o que excluía a necessidade de uma opção de tempo (0). Para a categoria de envolvimento Mínimo, foi atribuída à opção “Menos de 1(um) mês” com correspondente valor 1. Para a categoria Moderado, a opção “Entre 1(um) mês e 1(um) ano” recebeu o valor 2 e “De 1(um) a 5(cinco) anos” recebeu valor 3. Para a categoria Máximo, a opção “De 5(cinco) a 10(dez) anos” recebeu valor 4 e “Acima de 10(dez) anos”, valor 5.

Quadro 13 - Atribuição de pesos e valores para análise da relação atual com a casa espírita.

ENVOLVIMENTO ESPÍRITA – PESOS E VALORES - Relação com a Casa Espírita Atual												
Perguntas			Respostas									
N	Conteúdo	Peso	Ausente Valor (0)	Mínimo	Valor		Moderado	Valor		Máximo	Valor	
					m	M		m	M		m	M
5	Frequência	1	Nunca / Raro	Ocasional, algumas vezes	1	-	Frequente, (-) 1x por mês	3	-	Frequente, 1x sem / 2x sem	5	-
				Frequente por algum tempo	-	2	(+) 1x por mês e (-) 1x por sem	-	4	3x ou (+) sem	-	6
6	Tempo	1	(-) 1 mês	1 mês a 1 ano	1	1 a 3 anos	2	-	5 a 10 anos	4	-	
						3 a 5 anos	-	3	(+) 10 anos	-	5	
7	Modelo	1	Não frequente	Sim, digital apenas	1	Sim, presencial apenas	2	Sim, presencial e digital	3			
8	Atividades	1	Nenhuma	Palestra pública / Atendimento espiritual / Atendimento fraterno / Fluidoterapia	1	Estudo Sistemático da doutrina espírita / Projeto filantrópico	2	Estudos da mediunidade / Reunião mediúnica / Função Administrativa	3			
9	Trabalhador	2	Não	-	-	-	-	Sim	3			
10	Atividades (trabalhador)	1	-	Palestra pública / Atendimento espiritual / Atendimento fraterno / Fluidoterapia	4	Estudo Sistemático da doutrina espírita / Projeto filantrópico	5	Estudos da mediunidade / Reunião mediúnica / Função Administrativa	6			

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Na seção Relação com a Casa Espírita Atual, o item C5 – Como foi ou continua sendo sua frequência na casa espírita, presencial ou digital; recebeu peso 1, já que frequentar um templo ou uma igreja representa um fator de aproximação com a religião, mas não determina necessariamente um envolvimento com as ideias e práticas preconizadas. Esta pergunta também

foi adaptada devido ao período de coleta de dados ter se dado durante o fechamento das casas espíritas por causa do COVID-19. Para a categoria Ausente foram consideradas as opções “Nunca frequentei” e “Rara, poucas vezes no decorrer da vida”, recebendo ambas valor (0). Frequentar raramente um lugar, apesar de demonstrar alguma ligação, não pressupõe envolvimento, visto que se este envolvimento estivesse presente, a frequência provavelmente seria maior. Na categoria Mínimo, a opção “Ocasional, algumas vezes durante a vida” recebeu valor 1, enquanto “Frequente por algum tempo, mas não mantive a regularidade”, recebeu valor 2. Na categoria Moderado, “Frequente, menos de uma vez por mês” recebeu valor 3 e, “Frequente, mais de uma vez por mês e menos de uma vez por semana” recebeu valor 4. Para o envolvimento Máximo, “Frequente, uma vez por semana” e “Frequente, duas vezes por semana” receberam valor 5, enquanto “Frequente, três ou mais vezes por semana” recebeu valor 6.

Na questão C6 – Tempo de frequência na casa espírita, seja presencial e/ou digital, há uma peculiaridade se comparada à questão C4 – Tempo que se reconhece como espírita. Frequentar uma casa espírita é um dos fatores que contribui para a identificação com o espiritismo, que, por sua vez, providencia tempo de envolvimento. Portanto, o tempo de frequência na casa espírita é um fator menor do que o tempo como espírita, justificando o porquê da questão C4 ter peso 2 e a C6 ter apenas peso 1. Nesta questão inclusive, a opção “Menos de 1(um) mês” é considerada como de envolvimento Ausente pelo pouco tempo de frequência. Na categoria Mínimo, a opção “Entre 1(um) mês e 1(um) ano” recebeu valor 1. Na categoria Moderado, para a opção “De 1(um) a 3(três) anos” foi atribuído valor 2 e “De 3(três) a 5(cinco) anos” foi atribuído valor 3. Na categoria Máximo, “De 5(cinco) a 10(dez) anos” recebeu valor 4 e “Acima de 10(dez) anos”, valor 5.

A questão C7 – Modelo de frequência na casa espírita, recebeu peso 1. Dentre as categorias, Ausente foi para a opção “Não frequento” com valor (0); Mínimo foi para a opção “Digital apenas”, com valor 1; Moderado foi para “Presencial apenas”, com valor 2; e Máximo para “Presencial e digital” com valor 3.

A questão C8 indaga sobre as atividades frequentadas na casa espírita, sendo que cada atividade recebeu peso 1 devido à mesma justificativa da C5 - frequentar a casa espírita não representa necessariamente estar envolvido. Com “Nenhuma” atividade frequentada, o envolvimento foi considerado Ausente com valor (0). Para o envolvimento Mínimo, foram consideradas uma ou mais das seguintes opções: “Palestra pública”, “Atendimento espiritual”, “Atendimento fraterno”, “Fluidoterapia”, atribuindo valor 1 para cada atividade marcada, uma vez que representam a “porta de entrada” da casa espírita, recebendo curiosos, pessoas de outras

religiões, pessoas em sofrimento psíquico, entre outros. Uma vez que o frequentador se interesse mais pelo espiritismo e suas atividades, a casa oferece os encontros de “Estudo sistemático da doutrina”, bem como a possível participação em “Projetos filantrópicos”, o que representa um envolvimento Moderado, com valor 2 para cada uma delas. Os “Estudos da mediunidade”, a “Reunião mediúnica” e o exercício da “Função administrativa” são atividades de maior integração com a doutrina e com a casa espírita, representando um envolvimento Máximo de valor 3 para cada opção marcada.

A questão C9 – Trabalhador/facilitador de casa espírita (presencial ou digital) recebeu peso 2, considerando que o indivíduo trabalhador/facilitador em casa espírita demonstra alto nível de identificação e de interesse, o que corresponde a um maior envolvimento. As opções de resposta: “não” recebeu valor (0), enquanto o “sim” foi definido como envolvimento Máximo, recebendo valor 3. Não houve atribuição de valor para o envolvimento Mínimo ou Moderado.

A questão C10 – Tipo de atividade de trabalho, foi feita apenas àqueles que marcaram “sim” na C9, trabalhador ativo de casa espírita. Dessa forma, trata-se de um item associado a um primeiro, que já tem peso 2, por isso a questão C10 recebeu apenas peso 1. Os modelos de atividade de trabalho seguiram a mesma categorização da questão C8 – atividades frequentadas, porém diferente do frequentador que pode se identificar com “nenhuma” das atividades da casa espírita (frequência irregular, por exemplo); o trabalhador obrigatoriamente precisa estar inserido em alguma atividade, fazendo com que “nenhuma” não fosse oferecida como opção de resposta. Para o envolvimento Mínimo como trabalhador, foram consideradas: “Palestra pública”, “Atendimento espiritual”, “Atendimento fraterno”, “Fluidoterapia”, atribuindo valor 4 para cada uma dessas atividades. Este valor está de acordo com a soma do peso da pergunta (peso 1), somado ao valor Máximo (peso 3) por ser trabalhador da casa, presente na pergunta anterior. Por conseguinte, para o envolvimento Moderado, foram consideradas as opções: “Estudo sistemático da doutrina” e “Projetos filantrópicos” com valor 5 para cada uma delas e, para o envolvimento Máximo: “Estudos da mediunidade”, “Reunião mediúnica” e “Função administrativa” valor 6 para cada opção marcada.

Quadro 14 - Atribuição de pesos e valores para análise quanto a relação prévia com a casa espírita.

ENVOLVIMENTO ESPÍRITA – PESOS E VALORES - Relação com a Casa Espírita Prévia												
Perguntas			Respostas									
N	Conteúdo	Peso	Ausente Valor (0)	Mínimo	Valor		Moderado	Valor		Máximo	Valor	
					m	M		m	M		m	M
11	Frequência	1	Não	Sim	1		Sim	1		Sim	1	
12	Atividades	1	Nenhuma	Palestra pública /	1		Estudo Sistemático	2		Estudos da mediunidade /	3	

				Atendimento espiritual / Atendimento fraterno / Fluidoterapia		da doutrina espírita / Projeto filantrópico		Reunião mediúnica / Função Administrativa	
13	Trabalhador	1	Não	-		-		Sim	3
14	Atividade (trabalho)	1	-	Palestra pública / Atendimento espiritual / Atendimento fraterno / Fluidoterapia	4	Estudo Sistemático da doutrina espírita / Projeto filantrópico	5	Estudos da mediunidade / Reunião mediúnica / Função Administrativa	6

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Na seção Relação Com a Casa Espírita Prévia, o item C11 interroga sobre a frequência prévia, tendo sido atribuído peso 1, com valor (0) para a opção “não” e valor 1 para “sim”. A questão C12 – Atividades frequentadas previamente, seguiu exatamente o mesmo modelo de estratificação de peso e valor da questão análoga da frequência atual (C8). A questão C13 – Trabalhador prévio de casa espírita seguiu sua semelhante C9 – Trabalhador atual da casa espírita, tendo sido atribuído valor (0) para “não” e valor 3 para “sim”. No entanto, o peso desta questão foi apenas 1, haja vista a maior pertinência de ser trabalhador no período atual (durante a pandemia do COVID-19) do que no passado (antes da pandemia). Por sua vez, o tipo de atividade prévia como trabalhador, questão C14, recebeu o mesmo peso e valores nas respostas que seu item análogo, C10.

Quadro 15 - Atribuição de pesos e valores para análise das práticas espirituais.

ENVOLVIMENTO ESPÍRITA – PESOS E VALORES - Práticas Espirituais												
Perguntas			Respostas									
N	Conteúdo	Peso	Ausente Valor (0)	Mínimo	Valor		Moderado	Valor		Máximo	Valor	
					m	M		m	M		m	M
15	Orações / Preces	-	Pergunta associada	-			-			-		
16	Evangelho no lar	2	Não	Sim, de forma irregular	1		Sim, de forma irregular	1		Sim, de forma regular	2	
17	Caridade	-	Pergunta associada	-			-			-		
18	Assistido por mediúnica	1	Não	Sim	1		Sim	1		Sim	1	
19	Pediu mediúnica para outros	1	Não	Sim	2		Sim	2		Sim	2	

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Na seção sobre as Práticas Espirituais, os itens C15 - orações e preces e C17 - exercício de caridade fora da casa espírita - foram considerados apenas como fatores associados, devido à falta de especificidade para o envolvimento espírita, já que fazer orações e caridade são representativos de qualquer igreja cristã. O item C16 – prática do “Evangelho no lar”, por ser prática bastante característica do espiritismo, recebeu peso 2, com a opção “não” como

envolvimento Ausente, de valor (0); a opção “sim, de forma irregular” como de Mínimo a Moderado, ambos com valor 1, e “sim, de forma regular”, como Máximo de valor 2. A questão C18 – Assistido por mediúncia, recebeu peso 1, com “não” como Ausente, de peso (0), “sim” de envolvimento de Mínimo a Máximo, com valor 1. A questão C19 – Pediu mediúncia para outros, também recebeu peso 1, com “não” como Ausente, de peso (0) e, “sim” de envolvimento de Mínimo a Máximo com valor 2. Este maior valor corresponde ao fato de que o indivíduo que se propõe a pedir uma mediúncia para outros apresenta potencialmente maior envolvimento espírita do que apenas pedir para si mesmo.

Quadro 16 - Atribuição de pesos e valores para análise das crenças espirituais.

ENVOLVIMENTO ESPÍRITA – PESOS E VALORES - Crenças Espirituais												
Perguntas			Respostas									
N	Conteúdo	Peso	Ausente Valor (0)	Mínimo	Valor		Moderado	Valor		Máximo	Valor	
					m	M		m	M		m	M
20	Existência de Deus	-	Pergunta associada	-			-			-		
21	Imortalidade da alma	-	Pergunta associada	-			-			-		
22	Reencarnação	2	Em nada	Um pouco	1	Razoável	2	Muito		3	-	
								Completamente			- 4	
23	Vida inteligente fora do planeta	-	Pergunta associada	-			-			-		
24	Mediunidade	2	Em nada	Um pouco	1	Razoável	2	Muito		3	-	
								Completamente			- 4	

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Na seção sobre Crenças Espirituais, os itens sobre a existência de Deus (C20), imortalidade da alma (C21) e vida inteligente fora do planeta terra (C23) foram considerados apenas como fatores associados, ou por estarem presentes na doutrina cristã em geral (C20 e C21) ou por ser uma linha de crença independente do espiritismo (C23), carecendo de especificidade para o envolvimento espírita. Ao contrário, os itens, C22 – reencarnação e C24 – mediunidade, foram considerados muito específicos e relevantes para o espiritismo, embora não exclusivos. Ambos receberam peso 2, com valor (0) para “em nada”, valor 1 para “um pouco”, valor 2 para “razoável”, valor 3 para “muito” e valor 4 para “completamente”.

Quadro 17 - Atribuição de pesos e valores para análise do envolvimento espírita.

ENVOLVIMENTO ESPÍRITA – PESOS E VALORES - Envolvimento Espírita												
Perguntas			Respostas									
N	Conteúdo	Peso	Ausente Valor (0)	Mínimo	Valor		Moderado	Valor		Máximo	Valor	
					m	M		m	M		m	M
25	Materiais espíritas	1	Em nada	Um pouco	1	Razoável	2	Muito		3	-	
								Completamente			- 4	
26	Nível de crença – mediunidade	1	Em nada	Um pouco	1	Razoável	2	Muito		3	-	
								Completamente			- 4	
27		1	Em nada		1	Razoável	2	Muito		3	-	

	Nível de crença - doutrina espírita			Um pouco				Completamente	- 4
--	-------------------------------------	--	--	----------	--	--	--	---------------	-----

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Na seção sobre o Envolvimento espírita, as questões, C25 – interesse por materiais espíritas, C26 – Nível de mediunidade e C27 – Nível de crença na doutrina espírita em geral, foram consideradas de peso 1, com valor (0) para “em nada”, valor 1 para “um pouco”, valor 2 para “razoável”, valor 3 para “muito” e valor 4 para “completamente”.

Quadro 18 - Atribuição de pesos e valores para análise quanto a influência espírita.

ENVOLVIMENTO ESPÍRITA – PESOS E VALORES - Influência Espírita												
Perguntas			Respostas									
N	Conteúdo	Peso	Ausente Valor (0)	Mínimo	Valor		Moderado	Valor		Máximo	Valor	
					m	M		m	M		m	M
28 a 34		-	Perguntas associadas	-			-			-		

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

A seção sobre Influência espírita, itens de C28 a C34, não foi incluída como parâmetro do NEE, visto que trata da influência do espiritismo sobre aspectos da saúde mental e dos comportamentos, os quais são complexos e integrados a diversos fatores diferentes do espiritismo, carecendo de especificidade para o NEE em construção.

7.2 ESTUDO SECCIONAL DE CAMPO

A coleta dos dados atingiu o número de 848 participantes, todos do estado do Ceará e, desses, 756 se declararam espíritas ou simpatizantes do espiritismo nas perguntas de triagem do início do FENE, uma porcentagem de 89,2% do total. Do total de participantes, 685 responderam de forma completa. Os resultados foram divididos em 5 tópicos, de acordo com a técnica de análise: caracterização da amostra, fatores associados ao estresse e à ansiedade, fatores associados à depressão e à ideação suicida, análise multivariada dos níveis de ideação suicida, análise multinomial dos níveis de ideação suicida.

7.2.1 *Caracterização da amostra*

Sobre os Dados Sociodemográficos da amostra, 72,1% eram do sexo feminino, na faixa etária entre 35 e 54 anos (48,6%) e, em sua maioria, autodeclarados de raça branca (48,7%) ou parda (46%). A orientação sexual hegemônica foi heterossexual, com 88,9 % da amostra, 58,6% casado(a) ou em união estável e 66,5% com filhos. Em relação à escolaridade, 22,3% da amostra possuía o bacharelado ou licenciatura como formação máxima, enquanto 55,0% possuíam alguma pós-graduação, destacando o alto nível de formação escolar (TABELA 12).

Tabela 12 - Dados Sociodemográficos de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Dados Sociodemográficos		N	%
Sexo	Feminino	611	72,1
	Masculino	237	27,9
Faixa etária	Entre 18 e 34 anos	130	15,3
	Entre 35 e 54 anos	412	48,6
	55 anos ou mais	306	36,1
Raça percebida	Branca	413	48,7
	Parda	390	46,0
	Negra	33	3,9
	Amarela	10	1,2
	Indígena	1	0,1
Orientação sexual	Heterossexual	754	88,9
	Homossexual	60	7,1
	Bissexual	29	3,4
	Outra (especifique)	3	0,4
Status marital	Casado(a) ou em uma união estável	497	58,6
	Viúvo(a)	25	2,9
	Divorciado(a)	95	11,2
	Separado(a)	24	2,8
	Solteiro(a)	207	24,4
Tem filhos		564	66,5
Escolaridade	Menor que ensino médio	8	0,9
	Ensino médio completo	84	9,9
	Ensino superior incompleto	77	9,1
	Diploma técnico	24	2,8
	Bacharelado/Licenciatura	189	22,3
	Pós-graduação	466	55,0

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Quanto aos dados laborais, a maior parte da amostra (25,9%) se declarou como funcionário público, seguido da ocupação de autônomo, com 22,9%. A carga horária diária laboral mais prevalente foi entre 4 a 8 horas (40,2%), enquanto a segunda mais prevalente foi entre 8 a 12 horas (34,2%). A maior parte da amostra (52,0%) se declarou como a principal fonte de renda familiar. E a renda familiar mensal apresentou alto nível socioeconômico, com 25,4% da amostra com renda de R\$ 7.801 a R\$ 15.000 e 17,8% acima de R\$ 15.000 reais (TABELA 13).

Tabela 13 - Dados sociodemográficos laborais de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Dados Sociodemográficos (laborais)		N	%
Ocupação	Não trabalho	41	4,8
	Funcionário público	220	25,9
	Funcionário privado	156	18,4
	Autônomo	194	22,9
	Aposentado	116	13,7
	Do lar	33	3,9
	Outra (especifique)	18	10,3
Carga horária diária	Até 4 horas	51	6,0
	Entre 4 a 8 horas	341	40,2
	De 8 a 12 horas	290	34,2
	Mais do que 12 horas	40	4,7
	Nenhuma das anteriores	85	10,0
Principal fonte de renda da família		441	52,0
Renda familiar mensal	R\$ 0 a R\$ 260	11	1,3
	R\$ 261 a R\$ 520	7	0,8
	R\$ 521 a R\$ 780	7	0,8
	R\$ 781 a R\$ 1.300	39	4,6
	R\$ 1.301 a R\$ 2.600	101	11,9
	R\$ 2.601 a R\$ 5.200	182	21,5
	R\$ 5.201 a R\$ 7.800	135	15,9
	R\$ 7.801 a R\$ 15.000	215	25,4
	Acima de R\$ 15.000	151	17,8

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Sobre o Estado Psíquico da amostra, o sofrimento emocional foi relacionado à perda ou à crise no emprego e/ou à redução de renda em 29,1% da amostra, e destes, 49,0% associados à pandemia do COVID-19. Outros dados relacionados ao sofrimento foram: doença física pessoal (20,7%) e doença física ou psíquica de pessoa próxima (35,8%). Apesar de menos prevalentes, alguns fatores causadores de sofrimento emocional estiveram amplamente relacionados ao COVID-19, como o luto (12,8%) com 38,0% causado/agravado pelo COVID-19; uso/abuso de álcool e cigarro (5,2%) com 58,1% associado ao COVID-19; uso/abuso de drogas ilícitas (1,1%) com 44,4% associado ao COVID-19 (TABELA 14).

Sobre violência no estudo, apesar da baixa prevalência para sofrimento emocional devido à violência sofrida (9,2%), praticada (2,6%) e autoinfligida (4,9%), estes parâmetros estiveram bastante associados ao COVID-19, com 33,8%, 19,0% e 56,1%, respectivamente. O distanciamento/isolamento social constituiu outro fator importante, pois mesmo que 40,7% da amostra tenha sido atingida apenas “um pouco”, 40,9% declararam sofrimento emocional pelo isolamento social entre “razoável” e “muito”. Apesar dos dados comprometedores, a amostra reconheceu sua saúde emocional durante a toda a vida como “boa” (48,6%), principalmente (TABELA 14).

Tabela 14 - Estado Psíquico de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará.

Estado Psíquico	N	n	%
Perda/crise no emprego ou redução de renda	848	247	29,1
Devido ao COVID-19	247	121	49,0
Doença física	847	175	20,7
Devido ao COVID-19	175	15	8,6
Doença física ou psíquica de pessoa próxima	846	303	35,8
Devido ao COVID-19	301	45	15,0
Luto	843	108	12,8
Devido ao COVID-19	108	41	38,0
Término / crise de um relacionamento amoroso	842	101	12,0
Devido ao COVID-19	101	9	8,9
Uso/abuso de álcool e/ou cigarro	842	44	5,2
Devido ao COVID-19	43	25	58,1
Uso/abuso de alguma droga ilícita	841	9	1,1
Devido ao COVID-19	9	4	44,4
Violência sofrida	840	77	9,2
Devido ao COVID-19	77	26	33,8
Violência praticada	839	22	2,6
Devido ao COVID-19	21	4	19,0
Violência autoinfligida	836	41	4,9
Devido ao COVID-19	41	23	56,1
Outros fatores de estresse	835	468	56,0
Isolamento social (COVID-19)			
Em nada	827	130	15,7
Um pouco	827	337	40,7
Razoável	827	225	27,2
Muito	827	113	13,7
Completamente	827	22	2,7
Autopercepção geral da saúde emocional			
Excelente	796	81	10,2
Boa	796	387	48,6
Regular	796	263	33,0
Ruim	796	51	6,4
Péssima	796	14	1,8

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Sobre a Assistência Psiquiátrica, 24,3% da amostra teve acompanhamento prévio e 17,7% acompanhamento ativo na pandemia, sendo que, neste último, 19,2% estavam associados à COVID-19. Sobre o diagnóstico psiquiátrico, 19,7% da amostra recebeu diagnóstico previamente, 14% durante a pandemia e, destes, 21,9% declararam que o transtorno diagnosticado tinha relação com o COVID-19. O número de transtornos psiquiátricos diagnosticados mais prevalente foi 1, com 52,5% em diagnóstico prévio e, 55,2% em diagnóstico feito durante a pandemia, seguido de 2, com 36,9% previamente e 32,8% na vigência do COVID-19. Em relação aos tipos de transtornos diagnosticados, os mais prevalentes são os relacionados à ansiedade, com 75,6% previamente e 78,4% na pandemia,

seguido dos transtornos depressivos, com 51,9% previamente e 47,4% na pandemia. Houve aumento de prevalência em boa parte dos transtornos na pandemia: como os transtornos ansiosos já referido; os transtornos psicóticos que aumentaram de 1,3% para 2,6%; o transtorno obsessivo-compulsivo de 6,3% para 7,8%; os transtornos alimentares de 8,1% para 9,5%; os transtornos da personalidade de 2,5% para 3,4%; e o transtorno bipolar com aumento de 5,6% para 6,9% (TABELA 15).

Quanto ao uso de psicofármacos para transtorno psiquiátrico, antes da pandemia, 61,9% da amostra nunca utilizou, enquanto 20,8% utilizaram pelo menos em uma ocasião, e destes, 61,9% restringiram o uso a uma medicação apenas. Durante a pandemia, 22,8% da amostra estava em uso vigente de psicofármacos para transtorno psiquiátrico, dos quais 58,0% utilizavam apenas 1 psicofármaco, 30,9% utilizavam 2, 6,1% utilizavam 3, e 5,0% utilizavam 4 ou mais, o que expressou aumento na prevalência do uso de 2 ou mais psicofármacos durante a pandemia (39,1% vs 42,0%). O tempo de uso medicamentoso vigente foi 44,8% para mais de 2 anos. A adesão aos psicofármacos para doença não psiquiátrica foi sinalizada por 22,1% dos participantes antes da pandemia e, 14,4% durante. E 13,3% da amostra estavam utilizando fitoterápicos durante a vigência do COVID-19 (TABELA 15).

Tabela 15 - Assistência Psiquiátrica, antes e durante a pandemia de COVID-19, de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Assistência Psiquiátrica	Antes			Durante		
	N	n	%	N	n	%
Acompanhamento psiquiátrico	812	197	24,3	827	146	17,7
Por COVID 19		-		146	28	19,2
Diagnóstico de transtorno psiquiátrico	812	160	19,7	826	116	14,0
Nº transtornos psiquiátricos	160			116		
0		4	2,5		-	-
1		84	52,5		64	55,2
2		59	36,9		38	32,8
3		9	5,6		8	6,9
4		3	1,9		4	3,4
5		1	0,6		2	1,7
Tipo de transtornos psiquiátricos	160			116		
Desconheço meu diagnóstico		4	2,5		5	4,3
Transtorno ansioso		121	75,6		91	78,4
Transtorno depressivo		83	51,9		55	47,4
Transtorno psicótico		2	1,3		3	2,6
Transtorno obsessivo-compulsivo		10	6,3		9	7,8
Dependência química		3	1,9		2	1,7
Transtornos alimentares		13	8,1		11	9,5
Transtornos sexuais		2	1,3		2	1,7
Transtornos da personalidade		4	2,5		4	3,4
Transtornos bipolar		9	5,6		8	6,9
Transtorno psiquiátrico atual por COVID 19		-		114	25	21,9
Psicofármacos para transtorno psiquiátrico	812			821	183	22,3
Nunca		503	61,9			
Sim, em uma ocasião		169	20,8			
Sim, em duas ocasiões		35	4,3		-	
Sim, em três ou mais ocasiões		82	10,1			
Outra		23	2,8			
Nº psicofármacos	304			181		
1		185	60,9		105	58,0
2		81	26,6		56	30,9
3		25	8,2		11	6,1
4 ou mais		13	4,3		9	5,0
Tempo de uso de psicofármacos						
Menos de 6 meses					36	19,9
6 meses a 1 ano					23	12,7
1 a 2 anos				181	41	22,7
Mais de 2 anos					81	44,8
Psicofármacos para doença não psiquiátrica	805	178	22,1	812	117	14,4
Uso de medicação fitoterápica		-		812	108	13,3

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Tratando da Assistência Psicológica da amostra, 43,4% foram acompanhados previamente à pandemia, na maioria por um tempo superior há 2 anos (41,2%) e, durante a pandemia, 25,3% dos participantes estavam em acompanhamento psicológico ativo e, 52,4% destes há mais de 2 anos. Sobre o acompanhamento por Práticas Integrativas e Complementares (PICs), 36,6% foram acompanhados previamente, sendo que desses, 32,3% por um tempo superior há 2 anos e, durante a pandemia, 23,0% estavam em acompanhamento ativo por PICs, com 45,4% desses por mais de 2 anos (TABELA 16).

Tabela 16 - Assistência Psicológica, antes e durante a pandemia de COVID-19, de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Assistência Psicológica	Antes			Durante		
	N	n	%	N	n	%
Acompanhamento psicoterápico	801	348	43,4	805	204	25,3
Tempo de acompanhamento	347			208		
Menos de 6 meses		60	17,3		46	22,1
6 meses a 1 ano		66	19,0		25	12,0
1 a 2 anos		78	22,5		28	13,5
Mais de 2 anos		143	41,2		109	52,4
Acompanhamento por Práticas Integrativas e Complementares	797	292	36,6	803	185	23,0
Tempo de acompanhamento	291			185		
Menos de 6 meses		99	34,0		50	27,0
6 meses a 1 ano		54	18,6		25	13,5
1 a 2 anos		44	15,1		26	14,1
Mais de 2 anos		94	32,3		84	45,4

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Na Identificação Religiosa, a maioria se declarou espírita (78,8%), seguido de católicos (22,6%). Mas, à revelia da religião declarada, o nível de simpatia pelo espiritismo foi “completamente” em 51,8% e “muito” em 24,9%, totalizando 76,7% de participantes com alta simpatia pelo espiritismo. Os motivos de buscar o espiritismo foram, em ordem de prevalência, influência sociofamiliar (37,9%), interesse científico/filosófico (34,6%), curiosidade (31,0%), sofrimento mental (24,0%), mediunidade manifestada (19,4%) e sofrimento de outros (3,8%). Quanto ao tempo de crença, 61,5% se identificaram como espírita ou simpatizante há mais de 10 anos (TABELA 17).

Tabela 17 - Descrição da Identificação Religiosa de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Identificação Religiosa	N	Categorias	n	%
Religião/crença	791	Sem religião	34	4,3
		Agnóstico	10	1,3
		Católico	179	22,6
		Evangélica	34	4,3
		Espiritismo	623	78,8
Simpatia pelo espiritismo	791	Matriz afrodescendente	42	5,3
		Em nada	53	6,7
		Um pouco	73	9,2
		Razoável	58	7,3
		Muito	197	24,9
Motivos para buscar a doutrina espírita	738	Completamente	410	51,8
		Amizades/influência sociofamiliar	161	37,9
		Curiosidade	229	31,0
		Sufrimento mental	177	24,0
		Mediunidade manifestada	143	19,4
		Interesse científico/ filosófico	255	34,6
Nº de motivos para buscar a doutrina espírita	738	Necessidade/sofrimento familiar	28	3,8
		0	34	4,6
		1	420	56,9
		2	183	24,8
		3	81	11,0
		4	17	2,3
Tempo como espírita ou simpatizante	727	5	3	0,4
		Menos de 1 mês	20	2,8
		Entre 1 mês e 1 ano	17	2,3
		De 1 a 5 anos	124	17,1
		De 5 a 10 anos	119	16,4
		Acima de 10 anos	447	61,5

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Quanto à Relação com a Casa Espírita, no período prévio à pandemia, percebeu-se alta frequência dos participantes nas casas espíritas (92,5%), sinalizando que a maioria da amostra já havia frequentado alguma casa espírita, em pelo menos uma ocasião antes do COVID-19. Durante a pandemia, a relação dos participantes com a casa espírita apresentou frequência de uma vez por semana em 20,4%; duas vezes por semana em 18,7%; e três ou mais vezes por semana em 24,5%, totalizando a maioria de 63,6% que estava frequentando a casa espírita, pelo menos uma vez por semana, mesmo em período de restrição pelo COVID-19. Desse total, 55,5% frequentavam a casa espírita há mais de 10 anos; 19,5%, de 5 a 10 anos e 10,9%, de 3 a 5 anos; somando uma maioria de 85,9% que frequentava a casa espírita por 3 anos ou mais. Nesse período da COVID-19, o modelo de frequência mais prevalente foi o misto, presencial e digital, com 31,2% (TABELA 18).

Tabela 18 – Relação com a Casa Espírita (frequência), antes e durante a pandemia do COVID-19, de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Relação com a Casa Espírita	Prévia			Atual		
	N	n	%	N	n	%
Frequência	652	603	92,5	727		
Nunca frequentei					64	8,8
Rara, poucas vezes					40	5,5
Ocasional, algumas vezes					43	5,9
Frequente, irregular					79	10,9
Menos 1 vez mês					7	1,0
Mais 1 vez mês, menos 1 vez semana					19	2,6
1 vez por semana					148	20,4
2 vezes por semana					136	18,7
3 ou mais vezes por semana					178	24,5
Nenhuma das anteriores					13	1,8
Tempo de frequência				660		
Menos de 1 mês					12	1,8
Entre 1 mês e 1 ano					16	2,4
De 1 a 3 anos					65	9,8
De 3 a 5 anos					72	10,9
De 5 a 10 anos					129	19,5
Acima de 10 anos					366	55,5
Modelo de frequência				660		
Não frequento					140	21,2
Sim, presencial apenas					150	22,7
Sim, digital apenas					164	24,8
Sim, presencial e digital					206	31,2

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Antes da pandemia, a atividade mais frequentada na casa espírita era o Estudo Sistemático da Doutrina Espírita (ESDE) (67,3%), seguido da Palestra Pública (58,4%). E 69,8% desses frequentadores trabalhavam como voluntários, principalmente na Reunião Mediúnica (52,8%) e no ESDE (42,4%). Durante a pandemia, o tipo de atividade mais frequentada foi o ESDE (70,2%), seguido da Palestra Pública (43,1%) e da Reunião Mediúnica (33,5%). Dos participantes ativos, 64,0% se identificaram como trabalhadores, sendo que a atividade mais prevalente para esse grupo foi a Reunião Mediúnica (47,3%), seguida do ESDE (45,2%) e do Atendimento Espiritual (33,9%) (TABELA 19).

Tabela 19 - Relação com a Casa Espírita (atividades), antes e durante a pandemia do COVID-19, de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Relação com a Casa Espírita (atividades)	Prévia			Atual		
	N	n	%	N	n	%
Tipo de atividade	603			520		
Nenhuma		8	1,3		8	1,5
Palestra pública		352	58,4		224	43,1
Atendimento espiritual / Evangelhoterapia		264	43,8		160	30,8
Estudo sistemático da doutrina espírita		406	67,3		365	70,2
Estudos da mediunidade		230	38,1		163	31,3
Atendimento fraterno		172	28,5		81	15,6
Fluidoterapia (passes e água fluidificada)		227	37,6		92	17,7
Reunião mediúnica		260	43,1		174	33,5
Projeto filantrópico (caridade)		167	27,7		103	19,8
Função administrativa		100	16,6		81	15,6
Outra		3	0,5		20	3,9
Trabalhador/facilitador	597	417	69,8	516	330	64,0
Tipo de trabalho	417			330		
Palestra pública		92	22,1		71	21,5
Atendimento espiritual / Evangelhoterapia		169	40,5		112	33,9
Estudo Sistemático da doutrina espírita		177	42,4		149	45,2
Estudos da mediunidade		138	33,1		108	32,7
Atendimento fraterno		119	28,5		73	22,1
Fluidoterapia (passes e água fluidificada)		143	34,3		77	23,3
Reunião mediúnica		220	52,8		156	47,3
Projeto filantrópico (caridade)		129	30,9		75	22,7
Função administrativa		93	22,3		91	27,6
Outra		4	1,0		1	0,3

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Sobre as Práticas Espirituais, 70,4% faziam preces ou orações diariamente e 45,6% faziam o evangelho no lar semanal com regularidade. A caridade praticada, fora da casa espírita, contou com 42,6% dessa amostra, enquanto 48,5% foi assistido por reunião mediúnica e 60,2% pediram assistência mediúnica para outras pessoas (TABELA 20).

Tabela 20 - Descrição das Práticas Espirituais de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Práticas Espirituais	N	n	%
Orações/preces	693		
Não costumo fazer		29	4,2
Menos de 1 vez mês		12	1,7
Mais de 1 vez mês e menos de 1 vez semana		32	4,6
1 vez por semana		23	3,3
2 vezes por semana		20	2,9
3 ou mais vezes por semana		89	12,8
Diariamente		488	70,4
Evangelho no lar semanal	693		
Não		220	31,7
Sim, de forma irregular		157	22,7
Sim, de forma regular		316	45,6
Trabalhos de caridade fora da casa espírita	693	295	42,6
Assistência de reunião mediúnica para si	693	336	48,5
Solicitação de reunião mediúnica para outros	693	417	60,2

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Quanto às Crenças Espirituais, o nível de crença “completamente” foi majoritário em todos os parâmetros da crença espiritual: existência de Deus (88,6%), imortalidade da alma (83,6%), reencarnação (76,7%), vida inteligente fora do planeta terra (67,1%) e mediunidade (76,7%). No Envolvimento Espírita, o interesse por material espírita atingiu “completamente” em 50% da amostra e o nível de crença na doutrina espírita foi “completamente” para 59,8%. O nível autodeclarado de mediunidade foi “em nada” para 39,2% da amostra e “um pouco” para 24,4%, totalizando a maioria de 63,6% que tem pouco ou nada de mediunidade. Quanto à Influência Espírita, 43,0% da amostra respondeu “completamente”; enquanto a classificação “muito” foi predominante para o autocuidado (41,6%), para o comportamento amoroso conjugal (39,9%), para o familiar (42,3%), para o social (42,5%), para o ocupacional (41,2%) e para o sociopolítico (38,1%) (TABELA 21).

Tabela 21 – Descrição das Crenças Espirituais, Envolvimento Espírita e Influência Espírita de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Variáveis	Níveis									
	Em nada		Um pouco		Razoável		Muito		Completamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Crenças Espirituais										
Existência de Deus	2	0,4	10	1,4	14	2,0	53	7,7	612	88,6
Imortalidade da alma	2	0,3	17	2,5	23	3,3	71	10,3	577	83,6
Reencarnação	14	2,0	33	4,8	31	4,5	83	12,0	530	76,7
Vida inteligente fora da Terra	20	2,9	47	6,8	47	6,8	113	16,4	464	67,1
Mediunidade	7	1,0	26	3,8	42	6,1	86	12,4	530	76,7
Envolvimento Espírita										
Interesse por material espírita	11	1,6	39	5,6	79	11,4	217	31,4	346	50,0
Nível de mediunidade	271	39,2	169	24,4	115	16,6	68	9,8	69	10,0
Nível de crença espírita	10	1,4	46	6,6	51	7,4	171	24,7	414	59,8
Influência Espírita										
Saúde mental	28	4,1	48	6,9	51	7,4	267	38,6	297	43,0
Autocuidado	31	4,5	45	6,5	84	12,1	288	41,6	244	35,3
Comportamento amoroso	60	8,7	52	7,6	88	12,8	274	39,9	213	31,0
Comportamento familiar	27	3,9	45	6,5	78	11,3	292	42,3	248	35,9
Comportamento social	26	3,8	47	6,8	96	13,9	293	42,5	227	32,9
Comportamento ocupacional	35	5,1	49	7,1	110	15,9	285	41,2	212	30,7
Comportamento sociopolítico	51	7,4	57	8,2	125	18,1	263	38,1	195	28,2

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Quanto ao NEE, em período prévio à pandemia, 20,3% apresentavam “muito baixo” envolvimento, enquanto 12,6% possuíam “alto” envolvimento e 4,7% “muito alto”. Durante a pandemia, 28,3% se encaixaram no envolvimento “muito baixo”, 8,5% no envolvimento “alto” e, 3%, “muito alto”. Houve uma queda no NEE entre o período prévio ao COVID-19, em relação ao momento pandêmico da coleta dos dados (TABELA 22).

Tabela 22 - Nível de Envolvimento Espírita (NEE), antes e durante a pandemia do COVID-19, de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Nível de Envolvimento Espírita (NEE)	Antes			Durante		
	N	n	%	N	n	%
NEE	709			791		
Muito baixo		144	20,3		224	28,3
Baixo		248	35,0		301	38,1
Regular		195	27,5		175	22,1
Alto		89	12,6		67	8,5
Muito alto		33	4,7		24	3,0

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

A prevalência da amostra relacionada ao Grau de Estresse foi de 29,1%, para o Grau de Ansiedade foi de 29,5% e, para o Grau de Depressão foi 30,6%. Níveis mais críticos foram

significativos, estresse, ansiedade e depressão, de moderado a extremamente severo, de 16,1%, 21,9% e 19,0%, respectivamente. Por sua vez, o Índice Geral de Risco de Suicídio apresentou valores preocupantes, com a maior parte da amostra com risco “regular” (63,4%), bastante superior ao risco “baixo” (16,6%); enquanto risco “alto” foi prevalente para 18,8% e, risco “muito alto” para 1,2%, totalizando 20,0% de risco alto ou maior (TABELA 23).

Tabela 23 - Grau de Estresse, Ansiedade e Depressão e Índice Geral do Risco de Suicídio de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Variáveis	N	n	%
Grau de Estresse	701		
Normal		497	70,9
Leve		91	13,0
Moderada		66	9,4
Severa		31	4,4
Extremamente severa		16	2,3
Grau de Ansiedade	701		
Normal		495	70,6
Leve		51	7,3
Moderada		95	13,6
Severa		23	3,3
Extremamente severa		37	5,3
Grau de Depressão	701		
Normal		487	69,5
Leve		81	11,6
Moderada		80	11,4
Severa		26	3,7
Extremamente severa		27	3,9
Índice Geral do Risco de Suicídio	686		
Baixo risco		114	16,6
Risco regular		435	63,4
Alto risco		129	18,8
Risco muito alto		8	1,2

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

7.2.2 Fatores associados ao estresse e ansiedade

O estresse “grave” foi mais prevalente no grupo de pessoas de 18 a 34 anos (15,0%, $p = 0,003$) e solteiros (11,4%, $p = 0,012$); por outro lado, o estresse “moderado” foi mais prevalente entre pessoas de 35 a 54 anos (10,3%, $p = 0,003$). Ansiedade “moderada” e “grave” foram mais prevalentes em pessoas do sexo feminino (16,2% e 9,3%, respectivamente, $p < 0,001$) e entre 18 e 34 anos (17,8% e 15,9%, respectivamente, $p = 0,014$). Quanto aos fatores laborais, ansiedade “leve” foi encontrada na maioria das pessoas que relataram ser a principal fonte de renda familiar (83,4%, $p < 0,001$). Para a ansiedade “grave”, não ser a principal fonte de renda familiar foi mais prevalente (10,5%, $p < 0,001$) do que ser (8,4%, $p < 0,001$); e ter

renda familiar mensal entre R\$ 0 a 1.300 (25,0%, $p = 0,001$) foi mais prevalente do que entre as outras faixas (TABELA 24).

Entre pessoas em situação de desemprego, o estresse “grave” foi presente em 11,3% ($p < 0,001$), enquanto o estresse “moderado” atingiu 16,6% ($p < 0,001$) das pessoas nesta mesma condição. O estresse “grave” também foi encontrado entre pessoas com doença física (12,3%, $p < 0,001$) e em crise conjugal (17,1%, $p < 0,001$). Ansiedade “grave” foi encontrada em 14,2% ($p < 0,001$) das pessoas em situação de desemprego, em 18,0% ($p < 0,001$) das com doença física, em 12,7% ($p = 0,006$) das com pessoa próxima doente, em 10,3% ($p = 0,017$) dos enlutados, em 15,9% ($p < 0,001$) das que estavam em crise conjugal e, em 37,5% ($p < 0,001$) dos usuários de drogas ilícitas. Em relação aos que foram “muito” ou “completamente” afetados emocionalmente pelo isolamento social referente à pandemia do COVID-19, 14,8% ($p < 0,001$) apresentaram estresse “grave”, enquanto 16,7% ($p < 0,001$) ansiedade “grave”. Quanto à violência, estresse “grave” foi presente em 15,5% ($p = 0,024$) dos que sofreram violência e em 29,4% ($p < 0,001$) dos que se autoinfligiram algum tipo de violência. Ansiedade “grave” foi encontrada para 26,7% ($p = 0,034$) das pessoas que cometeram violência e, 35,3% ($p = 0,018$) dos que se autoinfligiram violência. A autopercepção do estado de saúde emocional classificada como “ruim” ou “péssima”, apresentou 35,7% ($p < 0,001$) das pessoas com estresse “grave” e 33,9% ($p < 0,001$) com ansiedade “grave” (TABELA 25).

Sobre a assistência psiquiátrica prévia ao COVID-19, estresse “grave” foi encontrado em 12,8% ($p < 0,001$) das pessoas que tiveram acompanhamento psiquiátrico, em 17% ($p < 0,001$) das que foram diagnosticados com algum transtorno psiquiátrico, em 15,5% ($p < 0,001$) das que utilizaram psicofármacos para transtorno psiquiátrico em duas ou mais ocasiões anteriores, em 22,9% ($p < 0,001$) das que utilizaram três ou mais psicofármacos por dia e em 7,1% ($p = 0,013$) das que utilizaram psicofármacos para doença não psiquiátrica. Em paralelo, ansiedade “grave” foi detectada em 16,3% das pessoas que tiveram acompanhamento psiquiátrico anterior à pandemia, em 23,4% ($p < 0,001$) das que foram diagnosticadas com algum transtorno psiquiátrico, em 25,2% ($p < 0,001$) das que utilizaram psicofármacos para transtorno psiquiátrico em duas ou mais ocasiões anteriores, em 28,6% ($p < 0,001$) das que utilizaram três ou mais psicofármacos por dia, e em 11% ($p = 0,013$) das que utilizaram psicofármacos para doença não psiquiátrica (TABELA 26).

Os dados relacionados à assistência psiquiátrica e ao estresse, no período do COVID-19, mostraram estresse “grave” para 15,2% ($p < 0,001$) das pessoas que estavam em acompanhamento psiquiátrico no momento da pesquisa, e em 18,8% ($p < 0,001$) das diagnosticadas com algum transtorno psiquiátrico. Das pessoas em uso vigente de

psicofármacos para transtorno psiquiátrico, 14,2% ($p < 0,001$) apresentaram estresse “grave”, sendo que, das que utilizavam dois psicofármacos, 31,3% ($p < 0,001$) apresentaram estresse “moderado” e 22,9% ($p < 0,001$) estresse “grave”; enquanto das que utilizavam três ou mais psicofármacos, 26,3% ($p < 0,001$) estavam com estresse “moderado” e 31,6% ($p < 0,001$) com estresse “grave”. Também foi percebido estresse “grave” menos prevalente para pessoas em uso de psicofármacos para transtorno não psiquiátrico (12,2%, $p = 0,001$) e uso de fitoterápicos (14,3%, $p = 0,004$) (TABELA 26).

Sobre a assistência psiquiátrica e a ansiedade, no período do COVID-19, ansiedade “grave” foi vista em 19,2% ($p < 0,001$) das pessoas em acompanhamento psiquiátrico vigente e 28,1% ($p < 0,001$) das que estavam diagnosticadas com algum transtorno psiquiátrico. Sobre a medicalização, ansiedade “grave” foi detectada em 20,6% ($p < 0,001$) das pessoas em uso vigente de psicofármacos para transtorno psiquiátrico, com a maioria dos usuários de dois psicofármacos apresentando ansiedade “moderada” ou “grave” (31,3% para as duas categorias, $p = 0,009$), como também os usuários de três ou mais psicofármacos (31,6% para as duas categorias, $p = 0,009$). A associação de ansiedade “grave” com o uso de psicofármacos para doença não psiquiátrica foi observada em 18,4% ($p < 0,001$) da amostra e, com o uso de fitoterápicos, em 14,3% ($p = 0,006$) (TABELA 26).

Quanto aos tratamentos não médicos em período prévio à pandemia, o acompanhamento psicoterápico esteve associado ao estresse “grave” em 9,5% ($p = 0,002$) da amostra e com ansiedade “grave” em 12,5% ($p = 0,001$) e, das pessoas que estiveram em tratamento com Práticas Integrativas e Complementares (PICs), 9,5% ($p = 0,038$) apresentaram ansiedade “grave”. Em relação aos tratamentos não médicos durante a pandemia, 12,1% ($p = 0,002$) das pessoas em psicoterapia ativa estavam com estresse “grave”. (TABELA 27).

Quanto aos fatores relacionados à crença religiosa, destacaram-se os agnósticos, com estresse e ansiedade “grave” (40,0% e 30,0%, respectivamente), assim como os de religiões de matriz afrodescendente (20,5% e 15,4%, respectivamente). Os espíritas apresentaram, na maioria, estresse “leve” (83,1%) e ansiedade “leve” (78,1%). Para os “completamente” simpatizantes do espiritismo, o nível “leve” de estresse foi majoritário (85,5%), assim como o nível “leve” de ansiedade (78,1%) e, para os “em nada” simpatizantes, a maior prevalência também ocorreu para o estresse “leve” (88,2%) e, ansiedade “leve” (82,4%). Em paralelo, os “completamente” simpatizantes do espiritismo apresentaram maior prevalência de estresse “grave” (6,8%) e ansiedade “grave” (9,3%) dos que os “em nada” simpatizantes (3,9% nos dois parâmetros). O valor do $p < 0,05$ não foi encontrado nos parâmetros citados, o que tornou os dados não significantes (TABELA 28).

Em relação ao Nível de Envolvimento Espírita, NEE mais baixos estiveram relacionados ao adoecimento mais grave. Antes da pandemia, houve maior prevalência do estresse “grave” no NEE “muito baixo” e “baixo” (16,4%, somados) comparados ao “alto / muito alto” (4,4%), ocorrendo o mesmo durante a pandemia com o NEE “muito baixo” e “baixo” (15,2%, somados), comparados ao “alto / muito alto” (7,5%). Da mesma forma, antes da pandemia, ansiedade “grave” foi mais prevalente no NEE “muito baixo” e “baixo” (17,7%, somados) comparados ao “alto / muito alto” (7,1%), como também durante o COVID-19, com o NEE “muito baixo” e “baixo” (17,6%, somados), comparados ao “alto / muito alto” (7,5%). Com $p > 0,05$ nos parâmetros acima, esses dados não possuíram valor significativo (TABELA 28).

Tabela 24 - Caracterização dos fatores sociodemográficos e sua correlação com os níveis de estresse e ansiedade de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Fatores sociodemográficos	Níveis															
	Estresse								Ansiedade							
	N	Leve		Moderado		Grave		Valor p*	N	Leve		Moderado		Grave		Valor p*
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			
Sexo	701	588	83,9	66	9,4	47	6,7	0,104	701	546	77,9	95	13,6	60	8,6	<0,001
Feminino	506	415	82,0	53	10,5	38	7,5		506	377	2,5	82	16,2	47	9,3	
Masculino	195	173	88,7	13	6,7	9	4,6		195	169	86,7	13	6,7	13	6,7	
Faixa etária	701	588	83,9	66	9,4	47	6,7	0,003	701	546	77,9	95	13,6	60	8,6	0,014
Entre 18 e 34 anos	107	81	75,7	10	9,3	16	15,0		107	71	66,4	19	17,8	17	15,9	
Entre 35 e 54 anos	348	289	83,0	36	10,3	23	6,6		348	272	78,2	49	14,1	27	7,8	
55 ou mais	246	218	88,6	20	8,1	8	3,3		246	203	82,5	27	11,0	16	6,5	
Estado civil	701	588	83,9	66	9,4	47	6,7	0,012	701	546	77,9	95	13,6	60	8,6	0,112
Casado(a) ou em união estável	409	354	86,6	39	9,5	16	3,9		409	322	78,7	59	14,4	28	6,8	
Solteiro(a)	175	139	79,4	16	9,1	20	11,4		175	128	73,1	26	14,9	21	12,0	
Viúvo(a)/ Divorciado(a)/ Separado(a)	117	95	81,2	11	9,4	11	9,4		117	96,0	82,1	10	8,5	11	9,4	
Principal fonte de renda familiar	666	560	84,1	62	9,3	44	6,6	1,000	666	518	77,8	92	13,8	56	8,4	0,001
Não	303	255	84,2	28	9,2	20	6,6		304	216	71,1	56	18,4	32	10,5	
Sim	363	305	84,0	34	9,4	24	6,6		362	302	83,4	36	9,9	56	8,4	
Renda familiar mensal	701	588	83,9	66	9,4	47	6,7	-	701	546	77,9	95	13,6	60	8,6	0,001
R\$ 0 a R\$ 1.300	48	36	75,0	7	14,6	5	10,4		48	28	58,3	8	16,7	12	25,0	
R\$ 1.301 a R\$ 2.600	73	58	79,5	8	11,0	7	9,6		73	51	69,9	14	19,2	8	11,0	
R\$ 2.601 a R\$ 5.200	153	122	79,7	17	11,1	14	9,2		153	115	75,2	23	15,0	15	9,8	
R\$ 5.201 a R\$ 7.800	118	101	85,6	10	8,5	7	5,9		118	93	78,8	15	12,7	10	8,5	
R\$ 7.801 a R\$ 15.000	180	159	88,3	12	6,7	9	5,0		180	151	83,9	21	11,7	8	4,4	
Acima de R\$ 15.000	129	112	86,8	12	9,3	5	3,9		129	108	83,7	14	10,9	7	5,4	

Fonte: Autoria própria (2023).

Legenda: *Quiquadrado de Pearson ou Exato de Fischer.

Tabela 25 - Caracterização dos fatores relacionados ao estado psíquico e sua correlação com os níveis de estresse e ansiedade de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Fatores relacionados ao estado psíquico	Níveis															
	Estresse								Ansiedade							
	N	Leve		Moderado		Grave		Valor p*	N	Leve		Moderado		Grave		Valor p*
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			
Fatores	701	588	83,9	66	9,4	47	6,7		701	546	77,9	95	13,6	60	8,6	
Desemprego	204	145	71,1	36	17,6	23	11,3	0,000	204	136	66,7	39	19,1	29	14,2	0,000
Doença física	138	99	71,7	22	15,9	17	12,3	0,000	139	84	60,4	30	21,6	25	18,0	0,000
Doença de pessoa próxima	250	190	76,0	33	13,2	27	10,8	0,000	251	181	72,1	38	15,1	32	12,7	0,006
Luto	88	68	77,3	14	15,9	6	6,8	0,086	87	58	66,7	20	23,0	9	10,3	0,017
Crise conjugal	82	55	67,1	13	15,9	14	17,1	0,000	82	50	61,0	19	23,2	13	15,9	0,001
Álcool ou cigarro	35	20	57,1	7	20,0	8	22,9	-	35	18	51,4	7	20,0	10	28,6	0,000
Drogas ilícitas	8	3	37,5	1	12,5	4	50,0	-	8	2	25,0	3	37,5	3	37,5	0,000
Violência sofrida	58	43	74,1	6	10,3	9	15,5	0,024	59	45	76,3	4	6,8	10	16,9	-
Violência cometida	15	8	53,3	2	13,3	5	33,3	-	15	7	46,7	4	26,7	4	26,7	0,034
Violência autoinfligida	34	18	52,0	6	17,6	10	29,4	0,000	34	15	44,1	7	20,6	12	35,3	0,008
Isolamento social afetando saúde emocional	701	588	83,9	66	9,4	47	6,7	0,000	701	546	77,9	95	13,6	60	8,6	0,000
Em nada	107	102	95,3	3	2,8	2	1,9		107	98	91,6	5	4,7	4	3,7	
Um pouco	293	254	86,7	21	7,2	18	6,1		294	235	79,9	33	11,2	26	8,8	
Razoável	193	162	83,9	20	10,4	11	5,7		192	145	75,5	35	18,2	12	6,3	
Completamente / Muito	108	70	64,8	22	20,4	16	14,8		108	68	63,0	22	20,4	18	16,7	
Autopercepção da saúde emocional	701	588	83,9	66	9,4	47	6,7	0,000	701	546	77,9	95	13,6	60	8,6	0,000
Boa / Excelente	412	393	95,4	13	3,2	6	1,5		411	371	90,3	29	7,1	11	2,7	
Regular	233	172	73,8	40	17,2	21	9,0		234	158	67,5	46	19,7	30	12,8	
Ruim / Péssima	56	23	41,1	13	23,2	20	35,7		56	17	30,4	20	35,7	19	33,9	

Fonte: Autoria própria (2023).

Legenda: *Quiquadrado de Pearson ou Exato de Fischer.

Tabela 26 - Caracterização dos fatores relacionados à assistência psiquiátrica, antes e durante a pandemia, e sua correlação com os níveis de estresse e ansiedade de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Fatores relacionados à assistência psiquiátrica	Níveis															
	Estresse								Ansiedade							
	N	Leve		Moderado		Grave		Valor p*	N	Leve		Moderado	Grave	Valor p*		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			
Antes da pandemia	701	588	83,9	66	9,4	47	6,7		701	546	77,9	95	13,6	60	8,6	
Acompanhamento psiquiátrico	172	123	71,5	27	15,7	22	12,8	0,000	172	107	62,2	37	21,5	28	16,3	0,000
Transtorno psiquiátrico	141	90	63,8	27	19,1	24	17,0	0,000	141	76	53,9	32	22,7	33	23,4	0,000
Psicofármacos para transtorno psiquiátrico	680	575	84,6	62	9,1	43	6,3	0,000	680	533	78,4	89	13,1	58	8,5	0,000
Nunca	436	388	89,0	28	6,4	20	4,6		436	368	84,4	47	10,8	21	4,8	
Sim, em uma ocasião	141	120	85,1	14	9,9	7	5,0		141	111	78,7	19	13,5	11	7,8	
Sim, em duas ou mais ocasiões	103	67	65,0	20	19,4	16	15,5		103	54	52,4	23	22,3	26	25,2	
Quantidade de psicofármacos diferentes por dia	265	200	75,5	38	14,3	27	10,2	0,000	265	178	67,2	48	18,1	39	14,7	0,000
1	164	142	86,6	15	9,1	7	4,3		164	127	77,4	23	14,0	14	8,5	
2	66	38	57,6	16	24,2	12	18,2		66	33	50,0	18	27,3	15	22,7	
3 ou mais	35	20	57,1	7	20,0	8	22,9		35	18	51,4	7	20,0	10	28,6	
Psicofármacos para doença não psiquiátrica	154	119	77,3	24	15,6	11	7,1	0,013	154	104	67,5	33	21,4	17	11,0	0,002
Durante a pandemia	701	588	83,9	66	9,4	47	6,7		701	546	77,9	95	13,6	60	8,6	
Acompanhamento psiquiátrico	125	85	68,0	21	16,8	19	15,2	0,000	125	72	57,6	29	23,2	24	19,2	0,000
Transtorno psiquiátrico	96	56	58,3	22	22,9	18	18,8	0,000	96	46	47,9	23	24,0	27	28,1	0,000
Psicofármacos para transtorno psiquiátrico	155	103	66,5	30	19,4	22	14,2	0,000	155	81	52,3	42	27,1	32	20,6	0,000
Quantidade de psicofármacos diferentes por dia	156	104	66,7	30	19,2	22	14,1	0,000	156	82	52,6	42	26,9	32	20,5	0,009
1	89	74	83,1	10	11,2	5	5,6		89	57	64,0	21	23,6	11	12,4	
2	48	22	45,8	15	31,3	11	22,9		48	18	37,5	15	31,3	15	31,3	
3 ou mais	19	8	42,1	5	26,3	6	31,6		19	7	36,8	6	31,6	6	31,6	
Psicofármacos para doença não psiquiátrica	98	69	70,4	17	17,3	12	12,2	0,001	98	55	56,1	25	25,5	18	18,4	0,000
Fitoterápicos	91	66	72,5	12	13,2	13	14,3	0,004	91	59	64,8	19	20,9	13	14,3	0,006

Fonte: Autoria própria (2023).

Legenda: *Quiquadrado de Pearson ou Exato de Fischer.

Tabela 27 - Caracterização dos fatores relacionados à assistência psicológica, antes e durante a pandemia, e sua correlação com os níveis de estresse e ansiedade de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Fatores relacionados à assistência psicológica	Níveis															
	Estresse								Ansiedade							
	<i>N</i>	<i>Leve</i>		<i>Moderado</i>		<i>Grave</i>		<i>Valor p*</i>	<i>N</i>	<i>Leve</i>		<i>Moderado</i>		<i>Grave</i>		<i>Valor p*</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Antes da pandemia	701	588	83,9	66	9,4	47	6,7		701	546	77,9	95	13,6	60	8,6	
Psicoterapia	304	238	78,3	37	12,2	29	9,5	0,002	303	218	71,9	47	15,5	38	12,5	0,001
PICs [#]	264	215	81,4	31	11,7	18	6,8	0,256	263	192	73,0	46	17,5	25	9,5	0,038
Durante a pandemia	701	568	81,0	80	11,4	53	7,6		686	114	16,6	435	63,4	137	20,0	
Psicoterapia	174	132	75,9	21	12,1	21	12,1	0,002	174	126	72,4	28	16,1	20	11,5	0,114
PICs [#]	162	132	81,5	13	8,0	17	10,5	0,088	162	119	73,5	28	17,3	15	9,3	0,228

Fonte: Autoria própria (2023).

Legenda: *Quiquadrado de Pearson ou Exato de Fischer. [#]Práticas Integrativas e Complementares.

Tabela 28 - Caracterização dos fatores relacionados à crença religiosa e Nível de Envolvimento Espírita (NEE), antes e durante o COVID-19, e sua correlação com os níveis de estresse e ansiedade de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE.

Fatores relacionados à crença religiosa e ao nível de envolvimento espírita	Níveis															
	Estresse								Ansiedade							
	<i>N</i>	<i>Leve</i>		<i>Moderado</i>		<i>Grave</i>		<i>Valor p*</i>	<i>N</i>	<i>Leve</i>		<i>Moderado</i>		<i>Grave</i>		<i>Valor p*</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Identificação religiosa	701	588	83,9	66	9,4	47	6,7	-	701	546	77,9	95	13,6	60	8,6	-
Sem religião	28	25	89,3	9	10,7	0	0,0		27	22	81,5	4	14,8	1	3,7	
Agnóstico	10	5	50,0	1	10,0	4	40,0		10	3	30,0	4	40,0	3	30,0	
Católica	161	133	82,6	18	11,2	10	6,2	0,681	160	128	80,0	21	13,1	11	6,9	0,705
Evangélica	31	27	87,1	3	9,7	1	3,2		30	21	70,0	8	26,7	1	3,3	
Espiritismo	556	462	83,1	53	9,5	41	7,4	0,403	556	434	78,1	71	12,8	51	9,2	0,318
Matriz afrodescendente	39	25	64,1	6	15,4	8	20,5		39	28	71,8	5	12,8	6	15,4	0,277
Outra	10	9	90,0	1	10,0	0	0,0		10	9	90,0	0	0,0	1	10,0	
Simpatia pelo espiritismo	701	588	83,9	66	9,4	47	6,7	-	701	546	77,9	95	13,6	60	8,6	-
Em nada	51	45	88,2	4	7,8	2	3,9		51	42	82,4	7	13,7	2	3,9	
Um pouco	55	49	89,1	3	5,5	3	5,5		54	42	77,8	9	16,7	3	5,6	
Razoável	52	38	73,1	9	17,3	5	9,6		52	37	71,2	11	21,2	4	7,7	
Muito	178	144	80,9	22	12,4	12	6,7		179	140	78,2	22	12,3	17	9,5	
Completamente	365	312	85,5	28	7,7	25	6,8		365	285	78,1	46	12,6	34	9,3	
NEE antes do COVID-19	650	543	83,5	62	9,5	45	6,9	0,704	650	504	77,5	88	13,5	58	8,9	0,810
Muito baixo	121	97	80,2	13	10,7	11	9,1		121	92	76,0	20	16,5	9	7,4	
Baixo	233	191	82,0	25	10,7	17	7,3		233	176	75,5	33	14,2	24	10,3	
Regular	183	155	84,7	16	8,7	12	6,6		183	144	78,7	22	12,0	17	9,3	
Alto / Muito alto	113	100	88,5	8	7,1	5	4,4		113	92	81,4	13	11,5	8	7,1	
NEE durante o COVID-19	701	588	83,9	66	9,4	47	6,7	0,164	701	546	77,9	95	13,6	60	8,6	0,607
Muito baixo	191	159	83,2	19	9,9	13	6,8		190	145	76,3	31	16,3	14	7,4	
Baixo	273	220	80,6	30	11,0	23	8,4		274	208	75,9	38	13,9	28	10,2	
Regular	157	138	87,9	14	8,9	5	3,2		157	126	80,3	19	12,1	12	7,6	
Alto / Muito alto	80	71	88,8	3	3,8	6	7,5		80	67	83,8	7	8,8	6	7,5	

Fonte: Autoria própria (2023).

Legenda: *Quiquadrado de Pearson ou Exato de Fischer.

7.2.3 Fatores associados a depressão e ideação suicida

Dentro da amostra, depressão “grave” foi significativamente maior em pessoas entre 18 e 34 anos (16,8%, $p = 0,002$), solteiras (12,6%, $p = 0,001$) e com escolaridade de nível médio completo, superior incompleto ou ensino técnico (14,3%, $p = 0,009$). Indivíduos solteiros também se destacaram com nível “moderado” e “grave” de ideação suicida (61,2% e 30%, respectivamente, $p < 0,001$), enquanto o nível de escolaridade de pós-graduação apresentou 65,4% ($p = 0,038$) com ideação suicida “moderada” e, dos que possuíam formação máxima abaixo de ensino superior completo, 29,3% ($p = 0,038$) apresentaram ideação “grave”. Sobre os fatores laborais, 15,9% ($p = 0,026$) dos que eram a principal fonte de renda familiar apresentaram ideação suicida “grave” e, 65,7% ($p = 0,026$) apresentaram nível “moderado” (TABELA 29).

Para pessoas em situação de desemprego, 18,1% ($p < 0,001$) estavam com depressão “moderada” e 16,2% ($p < 0,001$) “grave”. Depressão “grave” também foi vista em 14,5% ($p < 0,001$) dos portadores de doenças físicas, 12% ($p < 0,001$) dos que sofrem por doença de pessoa próxima, 10,2% ($p = 0,008$) dos enlutados, 23,2% ($p < 0,001$) dos que estavam em crise conjugal, 28,6% ($p < 0,001$) dos usuários de álcool e/ou cigarro, 15,5% ($p = 0,031$) dos que sofreram violência, 44,1% ($p < 0,001$) dos que se autoinfligiram violência e 53,6% ($p < 0,001$) dos com autopercepção “ruim/péssima” da saúde emocional. Ideação suicida “grave” foi encontrada em 32,8% ($p < 0,001$) dos desempregados, 30,6% ($p = 0,002$) dos acometidos por doença física, 41,2% ($p < 0,001$) dos usuários de álcool e/ou cigarro, 35,1% ($p = 0,015$) dos que sofreram violência, 64,7% ($p < 0,001$) dos que se autoinfligiram violência, e 60,0% ($p < 0,001$) dos com autopercepção “ruim/péssima” da saúde emocional. Das pessoas em crise conjugal, 55,6% ($p = 0,007$) apresentaram ideação suicida “moderada” e 33,3% ($p = 0,007$) ideação grave. Dos “muito” ou “completamente” afetados pelo isolamento social do COVID-19, 21,3% ($p < 0,001$) apresentaram depressão “grave” e 32,4% ($p = 0,002$) ideação suicida “grave” (TABELA 30).

Quanto à assistência psíquica anterior ao COVID-19, depressão “grave” foi encontrada em pessoas que tiveram acompanhamento psiquiátrico prévio (16,3%, $p < 0,001$), nas que foram diagnosticadas com algum transtorno psiquiátrico (20,6%, $p < 0,001$), nas que utilizaram psicofármacos para transtorno psiquiátrico em dois ou mais ocasiões anteriores (22,3%, $p < 0,001$), nas que utilizaram três ou mais psicofármacos por dia (25,7%, $p < 0,001$) e, nas que utilizaram psicofármacos para doença não psiquiátrica (11,0%, $p = 0,001$). Ainda antes da pandemia, ideação suicida “grave” foi encontrada em pessoas que tiveram

acompanhamento psiquiátrico prévio (32,0%, $p < 0,001$), nas que foram diagnosticadas com algum transtorno psiquiátrico (35,5%, $p < 0,001$), nas que utilizaram psicofármacos para transtorno psiquiátrico em duas ou mais ocasiões (32%, $p < 0,001$), nas que utilizaram três ou mais psicofármacos por dia (47,1%, $p < 0,001$) e nas que utilizaram psicofármacos para doença não psiquiátrica (27,6%, $p = 0,026$) (TABELA 31).

Quanto à assistência psiquiátrica no momento da coleta dos dados, durante a pandemia, depressão “grave” foi encontrada em 17,6% ($p < 0,001$) das pessoas que estavam em acompanhamento psiquiátrico ativo, em 27,1% ($p < 0,001$) das diagnosticadas com transtorno psiquiátrico, em 19,4% ($p < 0,001$) das que usavam psicofármacos para transtorno psiquiátrico, e em 17,3% ($p < 0,001$) das que usavam psicofármacos para transtorno não psiquiátrico. Durante a pandemia, ideação suicida “grave” foi detectada em 31,4% ($p = 0,002$) das pessoas em acompanhamento psiquiátrico ativo, em 42,1% ($p < 0,001$) das diagnosticadas com algum transtorno psiquiátrico, em 30,5% ($p = 0,002$) dos usuários de psicofármacos para transtorno psiquiátrico, com a maioria destes em uso de duas medicações (50,0%, $p = 0,002$), ou três ou mais medicações (42,1%, $p = 0,002$) e em 33,3% ($p = 0,003$) dos usuários de psicofármacos para doença não psiquiátrica (TABELA 31).

A respeito dos tratamentos não médicos antes do COVID-19, depressão “grave” esteve presente em 10,9% ($p = 0,003$) das pessoas que fizeram psicoterapia e em 6,8% ($p = 0,052$) das que se submeteram às Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Ideação suicida “grave” esteve presente em 25,4% ($p < 0,001$) das pessoas que fizeram psicoterapia, dentre as quais o tempo de duração foi de menos de seis meses (28,8%, $p = 0,039$) e entre seis meses a um ano (30,4%, $p = 0,039$), e 21,8% ($p = 0,023$) dos tratados com PICS. Em relação aos tratamentos não médicos ativos durante a pandemia, a psicoterapia se associou ao nível “moderado” e “grave” de ideação suicida (64,1% e 24,7%, respectivamente, $p = 0,036$) (TABELA 32).

Sobre a crença religiosa, 54,1% ($p = 0,001$) dos católicos apresentaram ideação suicida “moderada” e 19,1% ($p = 0,001$) “grave”; enquanto 67,9% ($p < 0,001$) dos espíritas apresentaram nível “moderado” e 18,7% ($p < 0,001$) nível “grave”. Sobre o envolvimento espírita antes do COVID-19 ($p = 0,034$), a depressão “grave” caiu conforme subiu o NEE, sendo este muito baixo (10,7%), baixo (8,2%), regular (7,7%) e alto/muito alto (2,7%). Durante o COVID-19 foi diferente ($p = 0,011$), pois a prevalência da depressão “grave” em pessoas com NEE muito baixo (9,9%) e baixo (9,5%) foram semelhantes, mas para NEE regular este valor caiu (2,5%) e voltou a subir no NEE alto/muito alto (5,0%). Quanto ao NEE pré-covid e a ideação suicida “grave” ($p = 0,016$), pessoas com NEE muito baixo (22,2%), baixo (21,4%) e

regular (20,3%) apresentaram números semelhantes, mas no NEE alto/muito alto, esta prevalência caiu bastante (9,8%). E durante a pandemia ($p = 0,001$), a ideação suicida “grave” caiu de forma uniforme conforme maior NEE - muito baixo (26,5%), baixo (20,1%), regular (17%) e alto/muito alto (10,1%) (TABELA 33).

O COVID-19 não alterou significativamente o NEE, visto que todos os seus níveis se mantiveram associados majoritariamente à depressão “leve” (entre 75 a 90%) e à ideação suicida “moderada” (entre 55 a 75%). Depressão grave teve menor prevalência para NEE “alto/muito alto”, antes e durante a pandemia (2,7% e 5,0%, respectivamente), em relação ao NEE “baixo” (7,7% e 9,5%, respectivamente) e NEE “muito baixo” (10,7% e 9,9%, respectivamente). A ideação suicida grave foi menos prevalente para NEE “alto/muito alto”, antes e durante a pandemia (9,8% e 10,1%, respectivamente), quando comparado ao NEE “baixo” (21,4% e 20,1%, respectivamente) e NEE “muito baixo” (22,2% e 26,5%, respectivamente) (TABELA 33).

Tabela 29 - Caracterização dos fatores sociodemográficos e sua correlação com os níveis de depressão e ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Fatores sociodemográficos	Níveis															
	Depressão								Ideação suicida							
	N	Leve		Moderado		Grave		Valor p*	N	Leve		Moderado		Grave		Valor p*
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			
Faixa etária	701	568	81,0	80	11,4	53	7,6	0,002	686	114	16,6	435	63,4	137	20,0	0,104
Entre 18 e 34 anos	107	74	69,2	15	14,0	18	16,8		101	16	15,8	55	54,5	30	29,7	
Entre 35 e 54 anos	348	283	81,3	42	12,1	23	6,6		340	54	15,9	220	64,7	66	19,4	
55 anos ou mais	246	211	85,8	23	9,3	12	4,9		245	44	18,0	160	65,3	41	16,7	
Estado civil	701	568	81,0	80	11,4	53	7,6	0,001	686	114	16,6	435	63,4	137	20,0	0,000
Casado(a) ou em união estável	409	342	83,6	47	11,5	20	4,9		401	85	21,2	251	62,6	65	16,2	
Solteiro(a)	175	129	73,7	24	13,7	22	12,6		170	15	8,8	104	61,2	51	30,0	
Viúvo(a)/ Divorciado(a)/ Separado(a)	117	97	82,9	9	7,7	11	9,4		115	14,0	12,2	80	69,6	21	18,3	
Escolaridade	693	563	81,2	79	11,4	51	7,4	0,009	686	114	16,6	435	63,4	137	20,0	0,038
Médio completo/Superior incompleto/Técnico	140	103	73,6	17	12,1	20	14,3		140	18	12,9	81	57,9	41	29,3	
Bacharelado/Licenciatura	162	129	79,6	22	13,6	11	6,8		157	29	18,5	100	63,7	28	17,8	
Pós-graduação	391	331	84,7	40	10,2	20	5,1		381	67	17,6	249	65,4	65	17,1	
Principal fonte de renda familiar	666	541	81,2	76	11,4	49	7,4	0,196	651	110	16,9	413	63,4	128	19,7	0,026
Não	303	237	78,2	40	13,2	26	8,6		298	45	15,1	181	60,7	72	24,2	
Sim	363	304	83,7	36	9,9	23	6,3		353	65	18,4	232	65,7	56	15,9	

Fonte: Autoria própria (2023).

Legenda: *Quiquadrado de Person ou Exato de Fischer.

Tabela 30 - Caracterização dos fatores relacionados ao estado psíquico e sua correlação com os níveis de depressão e ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Fatores relacionados ao estado psíquico	Níveis														
	Depressão								Ideação suicida						
	N	Leve		Moderado		Grave		Valor p*	N	Leve		Grave		Valor p*	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		
Fatores	701	568	81,0	80	11,4	53	7,6		686	114	16,6	435	63,4	137	20,0
Desemprego	204	134	65,7	37	18,1	33	16,2	0,000	201	22	10,9	113	56,2	66	32,8
Doença física	138	93	67,4	25	18,1	20	14,5	0,000	134	15	11,2	78	58,2	41	30,6
Doença de pessoa próxima	250	182	72,8	38	15,2	30	12,0	0,000	247	36	14,6	154	62,3	57	23,1
Luto	88	61	69,3	18	20,5	9	10,2	0,008	86	13	15,1	53	61,6	20	23,3
Crise conjugal	82	46	56,1	17	20,7	19	23,2	0,000	81	9	11,1	45	55,6	27	33,3
Álcool ou cigarro	35	17	48,6	8	22,9	10	28,6	0,000	34	2	5,9	18	52,9	14	41,2
Drogas ilícitas	8	2	25,0	2	25,0	4	50,0	-	8	0	0,0	1	12,5	7	87,5
Violência sofrida	58	40	69,0	9	15,5	9	15,5	0,031	57	6	10,5	31	54,4	20	35,1
Agravada pelo COVID-19	22	12	54,5	5	22,7	5	22,1	-	21	1	4,8	12	57,1	8	38,1
Violência autoinfligida	34	8	23,5	11	32,4	15	44,1	0,000	34	0	0,0	12	35,3	22	64,7
Agravada pelo COVID-19	19	4	21,1	5	26,3	10	52,6	-	19	0	0,0	8	42,1	11	57,9
Isolamento social afetando a saúde emocional	701	568	81,0	80	11,4	53	7,6	0,000	686	114	16,6	435	63,4	137	20,0
Em nada	107	97	90,7	6	5,6	4	3,7		104	21	20,2	72	69,2	11	10,6
Um pouco	293	249	85,0	27	9,2	17	5,8		289	45	15,6	192	66,4	52	18,0
Razoável	193	156	80,8	28	14,5	9	4,7		188	27	14,4	121	64,4	40	21,3
Muito / Completamente	108	66	61,1	19	17,6	23	21,3		105	21	20,0	50	47,6	34	32,4
Autopercepção do estado de saúde emocional	701	568	81,0	80	11,4	53	7,6	0,000	686	114	16,6	435	63,4	137	20,0
Boa / Excelente	412	389	94,4	20	4,9	3	0,7		401	78	19,5	287	71,6	36	9,0
Regular	233	163	70,0	50	21,5	20	8,6		230	32	13,9	130	56,5	68	29,6
Ruim / Péssima	56	16	28,6	10	17,9	30	53,6		55	4	7,3	18	32,7	33	60,0

Fonte: Autoria própria (2023).

Legenda: *Quadrado de Person ou Exato de Fischer.

Tabela 31 - Caracterização dos fatores relacionados à assistência psiquiátrica, antes e durante a pandemia do COVID-19, e sua correlação com os níveis de depressão e ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Fatores relacionados à assistência psiquiátrica	Níveis															
	Depressão								Ideação suicida							
	N	Leve		Moderado		Grave		Valor p*	N	Leve		Moderado		Grave		Valor p*
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			
Antes da pandemia	701	568	81,0	80	11,4	53	7,6		686	114	16,6	435	63,4	137	20,0	
Acompanhamento psiquiátrico	172	112	65,1	32	18,6	28	16,3	0,000	169	20	11,8	95	56,2	54	32,0	0,000
Transtorno psiquiátrico	141	81	57,4	31	22,0	29	20,6	0,000	138	15	10,9	74	53,6	49	35,5	0,000
Psicofármacos para transtorno psiquiátrico	680	555	81,6	76	11,2	49	7,2	0,000	686	114	16,6	435	63,4	137	20,0	0,000
Nunca	436	380	87,2	36	8,3	20	4,6		427	80	18,7	286	67,0	61	14,3	
Sim, em uma ocasião	141	117	83,0	18	12,8	6	4,3		138	18	13,0	86	62,3	34	24,6	
Sim, em duas ou mais ocasiões	103	58	56,3	22	21,4	23	22,3		100	12	12,0	56	56,0	32	32,0	
Quantidade de psicofármacos diferentes por dia	265	188	70,9	44	16,6	33	12,5	0,000	259	34	13,1	149	57,5	76	29,3	0,000
1	164	137	83,5	19	11,6	8	4,9		159	25	15,7	104	65,4	30	18,9	
2	66	35	53,0	15	22,7	16	24,2		66	7	10,6	29	43,9	30	45,5	
3 ou mais	35	16	45,7	10	28,6	9	25,7		34	2	5,9	16	47,1	16	47,1	
Psicofármacos para doença não psiquiátrica	154	109	70,8	28	18,2	17	11,0	0,001	152	25	16,4	85	55,9	42	27,6	0,026
Durante a pandemia	701	568	81,0	80	11,4	53	7,6		686	114	16,6	435	63,4	137	20,0	
Acompanhamento psiquiátrico	125	76	60,8	27	21,6	22	17,6	0,000	121	13	10,7	70	57,9	38	31,4	0,002
Transtorno psiquiátrico	96	47	49,0	23	24,0	26	27,1	0,000	95	6	6,3	49	51,6	40	42,1	0,000
Psicofármacos para transtorno psiquiátrico	155	94	60,6	31	20,0	30	19,4	0,000	154	21	13,6	86	55,8	47	30,5	0,002
Quantidade de psicofármacos diferentes por dia	156	95	60,9	31	19,9	30	19,2	-	155	21	13,5	86	55,5	48	31,0	0,002
1	89	68	76,4	15	16,9	6	6,7		88	16	18,2	56	63,6	16	18,2	
2	48	18	37,5	12	25,0	18	37,5		48	3	6,3	21	43,8	24	50,0	
3 ou mais	19	9	47,4	4	21,1	6	31,6		19	2	10,5	9	47,4	8	42,1	
Psicofármacos para doença não psiquiátrica	98	62	63,3	19	19,4	17	17,3	0,000	96	12	12,5	52	54,2	32	33,3	0,003

Fonte: Autoria própria (2023).

Legenda: *Quiquadrado de Pearson ou Exato de Fischer.

Tabela 32 - Caracterização dos fatores relacionados à assistência psicológica, antes e durante a pandemia do COVID-19, e sua correlação com os níveis de depressão e ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Fatores relacionados à assistência psicológica	Níveis														
	Depressão								Ideação suicida						
	<i>N</i>	<i>Leve</i>		<i>Moderado</i>		<i>Grave</i>		<i>Valor p*</i>	<i>N</i>	<i>Leve</i>		<i>Moderado</i>		<i>Grave</i>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Antes da pandemia	701	568	81,0	80	11,4	53	7,6		686	114	16,6	435	63,4	137	20,0
Psicoterapia	304	230	75,7	41	13,5	33	10,9	0,003	295	32	10,8	188	63,7	75	25,4
Quantidade de tempo								0,505							0,039
Menos de 6 meses	52	35	67,3	11	21,2	6	11,5		52	2	3,8	35	67,3	15	28,8
6 meses a 1 ano	59	44	74,6	10	16,9	5	8,5		56	5	8,9	34	60,7	17	30,4
1 a 2 anos	69	55	79,7	7	10,1	7	10,1		68	15	22,1	36	52,9	17	25,0
Mais de 2 anos	124	96	77,4	13	10,5	15	12,1		119	10	8,4	83	69,7	26	21,8
PICs#	264	206	78,0	40	15,2	18	6,8	0,052	257	30	11,7	171	66,5	56	21,8
Durante a pandemia	701	568	81,0	80	11,4	53	7,6		686	114	16,6	435	63,4	137	20,0
Psicoterapia	174	133	76,4	21	12,1	20	11,5	0,066	170	19	11,2	109	64,1	42	24,7
PICs#	162	128	79,0	17	10,5	17	10,5	0,265	159	21	13,2	107	67,3	31	19,5

Fonte: Autoria própria (2023).

Legenda: *Quiquadrado de Pearson ou Exato de Fischer. #Práticas Integrativas e Complementares.

Tabela 33 - Caracterização dos fatores relacionados à crença religiosa e Nível de Envolvimento Espírita (NEE), antes e durante a pandemia do COVID-19, e sua correlação com os níveis de depressão e ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará.

Fatores relacionados à crença religiosa e envolvimento espírita	Níveis															
	Depressão								Ideação suicida							
	<i>N</i>	<i>Leve</i>		<i>Moderado</i>		<i>Grave</i>		<i>Valor p*</i>	<i>N</i>	<i>Leve</i>		<i>Moderado</i>		<i>Grave</i>		<i>Valor p*</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Identificação religiosa	701	568	81,0	80	11,4	53	7,6	-	686	114	16,6	435	63,4	137	20,0	0,002
Sem religião	28	21	75,0	4	14,3	3	10,7		26	5	19,2	9	34,6	12	46,2	
Agnóstico	10	5	50,0	1	10,0	4	40,0		10	2	20,0	2	20,0	6	60,0	
Católica	161	132	82,0	15	9,3	14	8,7		157	42	26,8	85	54,1	30	19,1	0,001
Evangélica	31	22	71,0	5	16,1	4	12,9		29	7	24,1	13	44,8	9	31,0	0,079
Espiritismo	556	451	81,1	63	11,3	42	7,6	0,984	545	73	13,4	370	67,9	1,2	18,7	0,000
Matriz afrodescendente	39	27	69,2	2	5,1	10	25,6		38	5	13,2	24	63,2	9	23,7	0,761
Outra	10	9	90,0	1	10,0	0	0,0	1,000	9	2	22,2	6	66,7	1	11,1	
NEE antes do COVID-19	650	252	80,8	76	11,7	49	7,5	0,034	635	96	15,1	417	65,7	122	19,2	0,016
Muito baixo	121	95	78,5	13	10,7	13	10,7		117	26	22,2	65	55,6	26	22,2	
Baixo	233	177	76,0	37	15,9	19	8,2		229	28	12,2	152	66,4	49	21,4	
Regular	183	155	84,7	14	7,7	14	7,7		177	24	13,6	117	66,1	36	20,3	
Alto / Muito alto	113	98	86,7	12	10,6	3	2,7		112	18	16,1	83	74,1	11	9,8	
NEE durante o COVID-19	701	568	81,0	80	11,4	53	7,6	0,011	686	114	16,6	435	63,4	137	20,0	0,001
Muito baixo	191	150	78,5	22	11,5	19	9,9		185	43	23,2	93	50,3	49	26,5	
Baixo	273	208	76,2	39	14,3	26	9,5		269	35	13,0	180	66,9	54	20,1	
Regular	157	140	89,2	13	8,3	4	2,5		153	23	15,0	104	68,0	26	17,0	
Alto / Muito alto	80	70	87,5	6	7,5	4	5,0		79	13	16,5	58	73,4	8	10,1	

Fonte: Autoria própria (2023).

Legenda: *Quiquadrado de Pearson ou Exato de Fischer.

7.2.4 *Análise multivariada dos fatores associados aos níveis de ideação suicida*

Considerando os fatores que, no contexto bivariado, apresentaram nível de significância de até 30%, observou-se que possuem maior prevalência para o risco moderado de ideação suicida indivíduos do sexo masculino (67,2%), mais velhos (55 anos ou mais - 65,3%), pardos (65,1%), que se declaram homoafetivos (63,5%), que não são solteiros e viúvo/divorciado/separado (69,9%), que possuem escolaridade mais elevada (bacharelado/licenciatura/pós graduação - 64,9%), que não têm carga horária fixa de trabalho diária (66,7%), que são a principal fonte de renda familiar (65,7%) e que possuem renda familiar mensal elevada (R\$ 7.801 ou mais - 66,2%). Por outro lado, a maior proporção de ideação suicida grave ocorreu nas pessoas do sexo feminino (21,5%), mais jovens (29,7%), com raça percebida branca (21,2%), que se declaram homoafetivas (24,3%), solteiras (30,0%), que possuem baixa escolaridade (médio completo/superior incompleto/técnico - 29,3%), com carga horária de trabalho diária superior a 8 horas (20,4%), que não são a principal fonte de renda familiar (15,9%) e possuem renda familiar mensal baixa (até R\$ 2.600,00 - 30,3%) (TABELA 34).

No contexto multivariado, em relação ao nível de ideação suicida leve, com significância estatística menor que 30%, ser solteiro foi o único fator sociodemográfico que se mostrou significativo tanto para risco de ideação suicida moderado quanto grave (OR = 2,35; IC 1,30 - 4,26; - OR = 4,45; IC 2,30 - 8,60, $p < 0,001$ respectivamente). O nível de escolaridade mais baixo (médio completo/superior incompleto/técnico - OR = 2,35; IC 1,26 - 4,39) e a renda familiar menor (R\$ 0 a R\$ 2.600 - OR = 2,54; IC 1,24 - 5,02) mostraram-se significativamente de risco para a ideação suicida grave ($p = 0,006$ e $p = 0,037$, respectivamente). Por outro lado, ser a principal fonte de renda mostrou-se um fator protetor para ideação suicida grave (OR = 0,54; IC 0,32 - 0,90; $p=0,037$) (TABELA 34).

Considerando os fatores relacionados ao estado psíquico que no contexto bivariado apresentaram nível de significância de até 30%, a maior prevalência da amostra foi para o risco moderado de ideação suicida, principalmente em indivíduos desempregados (56,2%), com doença física (58,2%), com doença de pessoa próxima (62,3%), em luto (61,6%), em crise conjugal (55,6%), com isolamento social afetando “em nada” a saúde emocional (69,2%), usuários de álcool/cigarro (52,9%), com violência sofrida (54,4%), com autopercepção da saúde emocional boa/excelente (71,6%) e regular/ruim/péssima (51,9%). Para ideação suicida grave, maior prevalência foi encontrada em pessoas em desemprego (32,8%), acometidas por doença física (30,6%), em crise conjugal (33,3%), usuários de álcool e/ou cigarros (41,2%), pessoas

que sofreram violência (35,1%) e que se autoinfligiram violência (64,7%). O isolamento social afetando a saúde emocional muito/completamente teve maior prevalência para ideação suicida grave (32,4%) do que os que foram afetados “em nada” (10,6%), “um pouco” (18,0%) ou “razoavelmente” (21,3%). E a autopercepção do estado de saúde emocional regular/ruim/péssima apresentou maior prevalência entre os indivíduos com ideação suicida grave do que os que se percebiam com saúde emocional boa/excelente (35,4% vs 9,0%) (TABELA 35).

Para a análise multivariada do estado psíquico da amostra com os níveis de ideação suicida em relação ao nível de ideação leve, com significância estatística menor que 30%, ideação suicida grave foi mais encontrada em indivíduos desempregados ($p < 0,001$; OR = 3,88; IC 2,19 - 6,89) em relação aos que possuíam emprego; indivíduos afetados por uma doença física ($p = 0,002$; OR = 2,81; IC 1,46 - 5,42) do que os não afetados; pessoas em crise conjugal ($p = 0,007$; OR = 2,86; IC 1,28 - 6,37) do que os sem crise conjugal; usuários de álcool/cigarro ($p = 0,007$; OR = 6,37; IC 1,41 - 28,66) do que os não usuários; e vítimas de violência (violência sofrida) ($p = 0,015$; OR = 3,07; IC 1,19 - 7,94) do que os que não estavam passando por essa condição. No contexto da pandemia, pessoas que se afetaram razoavelmente com o isolamento social apresentaram mais risco de ideação suicida grave ($p = 0,002$; OR = 2,82; IC 1,17 - 6,80) do que os que em nada tinham sido afetados; enquanto os que foram muito/completamente afetados pelo isolamento tinham mais risco para ideação grave ($p = 0,002$; OR = 3,09; IC 1,24 - 7,67) se comparado aos em nada afetados. Quanto à autopercepção do estado de saúde emocional, os indivíduos que percebiam sua saúde como regular/ruim/péssima tinham mais risco ($p < 0,001$; OR = 6,07; IC 3,51 - 10,51) de ideação suicida grave do que os que se percebiam com saúde emocional boa/excelente (TABELA 35).

Considerando os fatores relacionados à assistência psiquiátrica, que no contexto bivariado apresentaram significância de até 30%, a maior prevalência da amostra em período prévio à pandemia foi para o risco moderado de ideação suicida em pessoas em acompanhamento psiquiátrico (56,2%), com diagnóstico de transtorno psiquiátrico (53,6%), que nunca tinham utilizado psicofármacos até então (67,0%) e em uso de psicofármacos para doença não psiquiátrica (55,9%). Quanto à assistência psiquiátrica durante à pandemia, a maior prevalência também foi para o risco moderado de ideação suicida em pessoas em acompanhamento psiquiátrico (57,9%), com diagnóstico psiquiátrico (51,6%), em uso psicofármacos para transtorno psíquico (55,8%), e em uso de psicofármacos para doença não psíquica (54,2%). Comparando antes e durante a pandemia para a ideação suicida grave, reduziu a prevalência de pessoas em acompanhamento psiquiátrico de 32,0% para 31,4%, aumentou o

diagnóstico de transtorno psiquiátrico de 35,5% para 42,1% e aumentou o uso de psicofármacos em geral, seja para transtorno psíquico, de 27,7% para 30,5%, ou para doença não psíquica, de 27,6% para 33,3%. Para os tratamentos psicológicos, ideação suicida moderada também foi mais prevalente em pessoas em psicoterapia antes e durante a pandemia (63,7% e 64,1%, respectivamente) e, em pessoas em Práticas Integrativas e Complementares (PICS) antes e durante a pandemia (66,5% e 67,3%, respectivamente). Para a ideação suicida grave, 25,4% estava em psicoterapia antes da pandemia e 24,7% durante a pandemia, enquanto os tratados por PICS eram 21,8% antes da pandemia e 19,5% durante a pandemia. Em síntese, houve aumento do número de transtornos psiquiátricos e do uso de psicofármacos durante a pandemia, apesar da redução do acompanhamento psiquiátrico, enquanto, para pessoas em psicoterapia e PICS, a prevalência da ideação suicida moderada e grave se modificou pouco com o COVID-19 (TABELA 36).

Para a análise multivariada, com significância estatística menor que 30%, da assistência psiquiátrica anterior à pandemia com a ideação suicida em relação ao nível de ideação leve, nível grave para ideação suicida teve mais risco para pessoas em acompanhamento ($p < 0,001$; OR = 3,05; IC 1,69 - 5,52) do que as não acompanhadas; mais risco para pessoas diagnosticadas ($p < 0,001$; OR = 3,67; IC 1,92 - 7,01) do que as não diagnosticadas; mais risco para usuários de psicofármacos para transtorno psiquiátrico, em pelo menos uma ocasião ($p < 0,001$; OR = 2,88; IC 1,67 - 4,97), em relação aos que nunca tinham usado; e risco maior para usuários de psicofármacos para doença não psiquiátrica ($p = 0,026$; OR = 1,82; IC 1,18 - 2,80) em relação aos não usuários para esse propósito. Para análise multivariada da assistência psiquiátrica durante a pandemia, ideação suicida grave, em relação à ideação de nível leve, teve mais risco para pessoas em acompanhamento ($p = 0,002$; OR = 2,98; IC 1,49 - 5,93) do que os não acompanhados; mais risco para pessoas diagnosticadas ($p < 0,001$; OR = 7,42; IC 3,01 - 18,27) do que as não diagnosticadas; mais risco para usuários de psicofármacos para transtorno psiquiátrico ($p = 0,002$; OR = 2,31; IC 1,28 - 4,17) do que os não usuários; mais risco para usuários de psicofármacos para doença não psiquiátrica ($p = 0,003$; OR = 2,59; IC 1,26 - 5,30) do que os que não usuários. Para os tratamentos não médicos, a ideação suicida moderada foi significativa para psicoterapia prévia à pandemia ($p < 0,001$; OR = 1,95; IC 1,24 - 3,06) e PICS prévio à pandemia ($p < 0,023$; OR = 1,84; IC 1,14 - 2,87), enquanto a ideação grave apresentou mais risco para indivíduos em psicoterapia prévia à pandemia ($p < 0,001$; OR = 3,10; IC 1,82 - 5,26) do que os não acompanhados; mais risco para acompanhados por PICS antes da pandemia ($p = 0,023$; OR = 1,93; IC 1,13 - 3,31) do que os não acompanhados; e mais risco para os

acompanhados em psicoterapia ativa durante a pandemia ($p = 0,036$; $OR = 2,21$; $IC 1,19 - 4,07$) do que os não acompanhados (TABELA 36).

Considerando os fatores relacionados à crença espiritual que no contexto bivariado apresentaram nível de significância de até 30%, foi observada maior prevalência para ideação suicida moderada em indivíduos que se identificam com a religião católica (54,1%) e espírita (67,9%), simpatizantes do espiritismo da categorias em nada/um pouco (44,1%) e razoável/muito/completamente (66,8%), pessoas com Nível de Envolvimento Espírita (NEE) pré-covid muito baixo/baixo (63,9%) e regular/alto/muito alto (74,1%), pessoas com NEE durante o COVID-19 muito baixo/baixo (62,1%) e regular/alto/muito alto (73,4%), indivíduos que buscaram a doutrina espírita por sofrimento mental (62,1%), por interesse científico/filosófico (71,5%), ou por necessidade/sofrimento familiar (60,0%), trabalhadores (voluntários) de casas espíritas em geral (71,2%), e trabalhadores da palestra pública (62,3%), do atendimento espiritual (66,3%) e de projetos filantrópicos (82,3%). Por outro lado, maior prevalência para ideação suicida grave ocorreu para os indivíduos que não têm religião (46,2%) em relação aos possuem religião, seguido de evangélicos (31,0%), católicos (19,1%) e espíritas (18,7%). Maior prevalência para ideação suicida grave também foi visto em simpatizantes do espiritismo da categoria em nada/um pouco (25,5%), se comparado aos da categoria razoável/muito/completamente (19,9%), demonstrando que ter mais simpatia pelo espiritismo está menos associado à ideação suicida grave, sendo o contrário para o nível moderado. Pessoas que buscaram o espiritismo por sofrimento mental (26,1%) em relação aos demais motivos também tiveram maior prevalência para ideação grave. A prevalência para ideação suicida grave foi maior para NEE pré-covid muito baixo/baixo (21,2%) do que regular/alto/muito alto (9,8%), o mesmo ocorrendo para o NEE durante o COVID-19, sendo muito baixo/baixo (21,3%) maior do que regular/alto/muito alto (10,1%). Embora tenha se verificado que maior NEE está associado a menor prevalência de ideação suicida grave, a diferença provocada pela pandemia é bem pequena, se comparado os valores do NEE pré-covid com o NEE durante o COVID-19 (TABELA 37).

Na análise multivariada dos fatores relacionados à crença espiritual e dos níveis de ideação suicida, em relação ao nível de ideação leve, com significância estatística menor que 30%, os fatores que irão compor este modelo são: identificação religiosa católica, identificação religiosa espírita, simpatia pelo espiritismo, NEE pré-covid, NEE no COVID, sofrimento mental como motivo de busca do espiritismo e trabalhar em Palestra Pública e no Atendimento Espiritual, dentro das casas espíritas. Desses dados, a identificação religiosa católica se apresentou como um fator de proteção para ideação suicida moderada ($p = 0,001$; $OR = 0,41$;

IC 0,26 - 0,65) e para ideação suicida grave ($p = 0,001$; OR = 0,48; IC 0,27 - 0,83), se comparado aos não identificados com o catolicismo; enquanto os identificados com o espiritismo apresentaram mais risco de ideação suicida moderada ($p < 0,001$; OR = 3,19; IC 2,00 - 5,08) do que os não espíritas. A simpatia pelo espiritismo razoável/muito/completamente apresentou mais risco de ideação suicida moderada ($p < 0,001$; OR = 3,23; IC 1,93 - 5,41) do que os em nada/um pouco simpatizantes do espiritismo. O NEE pré-covid regular/alto/muito alto se revelou como um fator de proteção para ideação grave ($p = 0,015$; OR = 0,42; IC 0,19 - 0,96) se comparado ao NEE baixo/muito baixo. Sofrimento mental como motivo de buscar o espiritismo teve mais risco de ideação suicida grave ($p = 0,034$; OR = 2,11; IC 1,11 - 3,99) do que os outros motivos. E trabalhar nas Palestras Públicas reduziu o risco para ideação moderada ($p = 0,019$; OR = 0,37; IC 0,18 - 0,75) e para ideação grave ($p = 0,019$; OR = 0,33; IC 0,12 - 0,93) em relação aos demais trabalhos, assim como trabalhar no Atendimento Espiritual reduziu o risco para ideação moderada ($p = 0,039$; OR = 0,44; IC 0,22 - 0,83) e para ideação grave ($p = 0,039$; OR = 0,37; IC 0,15 - 0,93) em relação aos demais trabalhos (TABELA 37).

Tabela 34 - Análise bivariada e multivariada dos fatores sociodemográficos associados aos níveis de ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Fatores sociodemográficos	Níveis de Ideação suicida								Em relação à ideação de nível Leve					
	N	Leve		Moderado		Grave		Valor p	Moderado			Grave		
		n	%	n	%	n	%		OR	95% IC LI LS	OR	95% IC LI LS		
Sexo								0,289						
Feminino	494	82	16,6	306	61,9	106	21,5		0,926	0,586	1,463	1,334	0,753	2,364
Masculino	192	32	16,7	129	67,2	31	16,1		1,000	-	-	1,000	-	-
Faixa etária								0,104						
Entre 18 e 34 anos	101	16	15,8	55	54,5	30	29,7		0,945	0,494	1,809	2,012	0,959	4,222
Entre 35 e 54 anos	340	54	15,9	220	64,7	66	19,4		1,120	0,716	1,752	1,312	0,751	2,290
55 anos ou mais	245	44	18,0	160	65,3	41	16,7		1,000	-	-	1,000	-	-
Raça percebida								0,914						
Branca	345	58	16,8	214	62,0	73	21,2		1,123	0,459	2,747	1,259	0,418	3,792
Parda	304	49	16,1	198	65,1	57	18,8		1,230	0,499	3,031	1,163	0,381	3,548
Outras	37	7	18,9	23	62,2	7	18,9		1,000	-	-	1,000	-	-
Estado civil								0,000						
Casado(a) ou em união estável	401	85	21,2	251	62,6	65	16,2		1,000	-	-	1,000	-	-
Solteiro(a)	170	15	8,8	104	61,2	51	30,0		2,348	1,296	4,255	4,446	2,298	8,603
Viúvo(a)/ Divorciado(a)/ Separado(a)	115	14	12,2	80	69,6	21	18,3		1,935	1,042	3,593	1,962	0,927	4,150
Nível de escolaridade								0,006						
Médio com./Superior inc./Técnico	140	18	12,9	81	57,9	41	29,3		1,238	0,708	2,164	2,351	1,261	4,385
Bacharelado/Licenciatura/Pós-graduação	538	96	17,8	349	64,9	93	17,3		1,000	-	-	1,000	-	-
Carga horária / diária de trabalho								0,647						
Até 8 horas	308	48	15,6	200	64,9	60	19,5		1,000	-	-	1,000	-	-
8 ou mais horas	279	53	19,0	169	60,6	57	20,4		0,765	0,492	1,189	0,860	0,505	1,466
Nenhuma das anteriores	99	13	13,1	66	66,7	20	20,2		1,218	0,622	2,388	1,231	0,556	2,725
Principal fonte de renda familiar	353	65	18,4	232	65,7	56	15,9	0,026	0,887	0,579	1,360	0,538	0,321	0,902
Renda familiar mensal								0,037						
R\$ 0 a R\$ 2.600	119	15	12,6	68	57,1	36	30,3		1,189	0,630	2,246	2,544	1,244	5,204
R\$ 2.601 a R\$ 7.800	262	46	17,6	165	63,0	51	19,5		0,941	0,603	1,469	1,175	0,675	2,047
R\$ 7.801 ou mais	305	53	17,4	202	66,2	50	16,4		1,000	-	-	1,000	-	-

Fonte: Autoria própria (2023).

Tabela 35 - Análise bivariada e multivariada dos fatores relacionados ao estado psíquico associados aos níveis de ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Fatores relacionados ao estado psíquico	Níveis de Ideação suicida								Em relação à ideação de nível Leve					
	N	Leve		Moderado		Grave		Valor p	Moderado			Grave		
		n	%	n	%	n	%		OR	95% IC		OR	95% IC	
									LI	LS		LI	LS	
Desemprego	201	22	10,9	113	56,2	66	32,8	0,000	1,468	0,879	2,449	3,887	2,191	6,897
Doença física	134	15	11,2	78	58,2	41	30,6	0,002	1,442	0,795	2,616	2,819	1,465	5,425
Doença de pessoa próxima	247	36	14,6	154	62,3	57	23,1	0,245	1,187	0,764	1,846	1,544	0,917	2,599
Luto	86	13	15,1	53	61,6	20	23,3	0,716	1,078	0,566	2,055	1,328	0,629	2,804
Crise conjugal	81	9	11,1	45	55,6	27	33,3	0,007	1,346	0,638	2,842	2,864	1,286	6,376
Álcool ou cigarro	34	2	5,9	18	52,9	14	41,2	0,007	2,417	0,553	10,573	6,374	1,417	28,668
Drogas ilícitas	8	0	0,0	1	12,5	7	87,5		-	-	-	-	-	-
Violência sofrida	57	6	10,5	31	54,4	20	35,1	0,015	1,381	0,562	3,396	3,077	1,191	7,949
Violência cometida	14	1	7,1	7	50,0	6	42,9		-	-	-	-	-	-
Violência autoinfligida	34	0	0,0	12	35,3	22	64,7	0,000	-	-	-	-	-	-
Isolamento social afetando saúde emocional								0,002						
Em nada	104	21	20,2	72	69,2	11	10,6		1,000	-	-	1,000	-	-
Um pouco	289	45	15,6	192	66,4	52	18,0		1,244	0,694	2,233	2,206	0,961	5,067
Razoável	188	27	14,4	121	64,4	40	21,3		1,307	0,689	2,480	2,828	1,176	6,803
Muito / Completamente	105	21	20,0	50	47,6	34	32,4		0,694	0,343	1,404	3,091	1,244	7,679
Autopercepção do estado de saúde emocional								0,000						
Boa / Excelente	401	78	19,5	287	71,6	36	9,0		1,000	-	-	1,000	-	-
Regular / Ruim / Péssima	285	36	12,6	148	51,9	101	35,4		1,117	0,718	1,738	6,079	3,513	10,519

Fonte: Autoria própria (2023).

Tabela 36 - Análise bivariada e multivariada dos fatores relacionados à assistência psíquica antes e durante o COVID-19 associados aos níveis de ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Fatores relacionados à assistência psíquica antes e durante o COVID-19	Níveis de Ideação suicida								Em relação à ideação de nível Leve					
	N	Leve		Moderado		Grave		Valor p	Moderado			Grave		
		n	%	n	%	n	%		OR	95% IC		OR	95% IC	
									LI	LS		LI	LS	
Assistência psiquiátrica antes do COVID-19														
Acompanhamento psiquiátrico	172	20	11,8	95	56,2	54	32,0	0,000	1,313	0,770	2,239	3,058	1,692	5,527
Transtorno psiquiátrico	141	15	10,9	74	53,6	49	35,5	0,000	1,353	0,744	2,460	3,675	1,927	7,010
Psicofármacos para transtorno psiquiátrico								0,000						
Nunca	427	80	18,7	286	67,0	61	14,3		1,000	-	-	1,000	-	-
Sim, em pelo menos uma ocasião	238	30	12,6	142	59,7	66	27,7		1,324	0,831	2,109	2,885	1,673	4,977
Psicofármacos para doença não psiquiátrica	154	25	16,4	85	55,9	42	27,6	0,026	1,157	0,699	1,913	1,820	1,180	2,809
Assistência psiquiátrica durante o COVID-19														
Acompanhamento psiquiátrico	121	13	10,7	70	57,9	38	31,4	0,002	1,490	0,792	2,802	2,982	1,499	5,934
Transtorno psiquiátrico	95	6	6,3	49	51,6	40	42,1	0,000	2,285	0,953	5,477	7,423	3,015	18,272
Psicofármacos para transtorno psiquiátrico	154	21	13,6	86	55,8	47	30,5	0,002	1,091	0,643	1,852	2,313	1,281	4,174
Psicofármacos para doença não psiquiátrica	98	12	12,5	52	54,2	32	33,3	0,003	1,154	0,594	2,243	2,590	1,264	5,307
Assistência psicológica antes do COVID-19														
Psicoterapia	304	32	10,8	188	63,7	75	25,4	0,000	1,950	1,243	3,060	3,100	1,826	5,262
PICs*	264	30	11,7	171	66,5	56	21,8	0,023	1,814	1,146	2,870	1,936	1,130	3,316
Assistência psicológica durante o COVID-19														
Psicoterapia	174	19	11,2	109	64,1	42	24,7	0,036	1,672	0,976	2,864	2,211	1,199	4,076
PICs*	162	21	13,2	107	67,3	31	19,5	0,387	1,445	0,858	2,433	1,295	0,697	2,408

Fonte: Autoria própria (2023).

Legenda: *Práticas Integrativas e Complementares.

Tabela 37 - Análise bivariada e multivariada dos fatores relacionados à crença espiritual associados aos níveis de ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

(continua)

Fatores relacionados à crença espiritual	Níveis de Ideação suicida								Em relação à ideação de nível Leve											
	N	Leve		Moderado		Grave		Valor p	Moderado		Grave		OR	95% IC						
		n	%	n	%	n	%		OR	95% IC	OR	95% IC								
											LI	LS	LI	LS						
Identificação religiosa																				
Sem religião	26	5	19,2	9	34,6	12	46,2	0,002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Agnóstico	10	2	20,0	2	20,0	6	60,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Evangélica	29	7	24,1	13	44,8	9	31,0	0,079	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Religiões de matriz afrodescendente	38	5	13,2	24	63,2	9	23,7	0,761	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Católica	157	42	26,8	85	54,1	30	19,1	0,001	0,416	0,266	0,652	0,481	0,276	0,838						
Espiritismo	545	73	13,4	370	67,9	102	18,7	0,000	3,197	2,009	5,087	1,637	0,952	2,814						
Simpatia pelo espiritismo								0,000												
Em nada / Um pouco	102	31	30,4	45	44,1	26	25,5		1,000	-	-	1,000	-	-						
Razoável / Muito / Completamente	584	83	14,2	390	66,8	111	19,0		3,237	1,934	5,418	1,595	0,881	2,887						
Motivação para busca da doutrina espírita	635	96		417		122														
Origem/influência familiar	102	16	15,7	63	61,8	23	22,5	0,570	0,890	0,488	1,621	1,162	0,575	2,346						
Amizades/influência sociofamiliar	141	20	14,2	91	64,5	30	21,3	0,770	1,061	0,615	1,829	1,239	0,652	2,355						
Curiosidade	203	34	16,7	131	64,5	38	18,7	0,747	0,835	0,524	1,332	0,506	0,825	0,468						
Sofrimento mental	153	18	11,8	95	62,1	40	26,1	0,034	1,278	0,729	2,241	2,114	1,118	3,996						
Mediunidade manifestada	126	15	11,9	84	66,7	27	21,4	0,489	1,362	0,747	2,484	1,535	0,764	3,082						
Interesse científico/ filosófico	228	31	13,6	163	71,5	34	14,9	0,056	1,346	0,840	2,155	0,810	0,452	1,451						
Necessidade/ sofrimento familiar	25	7	28,0	15	60,0	3	12,0	0,173	0,474	0,188	1,198	0,321	0,081	1,274						
Trabalhador / facilitador da casa espírita	288	42	14,6	205	71,2	41	14,2	0,046	1,255	0,733	2,149	0,676	0,352	1,298						
Palestra pública	61	16	26,2	38	62,3	7	11,5	0,019	0,370	0,181	0,756	0,335	0,120	0,932						
Atendimento espiritual	101	22	21,8	67	66,3	12	11,9	0,039	0,441	0,225	0,864	0,376	0,152	0,930						
Estudo sistemático da doutrina espírita	122	19	15,6	86	70,5	17	13,9	0,929	0,875	0,449	1,706	0,857	0,360	2,045						
Estudos da mediunidade	94	14	14,9	67	71,3	13	13,8	1,000	0,971	0,480	1,965	0,929	0,370	2,327						
Atendimento fraterno	62	10	16,1	42	67,7	10	16,1	0,767	0,825	0,375	1,811	1,032	0,377	2,823						
Fluidoterapia	66	8	12,1	51	77,3	7	10,6	0,489	1,407	0,612	3,237	0,875	0,285	2,682						
Reunião mediúnica	142	21	14,8	103	72,5	18	12,7	0,791	1,010	0,520	1,961	0,783	0,330	1,857						
Projeto filantrópico	62	6	9,7	51	82,3	5	8,1	0,096	1,987	0,792	4,988	0,833	0,233	2,978						
Função administrativa	78	12	15,4	57	73,1	9	11,5	0,761	0,963	0,461	2,010	0,703	0,259	1,907						

Tabela 37 – Análise bivariada e multivariada dos fatores relacionados à crença espiritual associados aos níveis de ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

(conclusão)

Fatores relacionados à crença espiritual	Níveis de Ideação suicida								Em relação à ideação de nível <i>Leve</i>					
	N	<i>Leve</i>		<i>Moderado</i>		<i>Grave</i>		Valor p	<i>Moderado</i>			<i>Grave</i>		
		n	%	n	%	n	%		OR	95% IC		OR	95% IC	
									LI	LS		LI	LS	
Nível de Envolvimento Espírita pré COVID-19								0,015						
Muito baixo / Baixo	523	78	14,9	334	63,9	111	21,2		1,000	-	-	1,000	-	-
Regular / Alto / Muito alto	112	18	16,1	83	74,1	11	9,8		1,077	0,611	1,897	0,429	0,192	0,960
Nível de Envolvimento Espírita no COVID-19								0,057						
Muito baixo / Baixo	607	101	16,6	377	62,1	129	21,3		1,000	-	-	1,000	-	-
Regular / Alto / Muito alto	79	13	16,5	58	73,4	8	10,1		1,195	0,630	2,267	0,482	0,192	1,207

Fonte: Autoria própria (2023).

7.2.5 *Análise multinomial dos fatores associados aos níveis de ideação suicida*

Os fatores sociodemográficos (TABELA 34) do modelo completo multivariado ajustado pela regressão multinomial para a variação da ideação suicida, em relação ao nível de ideação leve, foram: estado civil, escolaridade, ser a principal fonte de renda e o valor da renda familiar mensal. Desses, os que influenciaram significativamente ($p < 0,05$) a variação do nível de ideação suicida, em relação à ideação de nível leve, foram: estado civil e ser a principal fonte de renda familiar. Indivíduos sem parceria fixa (solteiros e viúvos/divorciados/separados) apresentam risco maior quando comparados a quem é casado ou vive em união estável. A destarte, solteiros tem risco maior para ideação suicida moderada (OR = 2,36; IC 1,25 - 4,44 vs OR = 2,04; IC 1,08 - 3,84) e o dobro da ideação grave do que viúvos/divorciados/separados (OR = 4,24; IC 2,10 - 8,60 vs OR = 2,26; IC 1,04 - 4,90). Acrescente-se ainda que ser o principal provedor familiar se mostrou protetor para ideação suicida grave (OR 0,50; IC 0,29 - 0,86) (TABELA 38).

Os fatores do estado psíquico (TABELA 35) do modelo completo multivariado ajustado pela regressão multinomial para a variação da ideação suicida, em relação ao nível de ideação leve, foram: desemprego, doença física, crise conjugal, isolamento social afetando a saúde emocional, uso de álcool e/ou cigarro, violência sofrida e autopercepção do estado de saúde emocional. Dos fatores citados, em nível de significância de 5%, os que influenciaram significativamente na ideação suicida foram: desemprego e autopercepção do estado de saúde emocional. Indivíduos desempregados apresentaram mais risco (OR = 2,53; IC 1,38 - 4,62) de ideação suicida grave do que a condição de estar empregado e a percepção regular/ruim/péssima da própria saúde emocional apresentou mais risco (OR = 4,83; IC 2,74 - 8,51) de alto nível de ideação suicida se comparado aos que percebem o próprio estado emocional como bom/excelente (TABELA 38).

Os fatores de assistência psíquica (TABELA 36) do modelo completo multivariado ajustado pela regressão multinomial para a variação da ideação suicida, em relação ao nível de ideação leve, foram: acompanhamento psiquiátrico prévio e atual ao período do COVID-19, diagnóstico de transtorno psiquiátrico prévio e atual, uso prévio e atual de psicofármacos para transtorno psiquiátrico e para doença não psiquiátrica, acompanhamento psicoterápico prévio e atual e acompanhamento prévio de PICs. Por conseguinte, os fatores da assistência psíquica que influenciam significativamente ($p < 0,05$) a variação do nível de ideação suicida foram: uso de psicofármacos para transtorno psiquiátrico pelo menos em uma ocasião, prévio à pandemia, que apresentou mais risco para ideação suicida grave (OR = 2,25; IC 1,27 - 3,97) do que quem

nunca utilizou esse tipo de medicação para esse propósito e, acompanhamento psicoterápico prévio à pandemia, com risco maior para ideação suicida moderada (OR = 2,08; IC 1,28 - 3,36) e mais risco para ideação suicida grave (OR=2,50; IC 1,41-4,42) se comparado aos que não tiveram esse acompanhamento (TABELA 38).

Os fatores de crença espiritual (TABELA 37) do modelo completo multivariado ajustado pela regressão multinomial para a variação da ideação suicida, em relação ao nível de ideação leve, foram: identificação religiosa católica, identificação religiosa espírita, simpatia pelo espiritismo e NEE pré-covid. Ao nível de significância 5%, os fatores da crença espiritual que influenciaram significativamente a variação do nível de ideação suicida foram: identificação religiosa espírita e NEE pré-covid. A identificação religiosa com o espiritismo apresentou mais risco para ideação suicida moderada (OR = 2,52; IC 1,42 - 4,47) do que os não identificados com o espiritismo; enquanto o NEE pré-covid regular/alto/muito alto se revelou um fator de proteção para ideação suicida grave (OR = 0,37; IC 0,16 - 0,85) do que o NEE baixo/muito baixo (TABELA 38).

Considerando os fatores que, por bloco, no contexto multivariado ajustado pela regressão logística multinomial, explicam a ideação suicida ao nível de significância de até 30%, os fatores que compuseram o modelo completo para a variação da ideação suicida foram: estado civil, principal fonte de renda familiar, desemprego, autopercepção da saúde emocional, uso prévio à pandemia de psicofármacos para transtorno psiquiátrico, acompanhamento psicoterápico prévio, identificação religiosa espírita e NEE pré-covid (TABELA 38). Desses, os fatores de risco que influenciaram significativamente ($p < 0,05$) a variação da ideação suicida foram o estado civil, o desemprego, a autopercepção da saúde emocional, o acompanhamento psicoterápico pré-covid e a identificação religiosa espírita; e o fator de proteção que influenciou significativamente a ideação suicida foi o NEE pré-covid (TABELA 39).

Na regressão multivariada ajustada pelo modelo multinomial de todos os fatores influentes para a ideação suicida, em relação ao nível de ideação leve, a condição de estar solteiro apresentou mais risco de ideação moderada (OR = 2,32; IC 1,19 - 4,52) e de ideação grave (OR = 4,05; IC 1,89 - 8,69) em relação a condição de estar casado. O desemprego apresentou mais risco para ideação suicida grave (OR = 2,93; IC 1,45 - 5,92) se comparado aos indivíduos empregados. O acompanhamento psicoterápico pré-covid esteve associado à ideação suicida moderada (OR = 1,81; IC 1,10 - 2,98) e mais risco para ideação grave (OR = 2,57; IC 1,40 - 4,71) em relação aos que não faziam psicoterapia antes da pandemia. O mesmo aconteceu com identificação religiosa espírita, com mais risco para ideação suicida moderada (OR = 2,43; IC 1,34 - 4,38) e mais risco para ideação grave (OR = 2,13; IC 1,00 - 4,52) quando

comparado aos não espíritas. O único fator de proteção de alta significância para a ideação suicida foi o NEE pré-covid regular/alto/muito alto para ideação suicida grave (OR=0,38; IC 0,16-0,90), se comparado aos indivíduos com NEE baixo/muito baixo (TABELA 39).

Tabela 38 - Regressão do modelo multivariado ajustado pela regressão multinomial dos fatores sociodemográficos, dos relacionados ao estado psíquico, à assistência psíquica e à

crença espiritual associados ao nível de ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE.

Fatores sociodemográficos, estado psíquico, assistência psíquica e crença espiritual	Em relação à ideação de nível Leve					
	Moderado			Grave		
	OR	95% IC		OR	95% IC	
	LI	LS	LI	LS		
Fatores Sociodemográficos						
Estado civil						
Casado(a) ou em união estável	1,000	-	-	1,000	-	-
Solteiro(a)	2,358	1,252	4,441	4,242	2,099	8,571
Viúvo(a)/ Divorciado(a)/ Separado(a)	2,036	1,081	3,835	2,253	1,036	4,900
Principal fonte de renda familiar	0,814	0,525	1,262	0,501	0,293	0,857
Estado Psíquico						
Desemprego	1,456	0,859	2,468	2,533	1,389	4,620
Autopercepção da saúde emocional						
Boa / Excelente	1,000	-	-	1,000	-	-
Regular / Ruim / Péssima	1,028	0,651	1,622	4,833	2,743	8,517
Assistência psíquica (antes e durante o COVID-19)						
Psicofármacos p/ transtorno psiquiátrico (antes)						
Nunca	1,000	-	-	1,000	-	-
Sim, em pelo menos uma ocasião	1,089	0,671	1,767	2,253	1,277	3,975
Acompanhamento psicoterápico (antes)	2,081	1,287	3,365	2,503	1,415	4,428
Crença Espiritual						
Identificação religiosa – Espiritismo	2,431	1,349	4,380	2,133	1,005	4,528
Nível de Envolvimento Espírita pré COVID-19						
Muito baixo / Baixo	1,000	-	-	1,000	-	-
Regular / Alto / Muito alto	0,908	0,502	1,645	0,382	0,161	0,907

Fonte: Autoria própria (2023).

Tabela 39 – Regressão final do modelo multivariado ajustado pela regressão multinomial de todos os fatores associados aos níveis de ideação suicida de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

Fatores associados à ideação suicida (todos)	Em relação à ideação de nível Leve					
	Moderado			Grave		
	OR	95% IC		OR	95% IC	
	LI	LS	LI	LS		
Estado civil						
Casado(a) ou em união estável	1,000	-	-	1,000	-	-
Solteiro(a)	2,327	1,197	4,523	4,058	1,894	8,692
Viúvo(a)/ Divorciado(a)/ Separado(a)	1,923	0,961	3,847	1,787	0,757	4,216
Desemprego	1,750	0,944	3,245	2,937	1,456	5,926
Autopercepção do estado de saúde emocional						
Boa / Excelente	1,000	-	-	1,000	-	-
Regular / Ruim / Péssima	1,031	0,614	1,730	4,844	2,559	9,170
Acompanhamento psicoterápico antes do COVID-19	1,812	1,102	2,980	2,570	1,402	4,712
Identificação religiosa – Espiritismo	2,431	1,349	4,380	2,133	1,005	4,528
Nível de Envolvimento Espírita antes do COVID-19						
Muito baixo / Baixo	1,000	-	-	1,000	-	-
Regular / Alto / Muito alto	0,908	0,502	1,645	0,382	0,161	0,907

Fonte: Autoria própria (2023).

8 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados atingidos foi segmentada em 5 tópicos conforme a técnica de análise:

1. Caracterização da amostra;
2. Fatores associados ao estresse e ansiedade;
3. Fatores associados à depressão e à ideação suicida;
4. Análise multivariada dos níveis de ideação suicida; e
5. Análise multinomial dos níveis de ideação suicida.

8.1 Caracterização da amostra

Figura 26 - Principais resultados da caracterização da amostra de pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	
Perfil Sociodemográfico	Estado Psíquico
Mulheres Pardos ou brancos Heterossexuais Em união estável Com filhos Elevada escolaridade Ser a principal fonte de renda familiar Renda superior a 4 salários mínimos	Desemprego Doença física Doença de pessoa próxima Luto Drogas lícitas e ilícitas Violência sofrida, perpetrada ou autoinfligida Isolamento social afetando “um pouco”
Assistência Pré-covid19	Assistência no Covid19
Com psiquiatra Com diagnóstico: (2) Psicofármacos para transtorno: (0) ou (1) Psicofármacos para doença Com psicoterapia (+de 1 ano) e com PICs	Com psiquiatra: redução Com diagnóstico: aumento Psicofármacos para transtorno: aumento (2 ou mais)
Crença Espiritual	NEE
Motivos de busca pelo espiritismo <ul style="list-style-type: none"> • Interesse científico e filosófico • Sofrimento mental Casa Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Mais de 50% da amostra • Frequência semanal • Mais de 10 anos • Principalmente ESDE e Palestra Pública • Trabalhadores: 2/3 da amostra, principalmente reunião mediúnica Evangelho no lar = Regular Mediunidade autodeclarada = Nada Crenças espirituais e benefícios do envolvimento espírita = Muito ou completamente	<p>NEE (pré e no covid19): “Baixo” e “muito baixo” bem maiores que “alto” e “muito alto”.</p> <p>NEE (no covid19): Aumento para “muito baixo” e redução para “alto” e “muito alto”.</p>
	Dados Emocionais
	Estresse, ansiedade e depressão - moderado à grave Ideação suicida - risco alto ou muito alto
	Destaque: números elevados de depressão e ideação suicida

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Na análise univariada deste estudo, em relação aos dados sociodemográficos, a maioria dos indivíduos deste estudo eram mulheres, adultos, pardos ou brancos, heterossexuais, casados ou em união estável, com filhos, de elevada escolaridade, com ¼ da amostra com estabilidade laboral e representando a principal fonte de renda familiar, e renda superior a 4 salários mínimos. Comparando com a população geral no estado do Ceará, o perfil da amostra contrasta em relação à escolaridade, em que mais da metade dos cearenses não completou o ensino fundamental ou o médio, e com a renda familiar, que na população cearense está abaixo de 1 salário mínimo (até R\$ 1.046,00) (IBGE, 2010). Entretanto, a amostra está de acordo com o perfil de espíritas da população brasileira, que é de aproximadamente 30% com formação superior (nas outras religiões se aproxima a 10%) e aproximadamente 20% com renda familiar

de 5 salários mínimos ou mais (IBGE, 2010). Perfil sociodemográfico diferenciado da população espírita já havia sido apontado em pesquisas prévias (MENEZES JR.; ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2012; MOREIRA-ALMEIDA, 2005; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010).

Sobre o estado psíquico da amostra, com a chegada da pandemia do COVID-19, o sofrimento emocional foi potencialmente agravado, com o relato de 1/3 estar em sofrimento emocional por perda de emprego, causa de adoecimento já bastante evidenciada (DIMAS; PEREIRA; CANAVARRO, 2013; SCHMIDT; JANUÁRIO; ROTOLI, 2018); e/ou por doença física ou psíquica, seja pessoal ou familiar, que também são causas de perturbação psicológica (SANTOS et al., 2016, 2019a). O sofrimento emocional também se associou à redução de renda, luto, uso de drogas lícitas e ilícitas e à violência sofrida, perpetrada ou autoinfligida.

Esses dados são corroborados por pesquisas contemporâneas à pandemia. Por exemplo, nos Estados Unidos, o medo de perder o emprego e passar por dificuldades financeiras foi a segunda causa de transtorno mental, perdendo apenas para o medo de adquirir o COVID-19 e morrer (BHATTACHARJEE; ACHARYA, 2020); o luto do suicídio apresentou uma taxa de complicação de aproximadamente 40% no período da pandemia (PINTO et al., 2020); 53% de uma amostra da população estadunidense declarou impacto negativo do COVID-19 para provocar início ou agravamento do uso de drogas lícitas e/ou ilícitas (AVENA et al., 2021) e, também foi evidenciado aumento da violência doméstica no período da pandemia, por uma revisão sistemática de mais de 11 estudos selecionados em 6 bases de dados (BAZYAR et al., 2021).

Apesar dos dados que implicaram o COVID-19 na piora do estado psíquico, a maioria da amostra, deste estudo, declarou que o isolamento social pouco afetou a saúde emocional. Em contraste, pesquisas acerca do tema demonstraram que, juntamente com o sentimento de solidão, o isolamento social provoca piora na saúde cardiovascular e mental (AGHA, 2021; LEIGH-HUNT et al., 2017), assim como também é responsável por aumento do risco de desfecho suicida (CALATI et al., 2019) e, no período da pandemia, “estar longe da família devido ao *lockdown*” foi o fator mais mencionado (90%) em uma amostra estadunidense de 100 pessoas com alto nível de estresse, ansiedade e depressão (AGHA, 2021). Então, é suposto que houve baixa percepção da amostra sobre a influência da pandemia na saúde emocional.

Em relação à assistência psíquica, antes da pandemia, aproximadamente 1/5 da amostra relatou ter estado em acompanhamento psiquiátrico, dos quais pelo menos 2 transtornos psiquiátricos foram diagnosticados (ansioso e/ou depressivo), com a maior parte

sem ter utilizado medicação psiquiátrica; no entanto, quando necessário, apenas 1 medicação era prescrita. Também foi relatado uso frequente de medicação psiquiátrica para doença não psiquiátrica. Ainda antes da pandemia, por volta da metade da amostra teve assistência psicológica por mais de 1 ano e, 1/3 teve tratamento holístico ou similar (PICs), sendo que destes, pouco mais da metade por mais de 1 ano.

As taxas de assistência psíquica na amostra, no período pré-covid, contrastaram com a baixa assistência e com a carência estrutural da saúde pública brasileira, no tocante à saúde mental (BARBOSA; LIMA; CAVALCANTI, 2020; OPAS; OMS, 2018), o que levantou a possibilidade de que o melhor acesso à saúde possa estar relacionado à maior condição socioeconômica nesta amostra, a qual permite assistência fora do âmbito da saúde pública.

Destacou-se, durante a pandemia, a redução do acompanhamento e do diagnóstico psiquiátrico, o que pode ter se relacionado com o comprometimento da estrutura, da organização e dos profissionais da saúde mental em todo o mundo (GOURRET BAUMGART et al., 2021). Apesar da menor assistência psíquica durante a pandemia, houve aumento do número de diagnósticos para transtornos ansiosos, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos alimentares e transtornos de personalidade, o que está de acordo com as altas taxas globais de adoecimento psíquico (CRASKE et al., 2017; LIM et al., 2018). Também aumentou a medicalização, com maior prevalência do uso de 2 ou mais psicofármacos, o que vai ao encontro do aumento da venda e do consumo de medicações psiquiátricas no país (GOMES et al., 2022; LOPES et al., 2022).

Sobre os aspectos religiosos da amostra, nos motivos de busca pelo espiritismo, o interesse científico e filosófico foi bastante prevalente, o que reforçou o aspecto tríplice da doutrina – ciência, filosofia e religião (KARDEC, 2013), em detrimento da percepção do espiritismo apenas como religião. Como motivos de busca, também se destacaram o sofrimento mental pessoal, a mediunidade manifestada e o sofrimento de outros, todos estes relacionados a alguma demanda psicológica, o que corroborou o espiritismo como polo atrativo para pessoas com necessidades psíquicas (DALGALARRONDO, 2007a). Mesmo aqueles que buscaram a doutrina apenas por curiosidade, acabaram desenvolvendo algum NEE, já que o tempo como espírita ou simpatizante foi bem largo na amostra (10 anos ou mais). Extensa literatura demonstrou que maior envolvimento religioso pode propiciar melhorias nos aspectos da saúde mental, fato este evidenciado em pesquisas antigas (ALLPORT, 1950; ALLPORT; ROSS, 1967; LARSON; SWYERS; MCCULLOUGH, 1998; PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000) e recentes (BAZLEY; PAKENHAM; WATSON, 2019; LACE et al., 2020; PAUL

VICTOR; TRESCHUK, 2020), o que demonstrou que o espiritismo está de acordo com os dados mais gerais dessa linha de estudo.

A maior parte da amostra (mais da metade) se identificou como frequentador semanal da casa espírita há mais de 10 anos, sendo que esta assiduidade não mudou significativamente no período da pandemia, provavelmente devido aos encontros digitais e ao comprometimento da amostra com as atividades. Tanto antes quanto durante a pandemia, o ESDE foi o mais prevalente, mantendo aproximadamente 2/3 de frequência, o que denota NEE pelo menos moderado, visto que estudar a doutrina representa mais interesse e tempo de participação na casa espírita (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2006). A Palestra Pública foi a segunda atividade mais frequentada, no entanto, com a chegada da pandemia e do isolamento social houve redução importante nessa frequência. Em contrapartida, na pandemia se manteve o número de trabalhadores voluntários, em torno de 2/3 da amostra, com a Reunião Mediúnica como atividade mais frequentada, próximo da metade deste grupo, sugerindo alto NEE dos trabalhadores.

A prática de orações/preces era diária para mais de 2/3 da amostra, enquanto a prática regular do “Evangelho do Lar” semanal se aproximou de 1/2 da amostra. Estudos demonstraram a oração como um recurso para melhoria da saúde mental, podendo auxiliar na depressão e ansiedade (ANDERSON; NUNNELLEY, 2016) e na qualidade de vida (PANZINI et al., 2017), assim como evidências revelaram a importância da oração em ambiente domiciliar (RAINVILLE, 2018), modelo preconizado pelo “Evangelho no Lar”. A caridade fora da casa espírita, a assistência mediúnica voltada para si e a mediúnica solicitada para outros também foram utilizadas com frequência pela amostra e, a maioria declarou acreditar completamente nos cinco pressupostos principais da doutrina espírita: Deus, imortalidade, vida inteligente fora do planeta, reencarnação e mediunidade. A assistência mediúnica, como a crença na reencarnação e na mediunidade sugerem alto NEE, devido à especificidade com a doutrina. Além disso, mais de 3/4 da amostra informaram ter elevado nível de interesse por material espírita (livros, filmes, documentários, entre outros) e esta mesma quantidade também declarou elevado nível de interesse na crença espírita em geral, apesar do baixo nível de mediunidade autodeclarada. Ademais, os benefícios do envolvimento espírita sobre a saúde mental e os demais comportamentos foram percebidos, majoritariamente, como “muito” ou “completamente”. Esses dados demonstraram o perfil elevado de crença espiritual entre os participantes com evidente direcionamento para o espiritismo.

Dados específicos sobre NEE não foram encontrados na literatura. Apesar disso, estudos com parâmetros mais abertos em relação à espiritualidade são numerosos, como o bem-

estar espiritual (MARQUES; SARRIERA; DELL'AGLIO, 2009), atitudes relacionadas à espiritualidade (BRAGHETTA et al., 2021), religiosidade (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008b), religiosidade intrínseca (TAUNAY et al., 2012), *coping* religioso (PANZINI; BANDEIRA, 2005), entre outros.

São escassos os estudos acerca das terapias espíritas para a saúde mental. Em estudo nacional controlado e randomizado em pacientes hospitalizados, foi testada a intervenção do passe espírita, comparando com grupo de imposição de mãos com intenção de cura e grupo controle, sendo que o passe espírita foi mais eficaz em promover um estado de relaxamento muscular ($p < 0,001$), reduzir ansiedade ($p < 0,001$) e depressão ($p = 0,008$) e elevar a percepção de bem-estar ($p = 0,001$) (CARNEIRO; MORAES; TERRA, 2016). Em estudo similar, randomizado e controlado, a Terapia Espírita Complementar (TEC) que inclui oração, passe espírita, água fluidificada, educação espiritual, entre outros recursos terapêuticos de inclinação espírita, foi testada em pacientes hospitalizados com HIV/AIDS, resultando em redução significativa dos afetos negativos ($p = 0,045$), da tensão muscular ($p = 0,022$) e aumento significativo da percepção de bem-estar ($p = 0,041$) no grupo experimental (CARNEIRO et al., 2022).

Em estudo qualitativo sobre o efeito da comunicação mediúnica por meio de cartas psicografadas para pessoas em luto, concluiu-se que as “cartas consoladoras” contribuíram para melhoria da saúde emocional dos enlutados (HOTT; REINALDO, 2020). Em outra pesquisa qualitativa nacional, demonstrou-se que pessoas com experiências anômalas de inclinação espiritual (mediunidade), que, em um primeiro momento, apresentaram angústia e medo após contato com o espiritismo, ressignificaram a experiência com promoção de resiliência, altruísmo e autoconhecimento (SANCHES FURLANETTO et al., 2022).

Quanto ao NEE na amostra deste estudo, os níveis “baixo” e “muito baixo” foram consideravelmente maiores que os níveis “alto” e “muito alto”, tanto antes quanto durante a pandemia. Este dado demonstrou que a formulação do NEE foi rigorosa na sua estratificação dos níveis, mesmo com números expressivos para elevado envolvimento em algumas variáveis isoladas. Durante a pandemia, ficou notável o aumento do nível “muito baixo” do NEE e redução dos níveis “alto” e “muito alto”, o que pode ter ocorrido pelo isolamento social que dificultou o acesso presencial às casas espíritas pelo fechamento dos ambientes comunitários sociais (BOTH et al., 2021).

Em relação aos parâmetros emocionais da amostra, observou-se que em torno de 1/5 apresentou estresse, ansiedade e depressão entre moderado à grave, além de risco alto ou muito alto para ideação suicida. Estes dados estão em concordância com a tendência mundial

do aumento da taxa de ansiedade e depressão (CHEKOLE; ABATE, 2021), aumento dos comportamentos suicidas e do suicídio (PINTO et al., 2020) e piora do quadro de ansiedade, depressão e ideação suicida em pessoas com transtorno prévio à pandemia (PUANGSRI; JINANARONG; WATTANAPISIT, 2021).

Neste estudo, a prevalência de ansiedade na amostra ficou próxima da prevalência geral na população brasileira, perto de 30% para os transtornos ansiosos (COSTA et al., 2019), enquanto a depressão destacou-se pela alta prevalência nesta amostra, bem superior aos 4% estimados para a população nacional (BONADIMAN et al., 2020). Assim como a depressão, o risco “alto” e “muito alto” para o suicídio também foi elevado na amostra (1/5 da amostra somados), o que é preocupante se comparado, por exemplo, à taxa bruta de mortalidade por suicídio no Ceará em 2021, de 12,2% por 100 mil habitantes (GOVERNO DO ESTADO DO ESTADO DO CEARÁ, 2022). Ademais, essas taxas estão em acordo com o aumento anual da incidência de suicídio no Brasil, principalmente entre adolescentes e adultos jovens, em torno de 6,36 por 100 mil habitantes (ARRUDA et al., 2021).

Em paralelo aos números elevados de depressão e ideação suicida na amostra, o NEE “baixo” ou “muito baixo” subiu durante a pandemia, enquanto o NEE “alto” ou “muito alto” caiu, ou seja, ocorreu redução do NEE. A redução deste envolvimento pode ter contribuído para a piora dos parâmetros da saúde mental, visto que pesquisas da área demonstraram que uma religião saudável auxilia na promoção da saúde mental em geral (VITORINO et al., 2018), constituindo, pois, um fator promotor de saúde mental pública (JAKOVLJEVIC et al., 2019), ajuda a reduzir depressão ao longo do tempo (BRAAM; KOENIG, 2019) e, protege contra tentativas de suicídio e atos suicidas (LAWRENCE; OQUENDO; STANLEY, 2016; NORKO et al., 2017). Durante a pandemia, também foi demonstrada a importância do cuidado espiritual (DEL CASTILLO, 2021; ROMAN; MTHEMBU; HOOSEN, 2020), do alívio do sofrimento, da melhora da saúde mental e da redução das consequências do isolamento social promovidos pela religião e espiritualidade (LUCCHETTI et al., 2021) e a abordagem da espiritualidade por parte dos profissionais assistentes das famílias enlutadas pelo COVID-19 (SILVA et al., 2020).

A possibilidade de que a queda do NEE na amostra, durante a pandemia, possa estar associada à alta prevalência de depressão e ideação suicida é levantada pela redução do acompanhamento psíquico, pelo aumento do diagnóstico psiquiátrico, pelo aumento do sofrimento emocional causado por diferentes aspectos, incluindo o COVID-19, e pelas pesquisas que demonstram benefícios da espiritualidade e da terapêutica espírita para a saúde mental. Supõe-se que a redução do NEE no período do COVID-19 esteve vinculada à

dificuldade de acesso presencial às casas espíritas, além do possível impacto subjetivo do risco de adoecimento e/ou morte sobre a fé e a religiosidade em geral (KOWALCZYK et al., 2020).

8.2 Fatores associados ao estresse e à ansiedade

Figura 27 - Principais resultados das análises bivariadas do estresse e ansiedade em pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará, Fortaleza/CE, 2023.

BIVARIADA ESTRESSE	
Perfil Sociodemográfico	Estado Psíquico
Grave <ul style="list-style-type: none"> • Adultos jovens (até 34 anos) • Solteiros 	Grave <ul style="list-style-type: none"> • Crise conjugal • Violência sofrida e autoinfligida • Autopercepção emocional - ruim/péssima
Assistência Pré-covid19	Assistência no Covid19
Moderado <ul style="list-style-type: none"> • Com psiquiatra • Com diagnóstico • Psicofármaco para transtorno (2) • Psicofármacos para doença • Com psicoterapia e PICs Grave <ul style="list-style-type: none"> • 3 ou + psicofármacos para transtorno • Sem psicoterapia 	Moderado <ul style="list-style-type: none"> • Com psiquiatra • Com diagnóstico • Psicofármaco para transtorno (2) • Psicofármacos para doenças Grave <ul style="list-style-type: none"> • Com psiquiatra • 3 ou + psicofármaco para transtorno • Fitoterápicos • Sem psicoterapia e sem PICs
Crença Espiritual	NEE
Dados não significativos Autodeclaração espírita e evangélica: menos estresse	<i>NEE baixo (pré e no covid19): mais estresse grave.</i>
BIVARIADA ANSIEDADE	
Perfil Sociodemográfico	Estado Psíquico
Moderado <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres • Adultos jovens (até 34 anos) Grave <ul style="list-style-type: none"> • Mulheres • Adultos jovens (até 34 anos) • Baixa renda familiar 	Grave <ul style="list-style-type: none"> • Álcool e/ou cigarro • Drogas ilícitas • Violência autoinfligida e cometida • Autopercepção emocional: ruim/péssima
Assistência Pré-covid19	Assistência no Covid19
Moderado <ul style="list-style-type: none"> • Com psiquiatra • Com diagnóstico • Até 2 psicofármacos para transtorno • Psicofármacos para doença Grave <ul style="list-style-type: none"> • 3 ou + psicofármacos para transtorno • Sem psicoterapia 	Moderado <ul style="list-style-type: none"> • Com psiquiatra • 3 ou + psicofármacos para transtorno • Psicofármacos para doença • Fitoterápicos Grave <ul style="list-style-type: none"> • Com diagnóstico • 3 ou + psicofármacos para transtorno • Sem psicoterapia
Crença Espiritual	NEE
Dados não significativos	<i>NEE baixo (pré e no covid19): mais ansiedade grave</i>

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Na análise bivariada deste estudo, o estresse moderado esteve relacionado aos indivíduos adultos jovens (até 34 anos), o estresse grave relacionou-se aos adultos jovens (até 34 anos) e solteiros; enquanto, para a ansiedade, mulheres adultas jovens foram as mais afetadas

de forma moderada e grave; ser a principal fonte de renda familiar se relacionou mais com ansiedade leve e indivíduos de menor renda tiveram maiores níveis de ansiedade grave. Em meta-análise com 192 países, ficou demonstrado que, para as condições associadas ao estresse, 43% dos casos começam antes dos 25 anos e, para a ansiedade 73% se iniciam antes dos 25 anos, corroborando o dado da amostra de que esse tipo de adoecimento é mais prevalente na população jovem (SOLMI et al., 2022). Quanto ao gênero e ao estado civil, em pesquisa nacional do perfil sociodemográfico do Programa de Ansiedade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 80% dos pacientes foram do sexo feminino e 53,7% eram solteiros ou divorciados (DURAN et al., 2020).

Em outro estudo nacional com a DASS-21, no período do COVID-19, realizado com trabalhadores majoritariamente com ensino superior (92%), os mais atingidos por alto nível de ansiedade foram pessoas do sexo feminino e solteiros, sendo que entre os solteiros, independente do sexo, 68,8% apresentaram alto nível de ansiedade (GUILLAND et al., 2021). Quanto ao baixo nível de renda ter se associado à ansiedade na amostra, a pobreza já foi relacionada com maior risco de adoecimento mental geral em todo o mundo (MARBIN et al., 2022) e, no Brasil, o risco de transtornos ansiosos chega a ser 2 a 5 vezes maior na população de baixa renda se comparada aos de maior renda, destacando-se também o maior risco do uso de substâncias psicoativas, além da ansiedade para os brasileiros mais pobres (BARROS et al., 2018).

Sobre os fatores do estado psíquico mais comprometidos: a perda de emprego, o adoecimento físico, a doença de pessoa próxima e a percepção do isolamento social afetando muito/completamente a saúde emocional se relacionaram mais ao estresse moderado, enquanto a crise conjugal, a violência sofrida e autoinfligida e a autopercepção da saúde emocional como ruim/péssima tiveram maior relação com o estresse grave. A ansiedade moderada esteve mais associada à perda de emprego, ao adoecimento físico, à doença de pessoa próxima, ao luto, à crise conjugal e à percepção do isolamento social afetando muito/completamente a saúde emocional. A ansiedade grave se relacionou mais com o uso de álcool e/ou cigarro e à violência autoinfligida. Para uso de drogas ilícitas, para violência cometida e para a autopercepção da saúde emocional como ruim/péssima foi obtida a mesma prevalência entre ansiedade moderada e grave.

Em consonância com esses dados, o estresse e a ansiedade foram identificados como repercussões psicológicas negativas devido à pandemia (SANTOS; RODRIGUES, 2020). Em uma amostra americana e canadense de mais de 6000 pessoas no período da pandemia, cerca de 16% apresentaram nível mais alto de estresse relacionado ao COVID-19,

em uma divisão de cinco classes, o que demonstrou uma possível necessidade de assistência profissional (TAYLOR et al., 2020). Por sua vez, foi evidenciado que o conflito conjugal pode aumentar o nível de estresse pelo aumento da dosagem do cortisol basal, hormônio relacionado ao estado de estresse orgânico (BIERSTETEL; SLATCHER, 2020).

Nesta amostra, o estresse grave esteve associado à autopercepção de saúde mental ruim ou péssima e à violência sofrida e autoinfligida, o que está de acordo com as evidências acumuladas por revisões sistemáticas durante a pandemia, mostrando o aumento da violência interpessoal doméstica (BAZYAR et al., 2021), da automutilação e do comportamento suicida (JOHN et al., 2021). O envolvimento com drogas ilícitas, a violência cometida e autoinfligida e a autopercepção de saúde mental ruim ou péssima estiveram relacionados com ansiedade leve e moderada. Por outro lado, o uso de álcool e cigarro, drogas lícitas, por ser de mais fácil acesso, associou-se à ansiedade grave na amostra, em consenso com o aumento da taxa de tabagismo (PATWARDHAN, 2020) e do consumo de álcool (CALINA et al., 2021) como meio de lidar com a ansiedade durante a pandemia, assim como a violência cometida e autoinfligida também se relacionaram com alto nível de ansiedade neste período (BAZYAR et al., 2021; JOHN et al., 2021).

Em meta-análise recente sobre a sensibilidade à ansiedade e sua relação com o suicídio, que se trata de um aspecto da violência autoinfligida, um conjunto de amostras com mais de 14.000 participantes demonstrou associação significativa da ansiedade com a ideação suicida (IC 95% (FAVRIL et al., 2020)) e com o risco de suicídio (IC 95% [0,22 – 0,32]) (STANLEY et al., 2018). No Ceará, pacientes internados em um hospital de trauma, vítimas de violência interpessoal, apresentaram alta prevalência para ansiedade e depressão, com 31% e 29% do total, respectivamente (PEIXOTO et al., 2019).

Sobre a assistência psiquiátrica na amostra deste estudo, em período prévio ao COVID-19, estresse e ansiedade moderados estiveram associados a ter acompanhamento e diagnóstico psiquiátrico, fazer uso de 2 medicações psiquiátricas para transtorno psíquico e fazer uso de medicação psiquiátrica para doença não psiquiátrica. Esta disponibilidade de assistência e tratamento psiquiátrico, mesmo para nível apenas moderado de estresse e ansiedade, possivelmente está associado à maior escolaridade e à condição socioeconômica da amostra, o que permitiria acesso à saúde privada, visto que a cidade de Fortaleza destaca-se pela desassistência de saúde mental na atenção primária (23%, apenas) e pela menor prescrição de medicamentos na atenção básica (31%), quando comparada a Porto Alegre, São Paulo e Campinas (68%, 64% e 39%, respectivamente) (AMARAL et al., 2021). Ansiedade grave, em relação à moderada, diferiu-se apenas pela associação com maior uso de psicofármacos para

transtorno psíquico, tendo sido declarado o uso de três ou mais, o que destoava da taxa de desabastecimento de psicofármacos na atenção básica em Fortaleza, que chega a 58%, sendo a maior dentre os centros urbanos citados previamente (AMARAL et al., 2021).

Quanto à assistência psiquiátrica durante o período de pandemia, o estresse moderado associou-se a estar em acompanhamento psiquiátrico e ter sido diagnosticado pelo profissional, usar 2 psicofármacos para transtorno psiquiátrico e uso de psicofármacos para doença não psiquiátrica. A ansiedade moderada foi associada a ter acompanhamento psiquiátrico, ao uso de 3 ou mais psicofármacos para transtorno psiquiátrico, ao uso de psicofármacos para doença não psiquiátrica e ao uso de fitoterápicos. A manutenção do acesso à assistência e ao tratamento psiquiátrico reforça a possibilidade de que o maior poderio socioeconômico da amostra tenha sido relevante para garantir esse cuidado mesmo na adversidade gerada pela pandemia, que afetou estrutura, organização e profissionais dos serviços de saúde mental em todo o mundo (GOURRET BAUMGART et al., 2021). Os Estados Unidos, por exemplo, a prescrição de novos inícios de tratamento com psicofármacos caiu 7,5% para antidepressivos, 5,6% para ansiolíticos e 2,6% para antipsicóticos, se comparado aos níveis esperados pré-COVID-19 (NASON et al., 2021).

O estresse grave na amostra esteve relacionado ao acompanhamento psiquiátrico, uso de 3 ou mais psicofármacos para transtorno psiquiátrico e uso de fitoterápicos; enquanto ansiedade grave foi associada a ter diagnóstico psiquiátrico e uso de 3 ou mais psicofármacos para transtorno psiquiátrico, sendo que esta última variável foi igual para ansiedade moderada e grave. A associação entre estresse e ansiedade graves na amostra com acompanhamento e diagnóstico psiquiátricos provocados pelo COVID-19 foi ao encontro do aumento dos sintomas de ansiedade (6,3% a 50,9%) e sintomas de estresse (8,1% a 81,9%), apurados em revisão sistemática da população de oito países, no ano de 2020 (XIONG et al., 2020) e, reforçado pela alta taxa de prevalência de transtornos de ansiedade (15,15%) e transtornos relacionados ao estresse (21,94%), evidenciados em revisão sistemática e meta-análise com mais de 2000 artigos, no ano de 2021 (CÉNAT et al., 2021). Em paralelo, revisão integrativa mostrou aumento do uso das medicações para ansiedade e depressão durante a pandemia, com destaque para os ansiolíticos benzodiazepínicos como o clonazepam e, para os inibidores seletivos de recaptação de serotonina como a sertralina (LOPES et al., 2022). O aumento do consumo de psicofármacos durante a pandemia reforça a possibilidade de que a amostra em questão possua maior acesso à medicação devido a uma renda superior à da população geral.

Quanto à assistência não médica na amostra, o estresse e a ansiedade graves associaram-se à baixa prática de psicoterapia, tanto em período prévio quanto durante a

pandemia, enquanto a baixa adesão às PICs relacionou-se ao estresse grave durante a pandemia. Maiores níveis de estresse e ansiedade relacionados a menor adesão à assistência psicológica e por PICs sugerem a importância dessa assistência como fator promotor de saúde mental, principalmente em períodos de maior predisposição ao adoecimento, como a pandemia (SCHMIDT et al., 2020). As intervenções psicológicas são relevantes para a assistência em processos de terminalidade e luto (CREPALDI et al., 2020) e, na sua falta, mesmo com a possibilidade do atendimento digital (EVANGELISTA; CARDOSO, 2020), pode ocorrer maior vulnerabilidade ao adoecimento psíquico individual e coletivo. Da mesma forma, as PICs podem aumentar o relaxamento, diminuir a ansiedade e o estresse e, melhorar o humor (MANGIONE; SWENGROS; ANDERSON, 2017) e, a sua ausência representa um recurso a menos para a saúde mental.

Apesar de não significativa, observou-se menor índice de estresse entre espíritas e evangélicos em comparação às demais religiões. Estresse e ansiedade leves foram bastante prevalentes, independente do NEE, o que reforça o alto padrão de adoecimento na amostra e o perfil do espiritismo como religião de demanda psicológica (DALGALARRONDO, 2007a). O estresse e a ansiedade moderados e graves estiveram associados a baixo NEE se comparado ao alto e muito alto, tanto em período prévio quanto durante a pandemia.

Poucas pesquisas estão disponíveis sobre o espiritismo e sua relação com o estresse e ansiedade; no entanto alguns estudos demonstraram resultados positivos da intervenção espírita. Em estudo nacional prospectivo, randomizado e controlado, o passe espírita conseguiu reduzir os critérios de ansiedade em 63% na intervenção, enquanto o controle apresentou redução de 17% (DE SOUZA CAVALCANTE et al., 2016). Em estudo controlado, randomizado e duplo-cego com pacientes cardiovasculares hospitalizados, três grupos de pacientes foram testados, mostrando uma redução significativa ($p = 0,001$) nos escores de ansiedade e tensão muscular para o grupo que sofreu a intervenção com passe espírita, se comparado ao grupo de intervenção de imposição das mãos com intenção de cura e ao grupo controle (CARNEIRO et al., 2017). Este mesmo método de pesquisa foi visto em estudo mais recente com a ansiedade pré-operatória em pacientes, mostrando que os pacientes do grupo de intervenção com passe espírita apresentaram maiores reduções da ansiedade ($p < 0,05$) e tensão muscular ($p < 0,01$) e aumento no bem-estar ($p < 0,01$), quando comparado aos outros 2 grupos: imposição das mãos com intenção de cura e grupo controle (CARNEIRO et al., 2020).

Outra intervenção, a Terapia Espírita Complementar, que consiste em recursos terapêuticos de orientação espírita como oração, passe espírita, água fluidificada e educação ou controle espiritual, foi realizada em estudo randomizado e controlado em profissionais de um

hospital público brasileiro, demonstrando eficácia de efeito médio na redução do estresse em comparação com o controle, sendo que maior número de intervenções da terapêutica espírita aumentou o efeito na amostra (CARNEIRO et al., 2022).

Os dados encontrados nesta pesquisa são expressivos, entretanto são limitados pelo tipo de estudo desenvolvido, o que sugere a necessidade de que outros estudos representativos dessa população sejam realizados, como pesquisas longitudinais que possam estabelecer medidas de risco e de proteção entre estresse, ansiedade e o NEE.

8.3 Fatores associados à depressão e à ideação suicida

Figura 28 - Principais resultados das análises bivariadas da depressão e ideação suicida em pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023

BIVARIADA DEPRESSÃO	
Perfil Sociodemográfico	Estado Psíquico
Moderado/Grave <ul style="list-style-type: none"> • Adultos jovens (até 34 anos) • Sem união estável • Menor escolaridade 	Leve: mais prevalente <ul style="list-style-type: none"> • Desemprego • Doença física e de pessoa próxima • Luto • Crise conjugal • Violência sofrida e autoinfligida • Autopercepção emocional boa/excelente Grave <ul style="list-style-type: none"> • Isolamento social afetando muito/ completamente • Autopercepção emocional regular ou ruim/péssima
Assistência Pré-covid19	Assistência no Covid19
Leve: mais prevalente <ul style="list-style-type: none"> • Em psicoterapia Grave <ul style="list-style-type: none"> • Com psiquiatra e com diagnóstico • 3 ou mais psicofármacos para transtorno 	Crença Espiritual e NEE <i>NEE (pré e no covid19)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Leve: mais prevalente • Grave: NEE mais baixo <i>Em síntese: NEE inversamente proporcional à depressão grave.</i>
BIVARIADA IDEAÇÃO SUICIDA	
Perfil Sociodemográfico	Estado Psíquico
Moderado/Grave <ul style="list-style-type: none"> • Sem união estável • Não ser a principal fonte de renda familiar Moderado => MAIOR escolaridade Grave => MENOR escolaridade	Moderado: mais prevalente <ul style="list-style-type: none"> • Maioria dos fatores: prevalência acima de 50% Grave <ul style="list-style-type: none"> • Desemprego • Doença física e de pessoa próxima • Crise conjugal • Álcool e/ou cigarro • Violência sofrida e autoinfligida • Isolamento social afetando muito/completamente • Autopercepção emocional: regular ou ruim/péssima
Assistência Pré-covid19	Assistência no Covid19
Moderado: mais prevalente <ul style="list-style-type: none"> • Com psicoterapia Grave <ul style="list-style-type: none"> • Com psiquiatra e com diagnóstico • 3 ou mais psicofármacos para transtorno • Com psicoterapia e com PICs 	Crença Espiritual e NEE Moderado/Grave <ul style="list-style-type: none"> • Autodeclarados católicos e espíritas <i>NEE (pré e no covid19)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Moderado: mais prevalente • Grave: NEE mais baixo <i>NEE alto/muito alto: aprox. 2 vezes menor que outros níveis para id. suicida grave.</i>

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Na análise bivariada deste estudo, o risco de depressão moderada e grave esteve relacionado aos indivíduos em idade produtiva (adultos jovens), sem união estável (solteiros, viúvos, separados ou divorciados) e com menor escolaridade. Por outro lado, a ideação suicida moderada e grave esteve associada a não ter união estável (solteiros, viúvos, separados ou divorciados) e a ideação moderada se associou a maior escolaridade. Destacou-se que os níveis de depressão grave e ideação suicida grave foram progressivamente maiores quanto menor o nível de escolaridade. Acrescenta-se ainda que não ser a principal fonte de renda familiar esteve associado ao risco de ideação suicida mais grave.

Os achados deste estudo assemelham-se à meta-análise recente, com população de 192 países, relatando que a faixa de idade do início dos transtornos do humor, incluindo a depressão, está entre 27 e 30 anos (SOLMI et al., 2022); a condição de não estar em união estável (solteiro, divorciado e outros) apresentou maior predisposição para a depressão em amostra nacional (BARBOSA et al., 2021), e fora do Brasil (MAZZA et al., 2020); e a baixa escolaridade também se associou à depressão em amostra brasileira (GONÇALVES et al., 2018) e fora do país (CHYCZIJ et al., 2020).

Quanto à ideação suicida, em revisão integrativa internacional publicada antes da pandemia, a condição de não estar em união estável (solteiro, divorciado e outros), como também de morar sozinho foram as características mais relevantes para o desfecho suicida, independente da cultura (CALATI et al., 2019). Esta tendência também é vista no Brasil, onde, por exemplo, o estado civil “separada judicialmente” foi significativa como fator associado em mais de 400 casos de suicídio feminino, investigados no estado de Pernambuco (CARDOSO; LIMA; SILVA, 2020), enquanto, no Ceará, a associação do divórcio com o suicídio é mais do que o dobro, se comparado aos dados nacionais (SAMPAIO, 2021). Nesse ínterim, no Ceará, em 2021, a situação conjugal “solteiro” foi a mais prevalente para o suicídio cometido, com 58,6% do total (GOVERNO DO ESTADO DO ESTADO DO CEARÁ, 2022).

A maior parte dos estudos demonstra que o baixo nível de escolaridade associa-se ao risco de suicídio, por exemplo, em Curitiba, em que um estudo com mais de 300 pessoas com transtorno mental demonstrou associação significativa com o suicídio para escolaridade entre 0 e 8 anos ($p = 0,016$), e escolaridade entre 9 e 12 anos ($p = 0,013$) (BORBA et al., 2020), e, em Goiás, entre os anos de 2009 a 2014, em que a maior prevalência de suicídio se deu entre pessoas com 4 a 7 anos de escolaridade (MIRANDA et al., 2018). Estes dados corroboram o aumento progressivo da prevalência para depressão e ideação suicida graves, conforme se reduz o nível de escolaridade. Inclusive, em 2021, no Ceará, a faixa de escolaridade mais prevalente

dos suicídios cometidos foi entre 04 a 07 anos, com 30,2% do total (GOVERNO DO ESTADO DO ESTADO DO CEARÁ, 2022).

Quanto à alta prevalência de ideação suicida moderada ou grave associada a maiores níveis de escolaridade, pode estar relacionado ao fato de que mais da metade da amostra chegou a fazer pós-graduação, o que contrasta com a baixa escolaridade da população geral (potencial viés amostral ou efeito da população de estudo). Além disso, as pessoas que buscaram algum envolvimento com espiritismo podem possuir mais sofrimento psíquico do que a população geral, uma vez que o espiritismo corresponde a uma religião de demanda psicológica (DALGALARRONDO, 2007a).

Sobre a condição de não ser a principal fonte de renda para família, no Brasil, dados demonstraram que a faixa de 1/5 da população de renda mais baixa está vulnerável a um risco 2 a 5 vezes maior para desenvolver um transtorno mental, assim como nascer em uma família pobre ou empobrecer durante a infância, aumenta o risco para tentativas de suicídio (BARROS et al., 2018). No Ceará, a baixa renda e o desemprego são os fatores mais associados ao suicídio, além do divórcio (SAMPAIO, 2021).

Ao contrário, ser a principal fonte de renda familiar relaciona-se à parentalidade, a qual está associada ao menor risco de suicídio (STACK, 2021), visto que o estabelecimento de relacionamento familiar, com o advento da responsabilidade associada, foi apontado como fator de proteção para o suicídio (MAGNANI; STAUDT, 2018). Estes dados contribuem para explicar a associação, na amostra, entre não ter fonte de renda e o risco de suicídio, bem como o agravamento deste risco quando o indivíduo não é o principal provedor familiar.

Neste estudo, situações de adoecimento (próprio ou de familiares), lutos (desemprego, morte ou crise conjugal) e melhor autopercepção da saúde emocional estiveram relacionados em níveis leves de depressão, enquanto o isolamento social durante a pandemia associou-se tanto ao nível leve quanto grave. E a autopercepção da saúde emocional como regular ou ruim/péssima esteve relacionada à depressão grave. A ideação suicida moderada relacionou-se ao uso de álcool e/ou cigarro e a ter boa autopercepção da saúde emocional, sendo que estes mesmos elementos acrescidos de pior autopercepção da saúde emocional, desemprego, adoecimento próprio (decorrente ou não do COVID-19), crises conjugais e isolamento decorrente da pandemia foram fatores potenciais para ideação suicida grave. Em suma, destacaram-se do conjunto o isolamento social e a autopercepção da saúde emocional como regular, ruim ou péssima, por se relacionarem à depressão e à ideação suicida graves.

Evidências dos fatores relacionados à depressão podem ser encontradas largamente na literatura, como o envelhecimento e o surgimento de doenças físicas (SANTOS et al., 2020),

doenças psiquiátricas crônicas e o desemprego (XIONG et al., 2020), o luto patológico (CEOLIN et al., 2021), o uso de álcool (GAVIN et al., 2015), a crise conjugal (SALINGER et al., 2021), entre outros. Entretanto, o isolamento social se destacou na amostra pela relação com depressão grave, o que pode ser visto também em outras pesquisas.

Em estudo transversal com mais de 100 pessoas na Arábia Saudita, o isolamento social foi relacionado a alta prevalência de depressão, além de ansiedade e estresse, com relato associado de “estar longe da família” (90% da amostra) e “falta de apoio emocional” (79% da amostra) (AGHA, 2021). Outro estudo realizado no Nepal demonstrou mais de 10% de prevalência para a depressão durante a quarentena na amostra (B. C. et al., 2021); número menor do que a prevalência de depressão encontrada nesta pesquisa. Em meta-análise e metarregressão durante o isolamento da pandemia, com mais de 60 estudos internacionais incluídos que contavam com mais 200.000 indivíduos avaliados, a estimativa de depressão chegou a 24%, quase $\frac{1}{4}$ da população investigada (CASTALDELLI-MAIA et al., 2021). Em revisão integrativa nacional com mais de 90 artigos, foram avaliadas as repercussões psicológicas do isolamento social, tendo a depressão como um dos principais tópicos relatados (SANTOS; RODRIGUES, 2020).

Quanto à autopercepção do estado emocional, em um estudo português, uma fraca avaliação de saúde esteve associada à maior prevalência de depressão, ansiedade e estresse, chegando até 17% da amostra (CHYCZIJ et al., 2020), número menor do que o encontrado nesta pesquisa. E em um estudo nacional com mais de 1000 mulheres atendidas na atenção básica, a autoavaliação positiva da saúde foi considerada um fator de proteção para a depressão (GONÇALVES et al., 2018).

Sobre a ideação suicida, o abuso do álcool foi relacionado ao risco de lesões, incluído as autoinfligidas, como automutilação e suicídio (CHIKRITZHS; LIVINGSTON, 2021). Em meta-análise com mais de 400.000 pessoas, houve associação significativa do abuso de álcool com a ideação suicida (OR = 1,86), com tentativa de suicídio (OR = 3,13) e com o suicídio consumado (OR = 2,59) (DARVISHI et al., 2015). E em estudo observacional e transversal com mais de 300 pessoas com transtorno mental, a autopercepção da saúde como ruim ou regular esteve associada de forma significativa ($p < 0,001$) ao risco de tentativa de suicídio (BORBA et al., 2020). Por sua vez, o desemprego, em conjunto com o baixo status socioeconômico, foi um dos mais fortes preditores de suicídio em análise individual feita por pesquisa multicêntrica e transcultural (STACK, 2021). No Ceará, em estudo de série temporal, o desemprego esteve associado ao suicídio, assim como a dissolução matrimonial, a qual representou risco 2 vezes maior para o suicídio se comparado ao Brasil (SAMPAIO, 2021).

O isolamento social foi identificado, mesmo antes da pandemia, como um fator de risco para doenças cardiovasculares e transtornos mentais (LEIGH-HUNT et al., 2017) e, como um dos principais fatores associados à ideação suicida (CALATI et al., 2019). Durante a pandemia, o isolamento social foi considerado por especialistas como uma “segunda pandemia”, haja vista seu impacto sobre a saúde mental (GANESAN et al., 2021). Em coorte histórica feita durante a pandemia com pacientes com tentativa de suicídio prévia, mulheres e pessoas com transtorno psiquiátrico prévio ao COVID-19 representaram 69,0% e 65,5%, da amostra, respectivamente, sendo considerados grupos de alto risco para novas tentativas (ALMAGHREBI, 2021). Em estudo prospectivo com mais de 400 participantes, depois de controlar o sofrimento psicossocial geral, identificou-se associação significativa entre os impactos percebidos do distanciamento social com a ideação suicida ativa e passiva (ALKANDARI et al., 2021).

Quanto à violência relatada nesta pesquisa, tanto a violência sofrida quanto à autoinfligida estiveram associadas à depressão leve e ambas se associaram à depressão moderada. Na violência sofrida, mais da metade da amostra esteve associada à ideação suicida moderada e pouco mais de 1/3 à ideação suicida grave. A violência autoinfligida também se relacionou à ideação suicida moderada em mais de 1/3 da amostra e com a ideação suicida grave em quase 2/3 da amostra. Estes dados estão de acordo com o que está sendo evidenciado na literatura, no tocante à piora dos números da violência durante a pandemia. Em revisão sistemática, detectou-se, durante a pandemia no ano de 2020, o aumento dos casos de violência doméstica e a redução da função sexual em todo o mundo (BAZYAR et al., 2021).

Em paralelo, percebeu-se a ineficácia das medidas de diferentes governos para prevenir a violência contra as mulheres durante a pandemia (RUIZ-PÉREZ; PASTOR-MORENO, 2021). No sudeste brasileiro, houve redução das notificações dos casos de violência em mais de 50%, demonstrando uma subnotificação provocada pelas dificuldades encontradas pelos setores de assistência médica e social devido à pandemia (PLATT; GUEDERT; COELHO, 2021) e; em Fortaleza, os casos de COVID-19 tiveram relação negativa com o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) e analfabetismo e, os óbitos por COVID-19 tiveram relação positiva com a taxa de homicídios, o que revelou uma relação da pandemia com a vulnerabilidade social que é uma forma de violência coletiva (VIEIRA-MEYER et al., 2021).

Quanto ao adoecimento psíquico e à violência, a depressão se configurou como o transtorno mental não psicótico mais comum em mulheres que sofreram violência doméstica, chegando a uma prevalência de mais de 70% dos casos (SANTOS et al., 2018). A violência psicológica também foi associada à depressão em mulheres (SILVA; ASSUMPCÃO, 2018).

No Brasil, as vítimas de violência por parceiro íntimo têm maiores chances de relatarem depressão do que quem não sofreu esse tipo de violência (OR = 2,9) e as mulheres vitimadas têm maior probabilidade de desenvolver a doença se comparado aos homens (OR = 2,4) (SILVA; AZEREDO, 2019).

No Ceará, aproximadamente 10% dos pacientes internados, vítimas de acidentes, apresentavam depressão, assim como 29% dos que foram vítimas de violência interpessoal (PEIXOTO et al., 2019). Sobre a violência autoinfligida, evidências demonstraram forte associação com “algum transtorno mental” (FELIX et al., 2018), com destaque para a depressão como um dos principais envolvidos (FAVRIL et al., 2020). Mesma relação também se verificou ao considerar especificamente a automutilação (LIMA et al., 2021). Em recente revisão sistemática e meta-análise com mais de 35.000 adolescentes de diferentes países, aqueles com sintomas depressivos vigentes demonstraram maior prevalência de automutilação (OR = 4,4) e comportamento suicida (OR = 6,6) (POZUELO et al., 2022).

Quanto à ideação suicida e à violência, evidências mostraram que os seguintes parâmetros de violência autoinfligida: automutilação, tentativa de suicídio e suicídio se agravaram durante a pandemia, chegando a uma prevalência de ideação suicida de mais de 12% em uma amostra com mais de 120.000 participantes (FAROOQ et al., 2021). Mesmo antes da pandemia, a relação entre violência sofrida e ideação suicida já estava bem estabelecida na literatura. Em amostra com mais de 260.000 adultos, todos os tipos de maus-tratos na infância, incluindo abuso físico, psicológico e sexual estiveram associados a maior risco de tentativa de suicídio na fase adulta de 2 a 3 vezes (ANGELAKIS; GILLESPIE; PANAGIOTI, 2019). Esta mesma relação também foi verificada em pessoas em situação de rua, em que as experiências adversas na infância desta população demonstraram forte associação com alta suicidabilidade, tentativas de suicídio e depressão (LIU et al., 2021).

No tocante à violência autoinfligida e à ideação suicida, meta-análise de ensaios clínicos randomizados de intervenções para o suicídio e autolesões, a qual incluiu 50 anos de pesquisa, demonstrou que os efeitos gerais de todas as intervenções foram igualmente pequenos para reduzir pensamentos e comportamentos autolesivos, sendo que nenhuma intervenção pareceu consistentemente significativa ou superior as demais, revelando a gravidade do quadro e a inoperância das medidas de assistência (FOX et al., 2020).

Sobre a assistência psiquiátrica relatada pelos participantes deste estudo, em período prévio ao COVID-19, todos os parâmetros estiveram majoritariamente associados à depressão leve. Em aproximadamente 1/5 da amostra, a depressão moderada e a grave estiveram associadas a ter acompanhamento e diagnóstico psiquiátrico prévio e fazer uso de 3

ou mais psicofármacos para a saúde psíquica, em 2 ou mais ocasiões diferentes. O uso de psicofármacos para doença não psiquiátrica esteve associado à depressão moderada também em aproximadamente 1/5 da amostra. Por outro lado, dos que tiveram acompanhamento e diagnóstico psiquiátrico prévio, dos que utilizaram psicofármacos para transtorno mental em mais de 2 ocasiões diferentes e dos que utilizaram psicofármacos para doença não psiquiátrica, mais da metade apresentaram ideação suicida moderada e aproximadamente 1/3 apresentou ideação suicida grave. E dos que chegaram a utilizar 3 ou mais psicofármacos por dia, quase da metade apresentou ideação moderada ou grave.

Níveis de depressão e ideação suicida, de moderada a grave, estiveram mais associadas a ter acompanhamento, diagnóstico e tratamento psiquiátrico, com uso de 3 ou mais psicofármacos. A alta prevalência de depressão, de ideação suicida, de acompanhamento psiquiátrico e de medicalização neste estudo, antes do período da pandemia, provavelmente está relacionada ao fato de que o espiritismo se trata de uma religião de demanda psicológica (DALGALARRONDO, 2007a), além do maior acesso à assistência psiquiátrica e à medicação pela amostra (potencial viés amostral ou efeito da população).

Em contradição, o acesso à rede pública de cuidado em saúde mental é bastante precário em Fortaleza, tanto pela baixa assistência em saúde mental na atenção básica (23%), quanto pela menor prescrição de psicofármacos na atenção básica (31%), índice mais baixo se comparado a Porto Alegre, São Paulo e Campinas (68%, 64% e 39%, respectivamente) (AMARAL et al., 2021). Ademais, o acesso ao maior número de medicação psiquiátrica pela amostra é paradoxal, em relação ao desabastecimento de psicofármacos pelo sistema público de saúde em Fortaleza, que chega em 58%, o maior entre os centros urbanos citados anteriormente (AMARAL et al., 2021).

A discrepância entre o acesso à assistência psiquiátrica pela amostra, deste estudo, e a baixa assistência oferecida pelo sistema público de saúde se explica, provavelmente, pelo maior poder econômico desse nicho social, já evidenciado em pesquisas similares anteriores (MOREIRA-ALMEIDA, 2005), o que possibilitaria o acesso privado ao atendimento médico e aos psicofármacos. A grande quantidade de medicações utilizadas pela amostra está de acordo com a tendência crescente do aumento da venda e do consumo dos psicofármacos no mundo todo, em taxa de crescimento de venda acima de 4% ao ano (BRAUER et al., 2021). No Brasil, em município do estado de São Paulo, por exemplo, dados revelaram que o aumento do consumo de psicofármacos na atenção básica foi acima do que o previsto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (OLIVEIRA et al., 2021a); e em um ambulatório de tratamento para depressão em um hospital quaternário em Minas Gerais, apenas metade das mulheres

acompanhadas e menos de 40% dos homens eram indicados para a psicoterapia, enquanto a esmagadora maioria fazia uso de psicofármacos (DALARMELINA et al., 2018).

Quanto à assistência psiquiátrica durante o COVID-19 neste estudo, a depressão leve foi o parâmetro mais prevalente em todas as categorias. A depressão moderada esteve associada, em aproximadamente 1/5 da amostra, ao acompanhamento e diagnóstico psiquiátrico e ao uso de até 2 psicofármacos por dia para transtorno mental. A ideação suicida moderada esteve associada aos mesmos parâmetros, diferindo no uso de 3 ou mais psicofármacos por dia para transtorno mental e no uso de psicofármacos para doença não psiquiátrica. Depressão grave se associou a ter diagnóstico psiquiátrico e ao uso de até 2 medicações psiquiátricas por dia. Ideação suicida grave se relacionou, em aproximadamente 1/3 da amostra, a ter acompanhamento e diagnóstico psiquiátrico e ao uso de psicofármacos para doenças não psiquiátricas. A ideação suicida grave também esteve presente em metade da amostra com uso de até 2 psicofármacos para transtorno mental.

No período da pandemia, a assistência em saúde mental foi afetada em todo o mundo, no tocante à estrutura, organização e aos profissionais dessa área médica (GOURRET BAUMGART et al., 2021); o que resultou em agravamento e “desassistência” para a população com transtorno mental pré-existente à pandemia (NEELAM et al., 2021; SUKUT; AYHAN BALIK, 2021), e no declínio de novos inícios de tratamento com psicofármacos (NASON et al., 2021). Em paralelo, revisão sistemática, com amostra de diversos países demonstrou que houve aumento da taxa de sintomas depressivos nesse período, com valores entre 14% a 48% (XIONG et al., 2020), intervalo que contém a prevalência de depressão neste estudo, em torno de 30%. Outra revisão sistemática e meta-análise com mais de 2000 artigos, a prevalência de depressão chegou quase a 16%, durante a pandemia (CÉNAT et al., 2021).

O aumento do estresse, da depressão e do uso de substâncias, provocado pelo COVID-19, esteve relacionado ao comportamento suicida, aumentando este risco tanto no período agudo da pandemia quanto posteriormente (SHER, 2020). Em conjunto, foi verificado um aumento da frequência de pensamentos suicidas naqueles que foram infectados por COVID-19, em contradição com a queda de apresentação hospitalar por comportamento suicida (JOHN et al., 2021).

Apesar do contraste entre o aumento da demanda psíquica e a piora da assistência em saúde mental, a amostra deste estudo se manteve com acompanhamento e tratamento psiquiátrico em alto nível, principalmente para depressão e ideação suicida de moderada a grave, o que reforça a possibilidade de acesso a serviços privados da psiquiatria e à medicação adquirida de forma particular.

Em revisão integrativa, no período da pandemia, depressão e ansiedade foram motivadores do aumento de uso de ansiolíticos e antidepressivos, principalmente o clonazepam e a sertralina (LOPES et al., 2022). No Brasil, houve aumento da prescrição de psicofármacos (GOMES et al., 2022), sendo este aumento também verificado na atenção básica (ALCÂNTARA et al., 2022), o que pode estar associado à precarização dos serviços públicos específicos para a saúde mental. Em estudo transversal nacional com mais de 400 participantes, foi observado um acréscimo do uso de psicofármacos em mais de 7%, se comparado aos números pré-covid, além do aumento da automedicação (OLIVEIRA et al., 2021b), o que poderia ajudar a explicar o paradoxo entre menor assistência e maior consumo medicamentoso.

Neste estudo, o acompanhamento psicoterápico e de PICs estiveram majoritariamente associados à depressão leve e à ideação suicida moderada, tanto em período prévio quanto durante a pandemia. A psicoterapia esteve associada à ideação suicida grave antes da pandemia em aproximadamente $\frac{1}{4}$ da amostra, mantendo esta mesma prevalência durante a pandemia. O uso de PICs, antes da pandemia, esteve associado à ideação suicida grave em $\frac{1}{5}$ da amostra. O elevado acesso à assistência psicológica e de PICs antes da pandemia reforça a maior condição socioeconômica da amostra, se comparada à população geral (DALGALARRONDO, 2007a).

Estudos atuais revelaram que a procura pela assistência psicológica se ancorou na aparente eficácia das abordagens psicológicas no combate aos transtornos mentais, por exemplo, a automutilação e o suicídio; apesar das dificuldades metodológicas para a análise do desempenho das intervenções (BAHJI et al., 2021). Da mesma forma, as PICs apresentaram evidências de efeitos saudáveis sobre o estilo de vida e os comportamentos, exemplo, a meditação (BRINGMANN et al., 2021) e as terapias de biocampo (como o reiki), que demonstraram reduzir o estresse e a ansiedade e melhorar o humor (MANGIONE; SWENGROS; ANDERSON, 2017).

Com o advento do COVID-19, houve respostas psicológicas negativas, com prevalência geral de depressão em 27% (número aproximado ao deste estudo - 30%) e pior resultado se comparado aos outros surtos de “coronavírus”, como SARS e MERS (Síndrome Respiratória do Oriente Médio) (FAN; ZHANG; CHENG, 2021). A assistência psicológica e das PICs ajudaram a lidar com situações negativas da pandemia por meio de intervenções psicológicas emergenciais (SCHMIDT et al., 2020), processo este facilitado pelo crescimento exponencial da assistência psicológica digital (EVANGELISTA; CARDOSO, 2020), auxiliando no cuidado das complicações psicológicas diretas da pandemia, como o medo da terminalidade e o luto (CREPALDI et al., 2020).

Neste estudo, sobre os fatores relacionados à crença religiosa, a ideação suicida moderada foi associada em mais da metade dos católicos e cerca de 2/3 dos espíritas, enquanto 1/4 da amostra, tanto de católicos quanto de espíritas, estiveram associados à ideação suicida grave. Quanto ao NEE, todos os seus níveis se associaram majoritariamente à depressão leve, tanto antes quanto durante a pandemia. Antes da pandemia, o NEE muito baixo esteve associado a uma maior prevalência de depressão grave, se comparado aos outros níveis. E quanto mais alto o NEE, menor a prevalência de depressão grave. Durante a pandemia, o NEE baixo e muito baixo apresentou mais depressão moderada e grave do que os níveis regulares, alto/muito alto. Outra vez, o potencial efeito inerente ao perfil da população se fez presente através da alta prevalência de depressão relacionada ao NEE, justamente pelo espiritismo representar um lugar de cuidado psíquico (DALGALARRONDO, 2007a).

No entanto, antes e durante a pandemia, NEE mais baixos se associaram à depressão mais grave e níveis mais altos se relacionaram à depressão mais leve. Alguns dados disponíveis mostraram resultados positivos das práticas e crenças espíritas sobre o estado de humor, haja vista que a depressão atingiu pouco mais 45% do total de problemas de saúde entre os participantes de centros espíritas na cidade de São Paulo, representando o transtorno com maior prevalência nesta população (LUCCHETTI et al., 2016).

A Terapia Espírita Complementar (TSC), que inclui diversas abordagens preconizadas pelo espiritismo, foi investigada em ensaio clínico randomizado em pacientes hospitalizados, demonstrando redução da exaustão emocional e melhora dos afetos negativos (CARNEIRO et al., 2022). Em São Paulo, pacientes depressivos submetidos ao tratamento espírita, incluindo palestras educativas, desobsessão, passe e aconselhamento, entraram em remissão do quadro (LUCCHETTI et al., 2015a). Pacientes hospitalizados em Minas Gerais, que foram submetidos ao passe espírita, apresentaram redução significativa dos parâmetros da depressão ($p = 0,008$), comparando pré e pós-intervenção (CARNEIRO; MORAES; TERRA, 2016).

No período pré-covid, NEE alto/muito alto se associou à maioria dos investigados com ideação suicida moderada e, em paralelo, a ideação suicida grave foi pouco presente em indivíduos com NEE alto/muito alto, chegando a ser duas vezes menor do que os outros níveis. Durante a pandemia, o cenário se manteve semelhante, embora tenha sido observado aumento da ideação grave para NEE baixo ou muito baixo, se comparado ao período pré-covid. Ressaltou-se que, mais uma vez, o potencial efeito das características da população (DALGALARRONDO, 2007a) pode ter provocado alto nível de comprometimento psíquico

para a ideação suicida e, assim, como na depressão, a relação entre envolvimento espírita e ideação suicida se mostrou inversamente proporcional, tanto antes quanto durante a pandemia.

Poucas pesquisas focaram nesta linha de estudo, espiritismo e suicídio, embora o tema da morte tenha forte ligação com esta crença devido à sua perspectiva de sobrevivência da consciência (espírito) após o fim da vida, além da alegada comunicação com seres já falecidos (mediunidade) (KARDEC, 2008a). Em pesquisa que avaliou o estado emocional antes e depois do contato com “cartas consoladoras”, as quais são alegadamente escritas por familiares mortos através da psicografia, ficou demonstrado o alívio do sofrimento e a melhora da qualidade de vida nos enlutados (HOTT; REINALDO, 2020).

Em pesquisa histórica e documental, foi analisado o depoimento de familiares em luto após contato com as “cartas consoladoras”, estas foram descritas como “antídotos” para as incertezas e sofrimentos psicológicos durante o processo de morrer e diante da morte (FERNANDES; DA SILVA, 2022). Inclusive, meta-análise de todas as informações disponíveis na literatura sobre conteúdo mediúnico resultou na sustentação da hipótese de que médiuns podem obter informações sobre pessoas falecidas por meios desconhecidos (SARRAF; WOODLEY OF MENIE; TRESSOLDI, 2021).

Tratando especificamente do suicídio, em inventário bibliográfico, foi visto que a produção literária espírita exerce papel privilegiado na transmissão de informações sobre o suicídio (BTESHE et al., 2010). De forma análoga, em revisão conceitual da literatura, evidências mostraram que a religião espírita pode auxiliar na prevenção do suicídio por meio da renovação da esperança e do fortalecimento emocional (SILVA; BARBOSA, 2019).

Apesar da relevância dos dados obtidos, estes somente podem ser relacionados à amostra em questão, indicando a necessidade de pesquisas mais abrangentes do ponto de vista populacional. Além disso, não foi possível inferir relação causal entre os parâmetros do envolvimento espírita com a depressão e a ideação suicida, por se tratar de um estudo transversal, o que sugere a necessidade de estudos longitudinais nesta linha para análise e estabelecimento de fatores de risco ou proteção.

8.4 Análise multivariada dos fatores associados aos níveis de ideação suicida

Figura 29 - Principais resultados da análise multivariada dos níveis de ideação suicida em pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023

MULTIVARIADA IDEACÃO SUICIDA	
Perfil Sociodemográfico	Estado Psíquico
Moderado <ul style="list-style-type: none"> • Viúvo/divorciado/separado Grave <ul style="list-style-type: none"> • Solteiros • Menor escolaridade • Renda: R\$ 0 a R\$ 2.600 <u>Ser a principal fonte de renda familiar – fator protetor</u>	Grave <ul style="list-style-type: none"> • Desemprego • Doença física • Crise conjugal • Álcool e/ou cigarro • Violência sofrida • Isolamento social afetando razoável e muito/completamente • Autopercepção emocional: regular/ruim/péssima
Crença Espiritual e NEE	Assistência Pré-covid19
Moderado <ul style="list-style-type: none"> • Autodeclarados espíritas • Simpatia pelo espiritismo: em nada/um pouco Grave <ul style="list-style-type: none"> • Sofrimento mental: motivação para o espiritismo <u>Autodeclarados católicos, trabalhador espírita de Palestras Públicas e Atendimento espiritual - fatores protetores</u> <u>NEE (pré-covid19) Regular/alto/muito alto – fator protetor</u>	Moderado <ul style="list-style-type: none"> • Com psicoterapia • Com PICs Grave <ul style="list-style-type: none"> • Com psiquiatra • Com diagnóstico • Psicofármaco para transtorno • Psicofármaco para doenças • Com psicoterapia • Com PICs
	Assistência no Covid19
	Grave <ul style="list-style-type: none"> • Com psiquiatra • Com diagnóstico • Psicofármaco para transtorno • Psicofármaco para doenças • Com psicoterapia

Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Na análise multivariada deste estudo, quanto aos dados sociodemográficos, não ter união estável se mostrou como chance para ideação suicida, sendo esta maior entre solteiros do que para viúvo/divorciado/separado. Solteiros tiveram duas vezes mais chance de ter ideação suicida moderada e este risco duplica para grave. Pessoas com menor nível de escolaridade tiveram maior chance para ideação suicida. Ser a principal fonte de renda se mostrou como efeito protetor para ideação suicida grave, sendo que indivíduos com renda familiar mais baixa apresentaram maior chance de ter ideação suicida grave.

A condição de não estar em união estável e morar sozinho já foram caracterizados como os aspectos relevantes para o suicídio, independente da cultura (CALATI et al., 2019). No Brasil, esta tendência é corroborada por dados regionais, como em Pernambuco, onde se identificou que mais de 400 mulheres judicialmente separadas cometeram suicídio entre 2013 e 2017 (CARDOSO; LIMA; SILVA, 2020); e também no Ceará, estado desta pesquisa em

questão, onde o divórcio se associa ao suicídio em mais que o dobro dos dados nacionais (SAMPAIO, 2021). Além disso, no Ceará, em 2021, a situação conjugal “solteiro” foi a mais prevalente para o suicídio cometido, com 58,6% do total (GOVERNO DO ESTADO DO ESTADO DO CEARÁ, 2022).

O baixo nível de escolaridade também já foi relacionado ao suicídio no Brasil, exemplo Curitiba, onde pessoas com transtorno mental com escolaridade entre 0 a 8 anos ($p = 0,016$), ou 9 a 12 anos ($p = 0,013$), estiveram significativamente associadas ao suicídio (BORBA et al., 2020). Em consonância, a faixa de 4 a 7 anos de escolaridade apresentou a maior prevalência dos casos de suicídio em Goiás, de 2009 a 2014 (MIRANDA et al., 2018), como também no Ceará, de 2015 a 2017 (BARROS et al., 2019). Inclusive, em 2021, no Ceará, a faixa de escolaridade mais prevalente dos suicídios cometidos foi entre 04 a 07 anos, com 30,2% do total (GOVERNO DO ESTADO DO ESTADO DO CEARÁ, 2022). Para registro, mais da metade dos cearenses não completaram o ensino fundamental ou médio (IBGE, 2010).

Quanto à renda, é fato que a pobreza aumenta o risco de transtornos mentais no mundo todo (MARBIN et al., 2022). No Brasil, o quintil da população de renda mais baixa apresentou 2 a 5 vezes maior risco para transtorno mental e quem nasceu em família pobre ou empobreceu após a infância tem mais risco para tentar o suicídio (BARROS et al., 2018). No Ceará, a baixa renda foi identificada como um dos fatores mais relacionados ao suicídio (SAMPAIO, 2021) e, é sabido que mais da metade desta população possui renda familiar abaixo de 1 salário mínimo (até R\$ 1.046,00) (IBGE, 2010), ressaltando a vulnerabilidade deste estado. Em paralelo, representar a principal fonte de renda da família, independentemente do valor, tem menor risco para o suicídio devido à parentalidade (STACK, 2021), assim como o relacionamento familiar constitui fator de proteção para o suicídio (MAGNANI; STAUDT, 2018), reforçando a veracidade deste dado no estudo em questão.

Durante a pandemia, os fatores que influenciaram a saúde emocional e aumentaram a chance de desenvolver ideação suicida grave foram desemprego, doença física, crise conjugal, violência sofrida, uso de álcool e/ou cigarro, autopercepção razoável e muito/completamente do isolamento social afetando a saúde emocional e autopercepção como regular/ruim/péssima da saúde emocional.

No Brasil, o sofrimento emocional e o suicídio foram amplamente associados ao adoecimento físico, principalmente em pessoas idosas (SANTOS et al., 2019a). Quanto ao conflito conjugal, ele pode elevar o cortisol basal (BIERSTETEL; SLATCHER, 2020), configurando aumento do estresse orgânico e psíquico que se associam às doenças emocionais em geral (MCEWEN; AKIL, 2020). Sobre o uso de drogas lícitas, o abuso do álcool se

relacionou diretamente ao risco de lesões, incluindo as autoinfligidas (CHIKRITZHS; LIVINGSTON, 2021), como também se associou significativamente à ideação suicida (OR = 1,86), tentativa de suicídio (OR = 3,13) e suicídio consumado (OR = 2,59) (DARVISHI et al., 2015), tendo este quadro piorado durante o COVID-19 (SHER, 2020); o que também aconteceu com o tabagismo (PATWARDHAN, 2020).

A violência sofrida, quando acometida durante a infância, pode aumentar em 2 a 3 vezes o risco de tentativas de suicídio (ANGELAKIS; GILLESPIE; PANAGIOTI, 2019). Ademais, na pandemia, houve aumento notório da violência doméstica (BAZYAR et al., 2021), em contraposição a redução de notificação dos casos, que chegou a mais de 50% em algumas regiões (PLATT; GUEDERT; COELHO, 2021) e a ineficácia das medidas governamentais para a prevenção da violência contra as mulheres (RUIZ-PÉREZ; PASTOR-MORENO, 2021).

O isolamento social, mesmo antes da pandemia, já era fator de risco para doenças mentais (LEIGH-HUNT et al., 2017), e para suicídio (CALATI et al., 2019). Com a chegada do COVID-19, o isolamento social isolado (sem outros fatores de estresse) esteve associado à ideação suicida ativa e passiva (ALKANDARI et al., 2021), representando uma “segunda pandemia” devido ao seu impacto sobre a saúde mental (GANESAN et al., 2021).

No entanto, dos causadores de sofrimento emocional nesta amostra, o desemprego teve destaque, já que representa um dos mais fortes preditores de suicídio, independente da cultura (STACK, 2021). Nos Estados Unidos, o medo de perder o emprego foi a segunda causa de transtorno mental durante a pandemia, ficando atrás apenas do medo de morrer pelo COVID-19 (BHATTACHARJEE; ACHARYA, 2020). No Ceará, o desemprego representou risco 2 vezes maior para o suicídio, quando comparado ao restante do país (SAMPAIO, 2021). Outro destaque nesta amostra foi a autopercepção da saúde emocional como regular, ruim ou péssima, em consonância com evidências que mostram o risco significativo ($p < 0,001$) provocado por esta autopercepção negativa nas tentativas de suicídio (BORBA et al., 2020).

Para a amostra deste estudo, antes da pandemia, ter transtorno psiquiátrico com acompanhamento, uso de psicofármaco em pelo menos uma ocasião, uso de psicofármacos para doenças não psiquiátricas, ser acompanhado em psicoterapia e o uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) estiveram associados à ideação suicida grave, sendo que estes mesmos fatores se mantiveram durante a pandemia, com exceção das PICs. A de se destacar que a prática da psicoterapia e das PICs, antes da pandemia, estiveram associadas também a chance de ideação suicida moderada.

A assistência psíquica em geral era bastante frequente nesta amostra mesmo antes da pandemia. Este fato é corroborado pela análise multivariada ter demonstrado forte associação

da ideação suicida grave com o uso de psicofármacos e com a psicoterapia anteriores ao COVID-19. Dessa forma, ficou evidente que o perfil dessa população em estudo tem alto nível de sofrimento psíquico grave, corroborando o espiritismo como religião de demanda psicológica (DALGALARRONDO, 2007a). Durante a pandemia, houve aumento da frequência de pensamentos suicidas e queda da apresentação de comportamento suicida nas emergências (JOHN et al., 2021), o que caracterizou piora da saúde mental no geral neste período, justificando a manutenção do acompanhamento psiquiátrico e psicológico pela amostra.

Fortaleza, capital do Ceará, demonstrou um serviço público em saúde mental precário, com poucos atendimentos na atenção básica (23%), baixa prescrição (31%) e desabastecimento (58%) de psicofármacos, piores números quando comparados a outros três grandes centros urbanos – Porto Alegre, São Paulo e Campinas (AMARAL et al., 2021). Em paralelo, na pandemia houve piora da estrutura, organização e do acesso aos profissionais da saúde mental no mundo todo (GOURRET BAUMGART et al., 2021), com consequente desassistência para pacientes com transtorno mental prévio ao COVID-19 (NEELAM et al., 2021) e redução do início de novos tratamentos medicamentosos (NASON et al., 2021). Alto nível de assistência e tratamento psiquiátrico nesta amostra, em contraste com a desassistência do sistema público, podem ser entendidos devido ao acesso privado aos serviços em saúde mental, o qual é possibilitado pela renda da amostra estar bem acima da maior parte da população cearense (até R\$ 1.046,00) (IBGE, 2010).

Quanto ao uso de psicofármacos, o Brasil apresentou aumento de prescrição durante a pandemia (GOMES et al., 2022), aumento este também visto na atenção básica (ALCÂNTARA et al., 2022), o que entra em contradição com a desassistência do serviço público em Fortaleza. Este aumento de prescrição dos psicofármacos foi pouco mais de 7%, quando comparado ao período anterior ao COVID-19, com aumento associado à automedicação (OLIVEIRA et al., 2021b), o que pode ajudar a explicar o maior uso medicamentoso da amostra associado à baixa assistência em saúde mental no Ceará. Além disso, a aquisição particular dos psicofármacos, possibilitada pela maior renda, também pode justificar esse paradoxo entre os números da amostra em relação à população geral do estado.

Em paralelo à psiquiatria e à medicalização, a assistência psicoterápica e por PICs também foram destaques, com alta prevalência em pessoas com ideação suicida moderada e com o acompanhamento psicológico bastante associado à ideação suicida grave durante a pandemia. Este destaque veio ao encontro dos aparentes benefícios do tratamento psicológico no sofrimento psíquico grave, como na automutilação e no suicídio, apesar da difícil análise do desempenho dessas abordagens por questões metodológicas (BAHJI et al., 2021). Durante a

pandemia, foi visto o auxílio da assistência psicológica através das intervenções de emergência (SCHMIDT et al., 2020), ajudando a lidar com o medo da morte e com o luto (CREPALDI et al., 2020); assim como as PICs também auxiliaram no comportamento e no estilo de vida através da meditação (BRINGMANN et al., 2021) e, na melhora do humor através de terapias de biocampo, como o reiki (MANGIONE; SWENGROS; ANDERSON, 2017).

A autoidentificação religiosa espírita e a simpatia pela doutrina espírita se apresentaram com maior chance para ideação suicida moderada e a identificação religiosa católica se mostrou protetora para ideação suicida moderada e grave. Enquanto isso, a busca pela doutrina espírita por sofrimento mental apresentou maior chance para ideação suicida grave. Por outro lado, participar como trabalhador (voluntário) de Palestras Públicas ou do Atendimento Espiritual se mostrou fator protetor para qualquer nível de ideação suicida. Antes da pandemia, NEE regular/alto/muito alto se mostrou protetor para ideação suicida grave. Logo, considerando a análise multivariada, identificar-se como espírita apresentou maior risco para ideação moderada, mas ter NEE elevado, antes do covid-19, mostrou-se como fator protetor para a ideação suicida grave.

A **identificação** religiosa na amostra se mostrou predominantemente cristã. Lembrando que se declarar espírita não impede a identificação com outras religiões, visto que, segundo a doutrina, o espiritismo não se trata de uma religião no sentido tradicional, sendo antes uma doutrina científico-filosófica (KARDEC, 2013). Sabendo que a população brasileira é composta de quase 90% de cristãos, e destes, mais de 60% se declaram católicos e 2% espíritas (IBGE, 2010), a alta prevalência da religião católica na amostra pode ser explicada pela sua predominância na população geral. Por sua vez, o espiritismo também se destacou devido ao viés amostral, já que a população do estudo foram pessoas com algum NEE. Não obstante, a associação da religião espírita com ideação suicida moderada pode ser compreendida pelo perfil mais adoecido dessas pessoas, uma vez que o espiritismo atrai indivíduos com demanda psicológica (DALGALARRONDO, 2007a).

A busca pelo espiritismo por interesse científico/filosófico não ter se apresentado como fator de risco para ideação suicida grave pode ser compreendida pelo interesse do indivíduo estar isento de agravos de saúde, contrastando diretamente com a busca por sofrimento mental, que apresenta maior risco para ideação grave pelo evidente comprometimento psíquico. Foi visto, por exemplo, que a depressão, transtorno mental bastante envolvido com o suicídio, foi o tipo de adoecimento mais prevalente entre frequentadores de casas espíritas em São Paulo, com mais de 45% do total (LUCCHETTI et al., 2016). Ademais, exercer ativamente alguma religião ou prática espiritual de modo saudável, independente da

religião, auxilia para uma boa saúde mental (MOREIRA et al., 2020; MOREIRA-ALMEIDA, 2009b), corroborando o fato de que trabalhar nas Palestras Públicas e no Atendimento Espiritual das casas espíritas podem representar um fator de proteção contra o suicídio.

Algumas pesquisas demonstraram o potencial efeito salutar do espiritismo para a psique, como a melhora e remissão do quadro depressivo (CARNEIRO; MORAES; TERRA, 2016; LUCCHETTI et al., 2015a), redução da exaustão emocional e melhora dos afetos negativos (CARNEIRO et al., 2022) e, alívio do sofrimento relacionado ao medo da morte e ao luto (FERNANDES; DA SILVA, 2022; HOTT; REINALDO, 2020). Sobre o suicídio, é sabido que a literatura espírita tem papel importante para transmissão de informações (BTESHE et al., 2010), ajudando na prevenção devido ao fortalecimento emocional (SILVA; BARBOSA, 2019).

8.5 Análise multinomial dos fatores associados aos níveis de ideação suicida

Figura 30 – Principais resultados da análise multinomial dos níveis de ideação suicida e de todos os fatores relacionados aos níveis de ideação suicida em pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

MULTINOMIAL IDEAÇÃO SUICIDA	
Perfil Sociodemográfico	Estado Psíquico
Moderado e Grave <ul style="list-style-type: none"> Sem união estável <u>Ser a principal fonte de renda – fator protetor</u>	Grave <ul style="list-style-type: none"> Desemprego Autopercepção emocional: regular/ruim/péssima
Assistência Pré-covid19	Crença Espiritual e NEE
Moderado e Grave: <ul style="list-style-type: none"> Com psicoterapia Grave <ul style="list-style-type: none"> Psicofármacos para transtorno 	Moderado e Grave <ul style="list-style-type: none"> Autodeclarados espíritas <u>NEE (pré-covid-19) Regular/alto/muito alto – fator protetor</u>
MULTINOMIAL (todos os fatores)	
Solteiros => Moderado e Grave Desemprego => Grave Autopercepção emocional regular/ruim/péssima => Grave Com psicoterapia (pré-covid19) => Moderado e Grave Autodeclarados espíritas => Moderado e Grave	
<u>NEE (pré-covid19) Regular/alto/muito alto – fator protetor</u>	
Único fator protetor na análise multinomial de todos os fatores associados à ideação suicida grave	

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Ao se controlar os fatores pela análise multinomial, quanto aos dados sociodemográficos da amostra, apenas não ter união estável (Solteiro(a) e Viúvo(a)/ Divorciado(a)/ Separado(a)) mostrou-se fator de risco para ideação moderada e grave, enquanto ser a principal fonte de renda se mostrou como fator protetor para ideação grave. Em relação aos fatores intervenientes ao estado psíquico, demonstrou-se que somente o desemprego e a autopercepção regular/ruim/péssima da saúde emocional se associaram à chance de ideação suicida grave. Para a assistência psíquica, apenas o uso de medicação psiquiátrica para transtornos psiquiátricos e o acompanhamento psicoterápico, ambos prévios à pandemia, mostraram-se com maior chance para ideação suicida grave. Na análise multinomial dos fatores relacionados à crença espiritual, o NEE elevado antes do COVID-19 foi fator de proteção para ideação suicida grave, apesar de os autodeclarados espíritas possuírem mais risco de ideação

moderada e grave. Dessa forma, ser espírita representou mais chance para ideação suicida mais branda, visto que o espiritismo atrai pessoas com sofrimento mental, mas ter NEE elevado protegeu contra ideação suicida grave.

No contexto multinomial de todos os fatores associados à ideação suicida, ideação moderada foi maior entre indivíduos solteiros que têm acompanhamento psicológico prévio ao COVID-19 e, que se identificam como espíritas. E ter ideação suicida grave esteve relacionado a ser solteiro, não ter emprego, ter piores percepções da própria saúde mental, fazer acompanhamento psicológico prévio à pandemia e se identificar como espírita. Acompanhamento psicoterápico pré-covid, autopercepção ruim da saúde emocional e autoidentificação espírita associadas a um maior risco de ideação suicida podem representar associações espúrias, uma vez considerado o perfil de maior adoecimento psíquico desta população pela atratividade do espiritismo para pessoas com esse tipo de sofrimento. Apesar disso, quanto maior o NEE antes da pandemia, menor foi a chance de ter ideação suicida grave durante a pandemia. Por conseguinte, na análise multinomial de todos os fatores associados à ideação suicida, percebeu-se que mesmo com o maior adoecimento psíquico na população envolvida com o espiritismo, maior NEE pode proteger contra a ideação suicida grave.

A condição de estar solteiro apresentou íntima relação com o suicídio em múltiplas pesquisas. Em revisão integrativa internacional, não estar em união estável representou uma das características mais relevantes para o desfecho suicida, independente da cultura (CALATI et al., 2019). No Brasil, foi visto que não estar em união estável esteve associado a mais de 400 caso de suicídio de mulheres separadas, em Pernambuco (CARDOSO; LIMA; SILVA, 2020); enquanto no estado do Ceará, a associação do divórcio com o suicídio foi mais que o dobro da média nacional (SAMPAIO, 2021). No Ceará, inclusive, a situação conjugal “solteiro” foi a mais prevalente para o suicídio cometido no ano de 2021, com 58,6% do total de casos (GOVERNO DO ESTADO DO ESTADO DO CEARÁ, 2022).

O desemprego, por sua vez, já foi reconhecido como importante causa de transtorno mental em todo o mundo (DIMAS; PEREIRA; CANAVARRO, 2013); assim como, em 2020, foi a 2ª causa de transtorno mental nos Estados Unidos, perdendo apenas para o medo de adquirir o COVID-19 e morrer (BHATTACHARJEE; ACHARYA, 2020). Em pesquisa multicêntrica e transcultural, o desemprego e a baixa renda foram identificados como os mais fortes fatores preditores do suicídio (STACK, 2021), tendo essa mesma evidência sido vista no estado do Ceará, com a adição do divórcio a esses fatores (SAMPAIO, 2021).

Em relação à autopercepção negativa da saúde emocional, foi visto que esta pode se associar significativamente ao risco de tentativa de suicídio em pessoas com transtorno

mental (BORBA et al., 2020), o que está de acordo com a amostra deste estudo, psiquicamente mais adoecida que a população geral. Concomitantemente, a busca por psicoterapia nesta amostra se justificou por conta de sua eficácia no combate aos transtornos mentais, à automutilação e ao suicídio, dados vistos em pesquisa prévia (BAHJI et al., 2021). Durante a pandemia, a importância da psicoterapia se ampliou mediante a assistência psicológica digital (EVANGELISTA; CARDOSO, 2020; MARASCA et al., 2020), as intervenções psicológicas emergenciais (SCHMIDT et al., 2020) e ao cuidado com o sofrimento psíquico gerado pelo medo da terminalidade e pelo luto (CREPALDI et al., 2020). Em paralelo, a autoidentificação espírita desta amostra com a ideação suicida grave pode estar relacionada ao perfil potencialmente mais adoecido dos indivíduos que buscam o espiritismo (DALGALARRONDO, 2007^a). Tanto a autopercepção negativa da saúde emocional, quanto à psicoterapia prévia à pandemia e a identificação com o espiritismo podem significar associações espúrias à ideação suicida grave se considerado o perfil da amostra.

Em relação ao NEE, não existem pesquisas até então sobre este parâmetro específico. No entanto, já se registrou o potencial efeito salutar do espiritismo para a mente e para a melhora dos transtornos mentais (CARNEIRO; MORAES; TERRA, 2016; LUCCHETTI et al., 2015^a), como também para a redução da exaustão emocional e melhora dos afetos negativos (CARNEIRO et al., 2022) e, para alívio do sofrimento relacionado ao medo da morte e ao luto (FERNANDES; DA SILVA, 2022; HOTT; REINALDO, 2020). Também foi registrado que a literatura espírita tem papel importante para transmissão de informações sobre o suicídio (BTESHE et al., 2010). Estes dados ajudam a explicar o porquê de, mesmo com uma amostra mais adoecida neste estudo, o NEE mais alto antes da pandemia ter sido significativo como protetor para a ideação suicida grave durante a pandemia, sugerindo um potencial efeito terapêutico do envolvimento espírita sobre a saúde mental.

Apesar dos dados obtidos, não foi possível estabelecer relações causais entre as variáveis, uma vez que se trata de um estudo transversal. São necessárias pesquisas longitudinais para estabelecer a causalidade e o impacto do envolvimento espírita com piora ou melhora da saúde mental, assim como pesquisas qualitativas para providenciar compreensões da subjetividade do efeito psicológico do espiritismo sobre a mente.

9 SÍNTESE DOS RESULTADOS

Quadro 19 – Síntese dos principais fatores associados ao adoecimento emocional, ideação suicida grave e fatores de proteção em pessoas com envolvimento espírita no estado do Ceará. Fortaleza/CE, 2023.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	
<p>PS: Mulheres, Pardos ou brancos, Heterossexuais, Em união estável, Com filhos, Elevada escolaridade, Ser a principal fonte de renda familiar, Renda superior a 4 salários mínimo</p> <p>AP: Com psiquiatra e diagnóstico (2), Psicofármacos para transtorno (0 ou 1) e doença, Com psicoterapia (+de 1 ano) e com PICs</p> <p>Estresse, ansiedade e depressão: moderado à grave /// Ideação suicida: risco alto ou muito alto /// Destaque: números elevados de depressão e ideação suicida</p> <p>CE: Espiritismo: Interesse científico-filosófico e Sofrimento mental // Evangelho no lar: Regular, Mediunidade autodeclarada: Nada, Crenças espirituais e benefícios do envolvimento espírita: Muito ou completamente // Casa Espírita: Frequência = + de 50% da amostra, semanal, + de 10 anos, ESDE e Palestra Pública, Trabalhadores = 2/3 da amostra, reunião mediúnica</p> <p>NEE (pré e no covid19): “Baixo” e “muito baixo” bem maiores que “alto” e “muito alto” /// NEE (no covid19): Aumento para “muito baixo” e redução para “alto” e “muito alto”</p>	<p>ES: Desemprego, Doença física e de pessoa próxima, Luto, Drogas lícitas e ilícitas, Violência sofrida, perpetrada ou autoinfligida, Isolamento social afetando “um pouco”</p> <p>AC: Com psiquiatra (redução), Com diagnóstico (aumento), Psicofármacos para transtorno (aumento - 2 ou mais)</p>
<p>BIVARIADA ESTRESSE</p> <p>PS: Adultos jovens (até 34 anos), Solteiros</p> <p>AP: 3 ou + psicofármacos para transtorno, Sem psicoterapia</p> <p>AC: Com psiquiatra, 3 ou + psicofármacos para transtorno, Sem psicoterapia e PICs</p> <p>CE: Dados não significativos, Autodeclaração espírita e evangélica: menos estresse</p> <p>NEE baixo (pré e no covid19): mais estresse grave</p>	<p>ES: Crise conjugal, Violência sofrida e autoinfligida, Autopercepção emocional: ruim/péssima</p>
<p>BIVARIADA ANSIEDADE</p> <p>PS: Mulheres, Adultos jovens (até 34 anos), Baixa renda familiar</p> <p>AC: Com diagnóstico, 3 ou + psicofármacos para transtorno, Sem psicoterapia</p>	<p>ES: Álcool e/ou cigarro, Drogas ilícitas, Violência autoinfligida e cometida, Autopercepção emocional: ruim/péssima</p> <p>AP: 3 ou + psicofármacos para transtorno, Sem psicoterapia</p> <p>CE: Dados não significativos /// NEE baixo (pré e no covid19): mais ansiedade grave</p>
<p>BIVARIADA DEPRESSÃO</p> <p>PS: Adultos jovens (até 34 anos), Sem união estável, Menor escolaridade</p> <p>AC: Com psiquiatra e diagnóstico, Até 2 psicofármacos para transtorno</p>	<p>ES: Isolamento social afetando muito/ completamente, Autopercepção emocional: regular ou ruim/ péssima</p> <p>AP: Com psiquiatra e diagnóstico, 3 ou mais psicofármacos para transtorno</p> <p>NEE baixo (pré e no covid19): mais depressão grave /// NEE inversamente proporcional à depressão grave</p>
<p>BIVARIADA IDEACÃO SUICIDA</p> <p>PS: Sem união estável, Menor escolaridade, Não ser a principal fonte de renda familiar</p> <p>AC: Com psiquiatra e diagnóstico, Até 2 psicofármacos para transtorno, Psicofármacos para doenças, Com psicoterapia</p> <p>ES: Desemprego, Doença física e de pessoa próxima, Crise conjugal, Álcool e/ou cigarro, Violência sofrida e autoinfligida, Isolamento social afetando muito/completamente, Autopercepção emocional: regular ou ruim/péssima</p>	<p>AP: Com psiquiatra e diagnóstico, 3 ou + psicofármacos para transtorno, Com Psicoterapia e PICs</p> <p>CE: Autodeclaração católica e espírita</p> <p>NEE baixo (pré e no covid19): mais id. suicida grave</p>
<p>MULTIVARIADA IDEACÃO SUICIDA</p> <p>PS: Solteiros, Menor escolaridade, Renda: R\$ 0 a R\$ 2.600 <u>Ser a principal fonte de renda familiar: protetor</u></p> <p>ES: Desemprego, Doença física, Crise conjugal, Álcool e/ou cigarro, Violência sofrida, Isolamento social afetando razoável e muito/completamente, Autopercepção emocional: regular/ruim/péssima</p> <p>AP: Com psiquiatra e diagnóstico, Psicofármaco para transtorno e doenças, Com psicoterapia e PICs</p> <p>AC: Com psiquiatra e diagnóstico, Psicofármacos para transtorno e doenças, Com psicoterapia</p> <p>CE: Sofrimento mental: motivação para o espiritismo // NEE (pré-covid19) Regular/alto/muito alto: protetor</p> <p>Autodeclarados católicos, trabalhador espírita de Palestras Públicas e Atendimento espiritual: protetores</p>	<p>MULTINOMIAL IDEACÃO SUICIDA</p> <p>PS: Sem união estável /// <u>Ser a principal fonte de renda: protetor</u></p> <p>ES: Grave: Desemprego, Autopercepção emocional: regular/ruim/péssima</p> <p>AP: Com psicoterapia, Psicofármacos para transtorno</p> <p>CE: Autodeclaração espírita</p> <p>NEE (pré-covid19) Regular/alto/muito alto: protetor</p> <p>Todos os fatores: Solteiros, Desemprego, Autopercepção emocional regular/ruim/péssima, Com psicoterapia (pré-covid19), Autodeclarados espíritas</p> <p>NEE (pré-covid19) Regular/alto/muito alto: protetor</p> <p>Único fator protetor na análise multinomial de todos os fatores associados à ideação suicida grave</p>
<p>Legenda: Perfil Sociodemográfico (PS) // Estado Psíquico (ES) // Assistência Pré-covid-19 (AP) Assistência no Covid-19 (AC) // Crença Espiritual (CE) // Nível de Envolvimento Espírita (NEE)</p>	

Fonte: elaborado pelo autor (2023)/ PICs – práticas integrativas e complementares / NEE – nível de envolvimento espírita / Fatores de proteção: sublinhados.

Estes dados também podem ser vistos no **Apêndice D**.

10 CONCLUSÕES

O primeiro resultado que foi atingido neste estudo foi o desenvolvimento e validação do FENE, o qual pode servir de instrumento para pesquisas vindouras. Quanto aos resultados da coleta dos dados, a amostra com envolvimento espírita no estado de Ceará foi principalmente de mulheres, pardas ou brancas, heterossexuais, em união estável e com filhos. Destacou-se o elevado nível de escolaridade e de renda, acima da população geral. Apesar de o isolamento social ter afetado pouco a saúde emocional e, esta, ter sido declarada principalmente como boa, o desemprego e as doenças pessoais ou de familiares foram fatores causadores de sofrimento emocional; enquanto o luto, o uso de substâncias lícitas e ilícitas e a violência sofrida e autoinfligida, mesmo pouco prevalentes, estiveram amplamente associados ao COVID-19. Supõe-se que houve baixa percepção do impacto da pandemia sobre a saúde mental para a amostra.

Antes da pandemia, a amostra tinha mais assistência psíquica do que a população geral, dado este provavelmente relacionado a uma maior prevalência de adoecimento psíquico e potencial acesso facilitado para atendimento devido às melhores condições socioeconômicas. Com a chegada do COVID-19, houve redução na assistência psíquica em paralelo com o aumento da prevalência de alguns tipos de transtornos psiquiátricos e do uso de medicações psiquiátricas, o que parece demonstrar o impacto negativo da pandemia para a saúde como gerador de adoecimento e obstáculo para a assistência com os profissionais da área, embora a condição socioeconômica da amostra possa ter garantido o acesso à medicação.

Houve alta prevalência de estresse e ansiedade graves e alta prevalência de depressão, em todos os níveis. Apesar disso, o destaque nesta população ficou para a ideação suicida, tanto pela alta frequência, quanto pela gravidade. Os fatores que estiveram significativamente mais associados à ideação suicida moderada foram: estar solteiro, ter feito psicoterapia antes da pandemia e a identificação com o espiritismo; e os mais associados à ideação suicida grave foram todos os já citados, somados ao desemprego e à autopercepção da saúde emocional como regular/ruim/péssima. A associação significativa da ideação suicida grave com o acompanhamento psicoterápico prévio à pandemia, com a percepção ruim da própria saúde emocional sugere que indivíduos com envolvimento espírita podem apresentar mais adoecimento psíquico do que a população geral. Porém, a relação da ideação suicida, em qualquer gravidade, com pessoas identificadas com o espiritismo reforçou a perspectiva de que o espiritismo corresponde a uma religião de demanda psicológica, atraindo pessoas com sofrimento psíquico, por isso concentrando este perfil populacional.

Sobre o motivo de buscar o espiritismo, destacou-se o sofrimento mental como a única opção que foi significativa. Ser trabalhador na casa espírita nas Palestras Públicas e no Atendimento Espiritual ajuda a proteger da ideação suicida grave. Quanto ao NEE, tanto antes quanto durante a pandemia, todos os seus níveis se associaram sobretudo à depressão leve e à ideação suicida moderada, corroborando o possível perfil mais adoecido da amostra. NEE mais alto esteve associado à menor prevalência de depressão grave e ideação suicida grave, independente da pandemia. Houve redução do NEE durante o período pandêmico, possivelmente causada pela restrição presencial às casas espíritas ou pela influência negativa do COVID-19 sobre a fé e a espiritualidade. Entretanto, NEE alto antes da pandemia se revelou um fator de proteção significativo para a ideação suicida grave. Dessa forma, fica evidente que, apesar de o espiritismo atrair pessoas mais adoecidas psicologicamente, envolver-se mais com o espiritismo pode auxiliar na proteção contra o suicídio.

Abaixo, a síntese das conclusões deste estudo em tópicos:

- Maior prevalência da amostra para mulheres, pardas ou brancas, heterossexuais, em união estável e com filhos e, com elevado nível de escolaridade e de renda, ambos acima da população geral;
- O comprometimento da saúde emocional pelo isolamento social, segundo a amostra, sugere baixa percepção do impacto deste isolamento sobre a saúde;
- O desemprego e as doenças pessoais ou de familiares se destacaram como causadores de sofrimento emocional;
- O luto, o uso de substâncias lícitas e ilícitas e a violência sofrida e autoinfligida, mesmo pouco prevalentes na amostra, estiveram amplamente associados ao COVID-19;
- Antes da pandemia, a amostra declarou ter mais assistência psíquica do que a população geral, o que pode estar relacionado à 2 características da amostra: maior prevalência de adoecimento psíquico e melhores condições socioeconômicas;
- Na pandemia, houve redução na assistência psíquica, aumento de alguns transtornos psiquiátricos e do uso de medicações psiquiátricas, o que pode estar relacionado ao impacto negativo da pandemia para a saúde como gerador de adoecimento psíquico e obstáculo para a assistência, embora a melhor condição socioeconômica da amostra possa ter garantido acesso à medicação;
- Houve alta prevalência de estresse e ansiedade graves e alta prevalência de depressão, em todos os níveis.

- A ideação suicida se destacou pela alta prevalência e pela gravidade.
- A hipótese do espiritismo como religião de demanda psicológica é reforçada pelo “sofrimento mental” ter sido o único motivo significativo de buscar o espiritismo;
- Ser trabalhador na casa espírita nas Palestras Públicas e no Atendimento Espiritual pode ser fator protetor para a ideação suicida grave;
- A ideação suicida moderada esteve mais associada aos indivíduos: solteiros, que fizeram psicoterapia antes da pandemia e os autoidentificados com o espiritismo;
- A ideação suicida grave esteve mais associada aos indivíduos: solteiros, que fizeram psicoterapia antes da pandemia, os autoidentificados com o espiritismo, os que estavam em situação de desemprego e os que percebiam sua saúde emocional como regular/ruim/péssima;
- A associação da ideação suicida grave com indivíduos que estavam em acompanhamento psicoterápico antes da pandemia, que percebiam sua saúde emocional como regular/ruim/péssima e nos identificados com o espiritismo reforça a possibilidade de que os indivíduos envolvidos com o espiritismo possam apresentar maior adoecimento psíquico do que a população geral em consonância com a atratividade do espiritismo à essa população;
- Antes e durante a pandemia, o NEE esteve majoritariamente associado à depressão leve e à ideação suicida moderada e, NEE mais alto apresentou menos associação com depressão grave e ideação suicida grave se comparado ao NEE mais baixo;
- Durante a pandemia, houve redução discreta do NEE, possivelmente provocada pela restrição presencial às casas espíritas e pela influência negativa do COVID-19 sobre a fé e a espiritualidade;
- O NEE alto, antes da pandemia, demonstrou-se um fator de proteção significativo para a ideação suicida grave durante a pandemia;
- Apesar de o espiritismo atrair pessoas mais adoecidas psiquicamente, envolver-se mais com o espiritismo pode estar associado à proteção contra a ideação suicida grave.

11 RECOMENDAÇÕES

Os dados obtidos neste estudo permitiram conhecer melhor a prevalência do perfil sociodemográfico, estado psíquico e assistência psíquica, NEE, saúde emocional e ideação suicida de espíritas e simpatizantes do espiritismo no estado do Ceará. Todavia, por se tratar de um estudo transversal, este careceu de medidas de associação causal entre os dados levantados, como também não avaliou a subjetividade da influência do espiritismo sobre a cognição. Assim, cogita-se que novos estudos longitudinais e qualitativos possam avançar no sentido de entender o efeito específico do envolvimento espírita sobre a psique e medir seu impacto sobre a saúde mental.

REFERÊNCIAS

- AGHA, S. Mental well-being and association of the four factors coping structure model: A perspective of people living in lockdown during COVID-19. **Ethics, Medicine and Public Health**, v. 16, p. 100605, mar. 2021.
- ALCÂNTARA, A. M. et al. Prescrição de Psicofármacos na Atenção Primária à Saúde no contexto da Pandemia da Covid-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e19911420210, 16 mar. 2022.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, jul. 2011.
- ALKANDARI, A. et al. Staying (Mentally) Healthy: The Impact of COVID-19 on Personal and Professional Lives. **Techniques and Innovations in Gastrointestinal Endoscopy**, v. 23, n. 2, p. 199–206, 2021.
- ALLPORT, G. W. **The Individual and His Religion: A Psychological Interpretation**. [s.l.] Macmillan, 1950.
- ALLPORT, G. W.; ROSS, J. M. Personal Religious Orientation and Prejudice. **Journal of Personality & Social Psychology**, v. 5, n. 4, p. 432–443, 1967.
- ALMAGHREBI, A. H. Risk factors for attempting suicide during the COVID-19 lockdown: Identification of the high-risk groups. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 16, n. 4, p. 605–611, ago. 2021.
- ALMEIDA, A. A. S. DE; ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. O olhar dos psiquiatras brasileiros sobre os fenômenos de transe e possessão. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 34–41, 2007.
- ALMEIDA, A. M. DE; LOTUFO NETO, F. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 30, n. 1, p. 21–28, 2003.
- ALMINHANA, L. O.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/E). **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 36, n. 4, p. 153–161, 2009.
- AMARAL, C. E. M. et al. Assistência à saúde mental no Brasil: estudo multifacetado em quatro grandes cidades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. [s.l.] American Psychiatric Association, 2013.
- ANDERSON, J. W.; NUNNELLEY, P. A. Private prayer associations with depression, anxiety and other health conditions: an analytical review of clinical studies. **Postgraduate Medicine**, v. 128, n. 7, p. 635–641, 2 out. 2016.
- ANDRETTA, I. et al. Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Usuários de Drogas em Tratamento em Comunidades Terapêuticas. **Psico-USF**, v. 23, n. 2, p. 361–373, jun. 2018.

ANGELAKIS, I.; GILLESPIE, E. L.; PANAGIOTI, M. Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. **Psychological Medicine**, v. 49, n. 07, p. 1057–1078, 4 maio 2019.

ÂNGELIS, J. DE; FRANCO, D. P. **Triunfo Pessoal**. 1. ed. Salvador: Alvorada, 2010.

ANTONY, M. M. et al. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. **Psychological Assessment**, v. 10, n. 2, p. 176–181, jun. 1998.

ANTUNES, A. et al. Disability and common mental disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. **European Psychiatry**, v. 49, p. 56–61, 1 jan. 2018.

APÓSTOLO, J. L. A.; MENDES, A. C.; AZEREDO, Z. A. Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 863–871, dez. 2006.

AQUINO, T. A. A. DE. **Atitudes e intenções de cometer o suicídio: seus correlatos existenciais e normativos**. Tese de Doutorado—João Pessoa: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009.

ARRIBAS, C. DA G. Espíritas de todo o Brasil, uni-vos! Meandros da unificação espírita na primeira metade do século XX. **Religião & Sociedade**, v. 37, n. 3, p. 150–172, dez. 2017.

ARRUDA, V. L. DE et al. Suicídio em adultos jovens brasileiros: série temporal de 1997 a 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2699–2708, jul. 2021.

AVENA, N. M. et al. Substance Use Disorders and Behavioral Addictions During the COVID-19 Pandemic and COVID-19-Related Restrictions. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, 16 abr. 2021.

B. C., U. B. et al. Anxiety and depression among people living in quarantine centers during COVID-19 pandemic: A mixed method study from western Nepal. **PLOS ONE**, v. 16, n. 7, p. e0254126, 9 jul. 2021.

BACCETTO, L. Novas perspectivas nos estudos do espiritismo e da espiritualidade. **Religião & Sociedade**, v. 39, n. 2, p. 222–225, ago. 2019.

BAHJI, A. et al. Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Self-harm and Suicidal Behavior Among Children and Adolescents. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 4, p. e216614, 16 abr. 2021.

BALDUINO, L. **Psiquiatria e Mediunismo**. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 1995.

BALDWIN, D. S. What is the role of a psychiatrist in the COVID-19 pandemic? **Medicine**, v. 48, n. 11, p. 685, nov. 2020.

BANDELOW, B.; MICHAELIS, S.; WEDEKIND, D. Treatment of anxiety disorders. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 19, n. 2, p. 93–107, 30 jun. 2017.

BARBOSA, K. B. F. et al. Estresse oxidativo: conceito, implicações e fatores modulatórios. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 4, p. 629–643, ago. 2010.

- BARBOSA, L. N. F. et al. Brazilian's frequency of anxiety, depression and stress symptoms in the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. suppl 2, p. 413–419, 2021.
- BARBOSA, R. M. R.; LIMA, D. F.; CAVALCANTI, D. B. Algumas ações para prevenção de suicídio desenvolvidas na UFPE. **Revista dos Mestrados Profissionais**, v. 9, n. 1, p. 73–91, 2020.
- BARROS, F. C. et al. Social inequalities in mental disorders and substance misuse in young adults. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 53, n. 7, p. 717–726, 2 jul. 2018.
- BARROS, T. F. et al. Análise de perfil epidemiológico de suicídios no Ceará de 2015 a 2017. **Join**, v. 6, n. 1, p. 1–10, 2019.
- BAZLEY, R.; PAKENHAM, K.; WATSON, B. Perspectives on Suicide Prevention Amongst Members of Christian Faith-Based Organizations. **Community Mental Health Journal**, v. 55, n. 5, p. 831–839, 2 jul. 2019.
- BAZYAR, J. et al. Effects of the COVID-19 Pandemic on the Intimate Partner Violence and Sexual Function: A Systematic Review. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 36, n. 5, p. 593–598, 27 out. 2021.
- BEENTJES, T. A. A. et al. Self-Management Support Needs From the Perspectives of Persons With Severe Mental Illness: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Research. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 26, n. 5, p. 464–482, 3 set. 2020.
- BEHZADIFAR, M. et al. Prevalence of self-medication in university students: systematic review and meta-analysis. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 26, n. 7, p. 846–857, 1 jul. 2020.
- BERALDO, L. et al. Spirituality, Religiosity and Addiction Recovery: Current Perspectives. **Current Drug Research Reviews**, v. 11, n. 1, p. 26–32, 26 fev. 2019.
- BERG, S. Snowball Sampling—I. Em: **Encyclopedia of Statistical Sciences**. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc., 2004.
- BETHLEHEM, J. Selection Bias in Web Surveys. **International Statistical Review**, v. 78, n. 2, p. 161–188, 18 jun. 2010.
- BHATTACHARJEE, B.; ACHARYA, T. “The COVID-19 Pandemic and its Effect on Mental Health in USA – A Review with Some Coping Strategies”. **Psychiatric Quarterly**, v. 91, n. 4, p. 1135–1145, 23 dez. 2020.
- BIBER, D. D.; ELLIS, R. The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. **Journal of Health Psychology**, v. 24, n. 14, p. 2060–2071, 15 dez. 2019.
- BIERSTETEL, S. J.; SLATCHER, R. B. Couples' behavior during conflict in the lab and diurnal cortisol patterns in daily life. **Psychoneuroendocrinology**, v. 115, p. 104633, maio 2020.

BITTAR, D.; KOHLSDORF, M. ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA. **Psicologia Argumento**, v. 31, n. 74, 24 nov. 2017.

BONADIMAN, C. S. C. et al. Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. **Population Health Metrics**, v. 18, n. S1, p. 6, 30 set. 2020.

BONELLI, R. [Religiosity and Mental Health] Religiosität und psychische Gesundheit – was ist wissenschaftlich belegt? **DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift**, v. 141, n. 25, p. 1863–1867, 14 dez. 2016.

BORBA, L. DE O. et al. FACTORS ASSOCIATED WITH SUICIDE ATTEMPT BY PEOPLE WITH MENTAL DISORDER. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, 2020.

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrico hospital geral: interconsulta e emergência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BOTH, L. M. et al. COVID-19 pandemic and social distancing: economic, psychological, family, and technological effects. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, 2021.

BOVERO, A. et al. The Spirituality in End-of-Life Cancer Patients, in Relation to Anxiety, Depression, Coping Strategies and the Daily Spiritual Experiences: A Cross-Sectional Study. **Journal of Religion and Health**, v. 58, n. 6, p. 2144–2160, 4 dez. 2019.

BRAAM, A. W.; KOENIG, H. G. Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 257, p. 428–438, out. 2019.

BRADSHAW, M.; KENT, B. V. Prayer, Attachment to God, and Changes in Psychological Well-Being in Later Life. **Journal of Aging and Health**, v. 30, n. 5, p. 667–691, 20 jun. 2018.

BRAGHETTA, C. C. et al. Development of an Instrument to Assess Spirituality: Reliability and Validation of the Attitudes Related to Spirituality Scale (ARES). **Frontiers in Psychology**, v. 12, 4 nov. 2021.

BRAUER, R. et al. Psychotropic medicine consumption in 65 countries and regions, 2008–19: a longitudinal study. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 12, p. 1071–1082, dez. 2021.

BRETT, L. et al. Ageing well: evaluation of social participation and quality of life tools to enhance community aged care (study protocol). **BMC Geriatrics**, v. 19, n. 1, p. 78, 12 dez. 2019.

BRINGMANN, H. C. et al. Meditation-Based Lifestyle Modification: Development of an Integrative Mind-Body Program for Mental Health and Human Flourishing. **Complementary Medicine Research**, v. 28, n. 3, p. 252–262, 2021.

BTESHE, M. et al. Suicide in the grey religious literature: Kardecism as privileged bibliography source. **RECIIS**, v. 4, n. 3, 30 set. 2010.

CALATI, R. et al. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. **Journal of Affective Disorders**, v. 245, p. 653–667, fev. 2019.

CALINA, D. et al. COVID-19 pandemic and alcohol consumption: Impacts and interconnections. **Toxicology Reports**, v. 8, p. 529–535, 2021.

CALIXTO FILHO, M.; ZEBRINI, T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Saúde Ética & Justiça**, v. 21, n. 2, p. 45–51, 2016.

CAMPOS, G. W. DE S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. v. 1

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. **Avances en Enfermería**, v. 35, n. 2, p. 146–156, 1 maio 2017.

CANTOR-CRUZ, F. et al. Mental health care of health workers during Covid-19: Recommendations based on evidence and expert consensus. **Revista Colombiana de Psiquiatria (English ed.)**, v. 50, n. 3, p. 225–231, jul. 2021.

CAPTARI, L. E. et al. Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: A comprehensive meta-analysis. **Journal of Clinical Psychology**, v. 74, n. 11, p. 1938–1951, nov. 2018.

CARDEÑA, E.; LYNN, S. J.; KRIPPNER, S. **Variedade das Experiências Anômalas: análise das evidências científicas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013.

CARDOSO, B. S. B.; LIMA, L. C. S. DE; SILVA, M. G. P. DA. Investigação dos óbitos no sexo feminino causados por suicídio em Pernambuco. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v. 5, n. 1, 2020.

CARNEIRO, É. M. et al. Effectiveness of Spiritist “passe” (Spiritual healing) for anxiety levels, depression, pain, muscle tension, well-being, and physiological parameters in cardiovascular inpatients: A randomized controlled trial. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 30, p. 73–78, fev. 2017.

CARNEIRO, É. M. et al. Effect of Complementary Spiritist Therapy on emotional status, muscle tension, and wellbeing of inpatients with HIV/AIDS: A randomized controlled trial – single-blind. **Journal of Complementary and Integrative Medicine**, v. 16, n. 2, 26 jun. 2019.

CARNEIRO, É. M. et al. Effect of Spiritist “Passe” on Preoperative Anxiety of Surgical Patients: A Randomized Controlled Trial, Double-Blind. **Journal of Religion and Health**, v. 59, n. 4, p. 1728–1739, 22 ago. 2020.

CARNEIRO, É. M. et al. Effects of complementary spiritual therapy on stress, anxiety, burnout syndrome and hematological parameters of professionals in a public hospital: a randomized controlled trial. **Journal of Complementary and Integrative Medicine**, v. 0, n. 0, 26 maio 2022.

CARNEIRO, É. M.; MORAES, G. V.; TERRA, G. A. Effectiveness of Spiritist Passe (Spiritual Healing) on the Psychophysiological Parameters in Hospitalized Patients. **Advances in mind-body medicine**, v. 30, n. 3, p. 4–10, 2016.

CASSIDY, M. et al. Motivations and experiences of volunteers and patients in mental health befriending: a thematic analysis. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 116, 17 dez. 2019.

CASTALDELLI-MAIA, J. M. et al. Investigating the effect of national government physical distancing measures on depression and anxiety during the COVID-19 pandemic through meta-analysis and meta-regression. **Psychological Medicine**, v. 51, n. 6, p. 881–893, 2 abr. 2021.

CASTILLO, E. G. et al. Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity. **Current Psychiatry Reports**, v. 21, n. 5, p. 35, 29 maio 2019.

CÉNAT, J. M. et al. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Psychiatry Research**, v. 295, p. 113599, jan. 2021.

CEOLIN, G. DA L. et al. Luto normal e luto patológico: impactos frente à pandemia da COVID-19. **Mostra de Extensão, Ciência e Tecnologia da Unisc**, n. 2, p. 296, 2021.

CERQUEIRA, D. R. DE C. et al. **Atlas da violência 2019**. 1. ed. Rio de Janeiro: IPEA, 2019.

CHEKOLE, Y. A.; ABATE, S. M. Global prevalence and determinants of mental health disorders during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Annals of Medicine & Surgery**, v. 68, ago. 2021.

CHIBENI, S. S.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Investigando o desconhecido: filosofia da ciência e investigação de fenômenos “anômalos” na psiquiatria. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 8–16, 2007.

CHIKRITZHS, T.; LIVINGSTON, M. Alcohol and the Risk of Injury. **Nutrients**, v. 13, n. 8, p. 2777, 13 ago. 2021.

CHU, I. Y.-H. et al. Social consequences of mass quarantine during epidemics: a systematic review with implications for the COVID-19 response. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n. 7, 9 nov. 2020.

CHYCZIJ, F. F. et al. Prevalência da depressão, ansiedade e stress numa unidade de saúde familiar do norte de Portugal. **Revista de Enfermagem Referência**, v. V Série, n. Nº 2, 28 maio 2020.

COSTA, C. O. DA et al. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 2, p. 92–100, jun. 2019.

COUNTED, V.; POSSAMAI, A.; MEADE, T. Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: an integrative research review. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 16, n. 1, p. 75, 24 dez. 2018.

COURTIN, E.; KNAPP, M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. **Health & Social Care in the Community**, v. 25, n. 3, p. 799–812, maio 2017.

CRAMM, J. M.; VAN DIJK, H. M.; NIEBOER, A. P. The Importance of Neighborhood Social Cohesion and Social Capital for the Well Being of Older Adults in the Community. **The Gerontologist**, v. 53, n. 1, p. 142–152, 1 fev. 2013.

CRASKE, M. G. et al. Anxiety disorders. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 3, n. 1, p. 17024, 4 maio 2017.

CREPALDI, M. A. et al. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.

CROCQ, M.-A. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 19, n. 2, p. 107–116, 30 jun. 2017.

CURCIO, C. S. S. **Validação da versão em português da brief multidimensional measure of religiousness/spirituality ou medida multidimensional breve de religiosidade/espiritualidade (BMMRS-P)**. Dissertação de Mestrado—Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013.

CURCIO, C. S. S.; LUCCHETTI, G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Instrumentos de avaliação de religiosidade e espiritualidade. Em: GORENSTEIN, C. (Ed.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

DAHER, J. C. et al. Research on Experiences Related to the Possibility of Consciousness Beyond the Brain. **Journal of Nervous & Mental Disease**, v. 205, n. 1, p. 37–47, jan. 2017.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. suppl, p. 1163–1178, 2006.

DALARMELINA, A. C. et al. Prevalência de psicofármacos e psicoterapia no tratamento de depressão em ambulatório psiquiátrico de um hospital quaternário. **Debates em Psiquiatria**, v. 8, n. 2, p. 10–18, 30 abr. 2018.

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

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 25–33, 2007a.

DALGALARRONDO, P. **Religião, Psicopatologia e Saúde Mental**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007b. v. 1

DANKULINCOVA VESELSKA, Z. et al. Spirituality but not Religiosity Is Associated with Better Health and Higher Life Satisfaction among Adolescents. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 12, p. 2781, 7 dez. 2018.

DARVISHI, N. et al. Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. **PLOS ONE**, v. 10, n. 5, p. e0126870, 20 maio 2015.

DAVIU, N. et al. Neurobiological links between stress and anxiety. **Neurobiology of Stress**, v. 11, p. 100191, nov. 2019.

DE SOUZA CAVALCANTE, R. et al. Effect of the Spiritist “passe” energy therapy in reducing anxiety in volunteers: A randomized controlled trial. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 27, p. 18–24, ago. 2016.

DEAN, J.; KESHAVAN, M. The neurobiology of depression: An integrated view. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 27, p. 101–111, jun. 2017.

DEBASTIANI, S.; DE SANTIS, J. P. Suicide Lethality: A Concept Analysis. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 39, n. 2, p. 117–125, 24 fev. 2018.

DEL CASTILLO, F. A. Health, spirituality and Covid-19: Themes and insights. **Journal of Public Health**, v. 43, n. 2, p. e254–e255, 7 jun. 2021.

- DELANNE, G. **O Espiritismo Perante A Ciência**. 1. ed. Limeira: Conhecimento, 2009.
- DELORME, A. et al. Electrocortical activity associated with subjective communication with the deceased. **Frontiers in Psychology**, v. 4, 2013.
- DEMIR DOĞAN, M. The effect of reiki on pain: A meta-analysis. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 31, p. 384–387, maio 2018.
- DENIS, L. **O problema do ser, do destino e da dor: os testemunhos, os fatos e as leis**. 26. ed. Rio de Janeiro: FEB, 2005.
- DILMAGHANI, M. Importance of Religion or Spirituality and Mental Health in Canada. **Journal of Religion and Health**, v. 57, n. 1, p. 120–135, 18 fev. 2018.
- DIMAS, I. M.; PEREIRA, M. D.; CANAVARRO, M. C. Ajustamento psicossocial, ajustamento diádico e resiliência no contexto de desemprego. **Análise Psicológica**, v. 31, n. 1, p. 3–16, 17 mar. 2013.
- DOUGLAS, H.; GEORGIU, A.; WESTBROOK, J. Social participation as an indicator of successful aging: an overview of concepts and their associations with health. **Australian Health Review**, v. 41, n. 4, p. 455, 2017.
- DOUPNIK, S. K. et al. Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings. **JAMA Psychiatry**, v. 77, n. 10, p. 1021, 1 out. 2020.
- DURAN, É. P. et al. Perfil de pacientes com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático atendidos em um ambulatório de ansiedade e trauma. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 19, n. 4, p. 597, 30 dez. 2020.
- ELLIS, B. J.; DEL GIUDICE, M. Developmental Adaptation to Stress: An Evolutionary Perspective. **Annual Review of Psychology**, v. 70, n. 1, p. 111–139, 4 jan. 2019.
- ERBERELI, L. G. R. **Fluidoterapia como racionalidade em saúde: um estudo sobre a produção de sabre do grupo espírita Casa da Sopa no contexto do cuidado para com o sujeito em situação de rua**. Dissertação de Mestrado—Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2013.
- EVANGELISTA, P. E. R. A.; CARDOSO, C. L. Aconselhamento psicológico fenomenológico-existencial online como possibilidade de atenção psicológica durante a pandemia de COVID-19. **Perspectivas em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 129–152, 2020.
- FAN, F. C.; ZHANG, S. Y.; CHENG, Y. Incidence of psychological illness after coronavirus outbreak: a meta-analysis study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 75, n. 9, p. 836–842, set. 2021.
- FANG, Y.; WU, Z. Advance in Diagnosis of Depressive Disorder. Em: [s.l: s.n.]. p. 179–191.
- FAROOQ, S. et al. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. **Psychiatry Research**, v. 306, p. 114228, dez. 2021.
- FAVRIL, L. et al. Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 8, p. 682–691, ago. 2020.

FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA. **Orientação ao Centro Espírita**. 1. ed. Brasília: FEB, 2006. v. 1

FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA. **Plano de trabalho para o movimento espírita 2018-2022**. 1. ed. Brasília: FEB, 2017. v. 1

FÉLIX, T. A. et al. FATORES DE RISCO PARA TENTATIVA DE SUICÍDIO: PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NO BRASIL. **Revista Contexto & Saúde**, v. 16, n. 31, p. 173, 22 dez. 2016.

FELIX, T. A. et al. Riesgo para la violencia autoprovocada: preanuncio de tragedia, oportunidad de prevención. **Enfermería Global**, v. 18, n. 1, p. 373–416, 31 dez. 2018.

FERNANDES, C. R.; DA SILVA, E. P. O antídoto do espiritismo para a psicopatologia da morte. **Numen**, v. 24, n. 1, 5 fev. 2022.

FERNANDES, P. C. DA C. Origens do espiritismo no Brasil: diálogo, razão e resistência no início de uma experiência (1850-1914). **Sociedade e Estado**, v. 23, n. 3, p. 799–800, dez. 2008.

FERRAZ, I. S. et al. Expansão das práticas integrativas e complementares no Brasil e o processo de implantação no sistema único de saúde. **Enfermería actual en Costa Rica**, n. 38, 5 nov. 2019.

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. S. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 19, n. 3, p. 40–51, 1999.

FONSECA, L. R. DA et al. Herbal Medicinal Products from *Passiflora* for Anxiety: An Unexploited Potential. **The Scientific World Journal**, v. 2020, p. 1–18, 20 jul. 2020.

FOX, K. R. et al. Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. **Psychological Bulletin**, v. 146, n. 12, p. 1117–1145, dez. 2020.

FRANCO, D. P.; MIRANDA, M. P. DE. **Tormentos da Obsessão**. 9. ed. Salvador: Livraria Espírita Alvorada Editora, 2010. v. 1

GANESAN, B. et al. Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak Quarantine, Isolation, and Lockdown Policies on Mental Health and Suicide. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, 16 abr. 2021.

GAVIN, R. S. et al. Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 11, n. 1, p. 2, 1 mar. 2015.

GLOSTER, A. T. et al. Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. **Journal of Affective Disorders**, v. 110, n. 3, p. 248–259, out. 2008.

GODOY, L. D. et al. A Comprehensive Overview on Stress Neurobiology: Basic Concepts and Clinical Implications. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, v. 12, 3 jul. 2018.

GOMES, B. P. et al. Análise do uso de psicofármacos no Brasil no contexto da pandemia da COVID-19. **Archives of Health**, v. 3, n. 2, p. 94–98, 2022.

GONÇALVES, A. M. C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 2, p. 101–109, jun. 2018.

GONÇALVES, J. P. B. et al. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. **Psychological Medicine**, v. 45, n. 14, p. 2937–2949, 23 out. 2015.

GONÇALVES, J. P. DE B. et al. Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials. **PLOS ONE**, v. 12, n. 10, p. e0186539, 19 out. 2017.

GONÇALVES, J. P. DE B. et al. The role of religiosity and spirituality in interpersonal violence: a systematic review and meta-analysis. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 2022a.

GONÇALVES, J. P. DE B. et al. Religiosity as a potential mediator for violence in childhood and adulthood: results from a Brazilian nationally representative survey. **BMJ Open**, v. 12, n. 6, p. e051225, 7 jun. 2022b.

GONÇALVES, P. D. et al. Alcohol Use and COVID-19: Can we Predict the Impact of the Pandemic on Alcohol Use Based on the Previous Crises in the 21st Century? A Brief Review. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, 18 dez. 2020.

GOODFELLOW, B.; KÖLVES, K.; LEO, D. Contemporary Definitions of Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 49, n. 2, p. 488–504, 24 abr. 2019.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y.-P.; HUNGERBÜHLER, I. **Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GOURRET BAUMGART, J. et al. The Early Impacts of the COVID-19 Pandemic on Mental Health Facilities and Psychiatric Professionals. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 15, p. 8034, 29 jul. 2021.

GOVERNO DO ESTADO DO ESTADO DO CEARÁ. **Boletim Epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificação por lesão autoprovocada**. 1. ed. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde, Célula de Vigilância Epidemiológica, 2022. v. 1

GRANDCOLAS, U.; RETTIE, R.; MARUSENKO, K. Web Survey Bias: Sample or Mode Effect? **Journal of Marketing Management**, v. 19, n. 5–6, p. 541–561, jul. 2003.

GRANOVETTER, M. Network Sampling: Some First Steps. **American Journal of Sociology**, v. 81, n. 6, p. 1287–1303, maio 1976.

GROF, S.; GROF, C. **Emergência Espiritual: Crise e Transformação Espiritual**. São Paulo: Cultrix, 1997.

GUILLAND, R. et al. Sintomas de Depressão e Ansiedade em Trabalhadores durante a Pandemia da COVID-19. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 21, n. 4, p. 1721–1730, 2021.

- GVION, Y.; LEVI-BELZ, Y. Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. **Frontiers in Psychiatry**, v. 9, 7 mar. 2018.
- HÄRTER, M. et al. Psychotherapie depressiver Störungen: Evidenz bei chronischer Depression und bei Komorbidität. **Der Nervenarzt**, v. 89, n. 3, p. 252–262, 5 mar. 2018.
- HASIN, D. S. et al. Epidemiology of Adult *DSM-5* Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. **JAMA Psychiatry**, v. 75, n. 4, p. 336, 1 abr. 2018.
- HEGERL, U. Prevention of suicidal behavior. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 18, n. 2, p. 183–190, 30 jun. 2016.
- HELGESSION, M. et al. Trajectories of work disability and unemployment among young adults with common mental disorders. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 1228, 6 dez. 2018.
- HOTT, M. C. M. Contribuições da espiritualidade para a promoção da saúde mental por meio da mediunidade: entrevista com o médium Orlando Noronha Carneiro. **PLURA, Revista De Estudos De Religião**, v. 10, n. 1, p. 183–195, 2019.
- HOTT, M. C. M.; REINALDO, A. M. DOS S. O potencial consolador das cartas psicografadas na saúde emocional de enlutados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, 2020.
- HOVEN, C. W.; MANDELL, D. J.; BERTOLOTE, J. M. Prevention of mental ill-health and suicide: Public health perspectives. **European Psychiatry**, v. 25, n. 5, p. 252–256, 16 jun. 2010.
- IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 27 abr. 2023.
- IBRAHIM, N. et al. The role of social support and spiritual wellbeing in predicting suicidal ideation among marginalized adolescents in Malaysia. **BMC Public Health**, v. 19, n. S4, p. 553, 13 jun. 2019.
- IDLER, E. et al. Partnerships Between Public Health Agencies and Faith Communities. **American Journal of Public Health**, v. 109, n. 3, p. 346–347, mar. 2019.
- INWOOD, E.; FERRARI, M. Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review. **Applied Psychology: Health and Well-Being**, v. 10, n. 2, p. 215–235, jul. 2018.
- ISAIA, A. C. Espiritismo: Educação e Estado Laico. **Revista Brasileira de História das Religiões**, v. 10, n. 28, p. 63–80, 2017.
- ISAIA, A. C. Bezerra de Menezes e Gonçalves de Magalhães: muito além do cérebro. Tentativas de enfrentamento ao materialismo científico do século XIX. **Revista Brasileira de História**, v. 40, n. 84, p. 267–288, ago. 2020.
- JABERT, A.; FACCHINETTI, C. A experiência da loucura segundo o espiritismo: uma análise dos prontuários médicos do Sanatório Espírita de Uberaba. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 3, p. 513–529, set. 2011.
- JAKOVLJEVIC, M. Psychiatry and Religion: Opponents or Collaborators? The Power of Spirituality in Contemporary Psychiatry. **Psychiatria Danubina**, v. 29 Suppl 1, p. 82–88, abr. 2017a.

- JAKOVLJEVIC, M. Religion and Spirituality from Perspective of Public and Global Mental Health Promotion. **Psychiatria Danubina**, v. 29, n. 3, p. 236–237, set. 2017b.
- JAKOVLJEVIC, M. et al. SPIRITUALITY, RELIGIOSITY AND NATIONALISM FROM THE PERSPECTIVE OF PUBLIC AND GLOBAL MENTAL HEALTH. **Psychiatria Danubina**, v. 31, n. 4, p. 382–391, 5 nov. 2019.
- JOHN, A. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review. **F1000Research**, v. 9, p. 1097, 17 jun. 2021.
- KARDEC, A. **O Livro dos Médiuns**. Araras: Instituto de Difusão Espírita, 2007. v. 1
- KARDEC, A. **O livro dos Espíritos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Celd, 2008a. v. 1
- KARDEC, A. **Céu e Inferno, ou, A Justiça Divina Segundo o Espiritismo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Celd, 2008b. v. 1
- KARDEC, A. **O Evangelho Segundo o Espiritismo**. 365. ed. Araras: Instituto de Difusão Espírita, 2009. v. 1
- KARDEC, A. **O que é o Espiritismo**. 56. ed. Brasília: Federação Espírita Brasileira, 2013.
- KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 5–7, 2007.
- KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. 1. ed. Porto Alegre: L&PM, 2012. v. 1
- KOWALCZYK, O. et al. Religion and Faith Perception in a Pandemic of COVID-19. **Journal of Religion and Health**, v. 59, n. 6, p. 2671–2677, 12 dez. 2020.
- KRUEGER, R. F. The Structure of Common Mental Disorders. **Archives of General Psychiatry**, v. 56, n. 10, p. 921, 1 out. 1999.
- KUHN, T. S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013. v. 1
- LACE, J. W. et al. Five-Factor Model Personality Traits and Self-Classified Religiousness and Spirituality. **Journal of Religion and Health**, v. 59, n. 3, p. 1344–1369, 1 jun. 2020.
- LARSON, D. B.; SWYERS, J. P.; MCCULLOUGH, M. E. **Scientific Research on Spirituality and Health: A Report Based on the Scientific Progress in Spirituality Conferences**. [s.l.] National Institute for Healthcare Research, 1998.
- LAWRENCE, R. E.; OQUENDO, M. A.; STANLEY, B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. **Archives of Suicide Research**, v. 20, n. 1, p. 1–21, 2 jan. 2016.
- LEÃO, F. C.; LOTUFO NETO, F. Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 54–59, 2007.
- LEIGH-HUNT, N. et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. **Public Health**, v. 152, p. 157–171, nov. 2017.
- LEWGOY, B. A transnacionalização do espiritismo kardecista brasileiro: uma discussão inicial. **Religião & Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 84–104, jul. 2008.

- LIFSHITZ, A. et al. Self-medication and self-prescription. **Gaceta Médica de México**, v. 156, n. 6, 31 mar. 2023.
- LIM, G. Y. et al. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. **Scientific Reports**, v. 8, n. 1, p. 2861, 12 fev. 2018.
- LIMA, D. DOS S. et al. Automutilação e seus fatores determinantes: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e45510918155, 31 jul. 2021.
- LINDNER, R.; SCHNEIDER, B. Psychotherapie der Suizidalität. **Der Nervenarzt**, v. 87, n. 5, p. 488–495, 7 maio 2016.
- LIU, M. et al. Adverse childhood experiences and related outcomes among adults experiencing homelessness: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, v. 6, n. 11, p. e836–e847, nov. 2021.
- LOPES, J. M. et al. Uso elevado de psicofármacos durante a pandemia da COVID-19: uma análise a partir de levantamentos epidemiológicos. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. e47511831180, 26 jun. 2022.
- LOTUFO NETO, F.; LOTUFO JR, Z.; MARTINS, J. C. **Influências da religião sobre a saúde mental**78. 1. ed. Santo André: ESETec, 2009. v. 1
- LOVIBOND, P. F.; LOVIBOND, S. H. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. **Behaviour Research and Therapy**, v. 33, n. 3, p. 335–343, mar. 1995.
- LUCCHETTI, A. et al. Spirituality in geriatric psychiatry. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 31, n. 4, p. 373–377, jul. 2018.
- LUCCHETTI, A. L. G. et al. Spiritual Treatment for Depression in Brazil: An Experience From Spiritism. **EXPLORE**, v. 11, n. 5, p. 377–386, set. 2015a.
- LUCCHETTI, A. L. G. et al. Mental and Physical Health and Spiritual Healing: An Evaluation of Complementary Religious Therapies Provided by Spiritist Centers in the City of São Paulo, Brazil. **Culture, Medicine, and Psychiatry**, v. 40, n. 3, p. 404–421, 2 set. 2016.
- LUCCHETTI, G. et al. Complementary Spiritist Therapy: Systematic Review of Scientific Evidence. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2011, p. 1–18, 2011.
- LUCCHETTI, G. et al. Effect of Spiritist “passe” (Spiritual healing) on growth of bacterial cultures. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 21, n. 6, p. 627–632, dez. 2013.
- LUCCHETTI, G. et al. Validation of the Portuguese Version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp 12) Among Brazilian Psychiatric Inpatients. **Journal of Religion and Health**, v. 54, n. 1, p. 112–121, 24 fev. 2015b.
- LUCCHETTI, G. et al. Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 67, n. 6, p. 672–679, 2 set. 2021.

- LUCCHETTI, G. et al. The current status of “spirituality and health” teaching in Brazilian medical schools: a nationwide survey. **BMC Medical Education**, v. 23, n. 1, p. 172, 20 mar. 2023.
- LUCCHETTI, G.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. **World Journal of Clinical Cases**, v. 9, n. 26, p. 7620–7631, 16 set. 2021.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 131, n. 2, p. 112–122, abr. 2013.
- MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. DOS. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 1, p. 45–54, mar. 2015.
- MAGNANI, R. M.; STAUDT, A. C. P. Estilos Parentais e Suicídio na Adolescência: Uma Reflexão Acerca dos Fatores de Proteção. **Pensando Famílias**, v. 22, n. 1, p. 75–86, 2018.
- MALHI, G. S.; MANN, J. J. Depression. **The Lancet**, v. 392, n. 10161, p. 2299–2312, nov. 2018.
- MANDHOUI, O. et al. Characteristics of Spirituality and Religion Among Suicide Attempters. **Journal of Nervous & Mental Disease**, v. 204, n. 11, p. 861–867, nov. 2016.
- MANGIONE, L.; SWENGROS, D.; ANDERSON, J. G. Mental Health Wellness and Biofield Therapies: An Integrative Review. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 38, n. 11, p. 930–944, 2 nov. 2017.
- MARASCA, A. R. et al. Avaliação psicológica online: considerações a partir da pandemia do novo coronavírus (COVID-19) para a prática e o ensino no contexto a distância. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.
- MARBIN, D. et al. Perspectives in poverty and mental health. **Frontiers in Public Health**, v. 10, 4 ago. 2022.
- MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. suppl 1, p. 65–74, abr. 2003.
- MARQUES, L. F.; SARRIERA, J. C.; DELL’AGLIO, D. D. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual. **Avaliação Psicológica**, v. 8, n. 2, p. 179–186, 2009.
- MARTÍNEZ, L. S.; WASSER, A. C. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 9, n. 1, 1 maio 2019.
- MARTINS, B. G. et al. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 32–41, mar. 2019.
- MARTINS, L. B.; ZANGARI, W. Relações entre experiências anômalas tipicamente contemporâneas, transtornos mentais e experiências espirituais. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 39, n. 6, p. 198–202, 2012.

MATHEW-GEEVARUGHESE, S. E.; CORZO, O.; FIGURACION, E. Cultural, Religious, and Spiritual Issues in Palliative Care. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 46, n. 3, p. 399–413, set. 2019.

MAZZA, C. et al. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 9, p. 3165, 2 maio 2020.

MCEWEN, B. S.; AKIL, H. Revisiting the Stress Concept: Implications for Affective Disorders. **The Journal of Neuroscience**, v. 40, n. 1, p. 12–21, 2 jan. 2020.

MCGILTON, K. S. Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. **The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres**, v. 35, n. 4, p. 72–86, dez. 2003.

MCKEEVER, A.; AGIUS, M.; MOHR, P. A Review of the Epidemiology of Major Depressive Disorder and of its consequences for Society and the individual. **Psychiatria Danubina**, v. 29, n. Suppl 3, p. 222–231, set. 2017.

MELO, C. DE F. et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 2, p. 447–464, 2015.

MENDONÇA, M. F. S. DE; LUDERMIR, A. B. Intimate partner violence and incidence of common mental disorder. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 0, 2017.

MENEGATTI-CHEQUINI, M. C. et al. A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. **BJPsych Open**, v. 2, n. 6, p. 346–352, 2 nov. 2016.

MENEZES, B. DE. **A loucura sob novo prisma**. 14. ed. Rio de Janeiro: FEB, 2010. v. 1

MENEZES JR., A.; ALMINHANA, L.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Perfil sociodemográfico e de experiências anômalas em indivíduos com vivências psicóticas e dissociativas em grupos religiosos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 39, n. 6, p. 203–207, 2012.

MENEZES JÚNIOR, A. DE; MOREIRA-ALMEIDA, A. O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 36, n. 2, p. 75–82, 2009.

MIARELI, A. V. T. C. **Adaptação transcultural da “brief multidimensional measure of religiousness/spirituality: 1999” à realidade brasileira**. Dissertação de Mestrado—Pouso Alegre: Universidade do Vale do Sapucaí, 2011.

MILLS, H. et al. Self-help interventions to reduce self-stigma in people with mental health problems: A systematic literature review. **Psychiatry Research**, v. 284, p. 112702, fev. 2020.

MIRANDA, A. G. M. et al. Suicídio: aspectos epidemiológicos relacionados ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, CID-10. **Pesquisa Unifimes**, v. 1, n. 1, p. 1–11, 2018.

MONTESÓ-CURTO, P. et al. Violence and depression in a community sample. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, n. 15–16, p. 2392–2398, ago. 2017.

MOREIRA, W. C. et al. Efeitos da associação entre espiritualidade, religiosidade e atividade física na saúde/saúde mental: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

MOREIRA-ALMEIDA, A. **Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas**. Tese de Doutorado—São Paulo: Universidade de São Paulo, 23 abr. 2005.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 3–4, 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 35, n. 1, p. 31–32, 2008a.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 35, n. 1, p. 31–32, 2008b.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Mitos históricos sobre a relação entre ciência e religião. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 36, n. 6, p. 256–257, 2009a.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade & Saúde Mental: O desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. **Zen Review**, v. 1, n. 1, p. 1–6, 2009b.

MOREIRA-ALMEIDA, A. O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, n. 2, p. 41–42, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, n. 1, p. 12–15, jan. 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Explorando a relação mente-cérebro: reflexões e diretrizes. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 40, n. 3, p. 105–109, 2013.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; COSTA, M. DE A.; COELHO, H. S. **Science of Life After Death**. Cham: Springer International Publishing, 2022a.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; COSTA, M. DE A.; COELHO, H. S. The Best Available Evidence for Life After Death. Em: [s.l: s.n.]. p. 33–59.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; COSTA, M. DE A.; COELHO, H. S. Cultural Barriers to a Fair Examination of the Available Evidence for Survival. Em: [s.l: s.n.]. p. 73–77.

MORENO, R. A.; CORDÁS, T. A. **Condutas em psiquiatria: consulta rápida**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. v. 1

MORRISON, J.; COSTA, R. C.; ROSA, A. C. S. M. DA. **Entrevista Inicial em Saúde Mental**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. v. 1

MULLINS, N.; LEWIS, C. M. Genetics of Depression: Progress at Last. **Current Psychiatry Reports**, v. 19, n. 8, p. 43, 13 ago. 2017.

MUNIR, S.; TAKOV, V. **Generalized Anxiety Disorder**. [s.l: s.n.].

- NARCIANDI, J. C. L. La verdad histórica del espiritismo. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 3, p. 888–890, set. 2018.
- NASON, I. et al. Decline In New Starts Of Psychotropic Medications During The COVID-19 Pandemic. **Health Affairs**, v. 40, n. 6, p. 904–909, 1 jun. 2021.
- NEELAM, K. et al. Pandemics and pre-existing mental illness: A systematic review and meta-analysis. **Brain, Behavior, & Immunity - Health**, v. 10, p. 100177, jan. 2021.
- NEGRO JUNIOR, P. J.; PALLADINO-NEGRO, P.; LOUZÃ, M. R. Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 4, p. 239–248, dez. 1999.
- NORKO, M. A. et al. Can Religion Protect Against Suicide? **Journal of Nervous & Mental Disease**, v. 205, n. 1, p. 9–14, jan. 2017.
- OLFSON, M. et al. Treatment of Common Mental Disorders in the United States. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 80, n. 3, 28 maio 2019.
- OLIVEIRA, J. R. F. DE et al. Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, 2021a.
- OLIVEIRA, J. M. F. et al. O distanciamento social e sua relação com o consumo de psicofármacos no período da pandemia de COVID-19. **Anais do VII Seminário Científico do UNIFACIG**, v. 1, n. 7, p. 1–6, 2021b.
- OPAS; OMS. **Folha Informativa: Suicídio**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839>. Acesso em: 29 abr. 2023.
- ORBACH, I. et al. A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for adolescents. **Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 3, n. 3, p. 398–404, set. 1991.
- OSMAN, A. et al. The multi-attitude suicide tendency scale: Psychometric characteristics in an american sample. **Journal of Clinical Psychology**, v. 49, n. 5, p. 701–708, set. 1993.
- OTSUBO, T. [The Relationship between Generalized Anxiety Disorder and Depression, and Its Countermeasures]. **Seishin shinkeigaku zasshi = Psychiatria et neurologia Japonica**, v. 118, n. 7, p. 509–515, 2016.
- PANZINI, R. G. et al. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 153–165, fev. 2011.
- PANZINI, R. G. et al. Quality-of-life and spirituality. **International Review of Psychiatry**, v. 29, n. 3, p. 263–282, 4 maio 2017.
- PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, dez. 2005.
- PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 126–135, 2007.

- PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, v. 56, n. 4, p. 519–543, abr. 2000.
- PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas. Em: GORENSTEIN, C.; WANG, Y. (Eds.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- PATIAS, N. D. et al. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form: Adaptação e Validação para Adolescentes Brasileiros. **Psico-USF**, v. 21, n. 3, p. 459–469, dez. 2016.
- PATRÍCIO, A. C. F. DE A. et al. Common mental disorders and resilience in homeless persons. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1526–1533, dez. 2019.
- PATWARDHAN, P. COVID-19: Risk of increase in smoking rates among England's 6 million smokers and relapse among England's 11 million ex-smokers. **BJGP Open**, v. 4, n. 2, p. bjgpopen20X101067, jun. 2020.
- PAUL VICTOR, C. G.; TRESCHUK, J. V. Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality. **Journal of Holistic Nursing**, v. 38, n. 1, p. 107–113, 20 mar. 2020.
- PAZES, M.; NUNES, L.; BARBOSA, A. Factors influencing the experience of the terminal phase and the grieving process: the primary caregiver's perspective. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV Série, n. 3, p. 95–104, 12 dez. 2014.
- PEIXOTO, G. S. et al. Ansiedade e depressão em pacientes internados vítimas de acidentes e violência física interpessoal. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac Camaragibe**, v. 19, n. 3, p. 6–14, 2019.
- PEREIRA NETO, A. DE F.; AMARO, J. DE S. O Centro Espírita Redemptor e o tratamento de doença mental, 1910-1921. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 19, n. 2, p. 491–508, jun. 2012.
- PERES, J. F. et al. Neuroimaging during Trance State: A Contribution to the Study of Dissociation. **PLoS ONE**, v. 7, n. 11, p. e49360, 16 nov. 2012.
- PERES, M. F. P. et al. Mechanisms Behind Religiosity and Spirituality's Effect on Mental Health, Quality of Life and Well-Being. **Journal of Religion and Health**, v. 57, n. 5, p. 1842–1855, 25 out. 2018.
- PINTO, S. et al. COVID-19 Suicide Survivors—A Hidden Grieving Population. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, 21 dez. 2020.
- PLATT, V. B.; GUEDERT, J. M.; COELHO, E. B. S. VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS: NOTIFICATION AND ALERT IN TIMES OF PANDEMIC. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, 2021.
- PLÖDERL, M.; KUNRATH, S.; FARTACEK, C. God Bless You? The Association of Religion and Spirituality with Reduction of Suicide Ideation and Length of Hospital Stay among Psychiatric Patients at Risk for Suicide. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 50, n. 1, p. 95–110, 14 fev. 2020.

- POZUELO, J. R. et al. Systematic Review and Meta-analysis: Depressive Symptoms and Risky Behaviors Among Adolescents in Low- and Middle-Income Countries. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 61, n. 2, p. 255–276, fev. 2022.
- PUANGSRI, P.; JINANARONG, V.; WATTANAPISIT, A. Impacts on and Care of Psychiatric Patients during the Outbreak of COVID-19. **Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health**, v. 17, n. 1, p. 52–60, 12 jul. 2021.
- RABEEA, S. A. et al. Surging trends in prescriptions and costs of antidepressants in England amid COVID-19. **DARU Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 29, n. 1, p. 217–221, 13 jun. 2021.
- RAINVILLE, G. The Interrelation of Prayer and Worship Service Attendance in Moderating the Negative Impact of Life Event Stressors on Mental Well-Being. **Journal of Religion and Health**, v. 57, n. 6, p. 2153–2166, 13 dez. 2018.
- RANSOME, Y. Religion, Spirituality, and Health: New Considerations for Epidemiology. **American Journal of Epidemiology**, v. 189, n. 8, p. 755–758, 1 ago. 2020.
- RIBEIRO, J. L. P.; HONRADO, A. A. J. D.; LEAL, I. P. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 5, n. 2, p. 229–239, 2004.
- RICHARDSON, K.; BARKHAM, M. Recovery from depression: a systematic review of perceptions and associated factors. **Journal of Mental Health**, v. 29, n. 1, p. 103–115, 2 jan. 2020.
- ROGERS, M. et al. A questionnaire-based study of attitudes to spirituality in mental health practitioners and the relevance of the concept of spiritually competent care. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 28, n. 5, p. 1165–1175, 8 out. 2019.
- ROM, O.; REZNICK, A. Z. The Stress Reaction: A Historical Perspective. Em: [s.l.: s.n.]. p. 1–4.
- ROMAN, N. V.; MTHEMBU, T. G.; HOOSEN, M. Spiritual care – ‘A deeper immunity’ – A response to Covid-19 pandemic. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, v. 12, n. 1, 15 jun. 2020.
- RUIZ-PÉREZ, I.; PASTOR-MORENO, G. Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. **Gaceta Sanitaria**, v. 35, n. 4, p. 389–394, jul. 2021.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. v. 1
- SALES, T. M.; LINHARES, Â. M. B. **Psiquiatria, espiritismo e ciência: Um diálogo sobre dissociação e depressão**. 1. ed. Ponta Grossa: Atena Editora, 2022a. v. 1
- SALES, T. M.; LINHARES, Â. M. B. **Psiquiatria, espiritismo e ciência: O paradigma espiritual como caminho científico**. [s.l.] Atena Editora, 2022b.
- SALES, T. M.; LINHARES, Â. M. B. **Psiquiatria, espiritismo e ciência: Um diálogo sobre psicose**. [s.l.] Atena Editora, 2022c.

SALINGER, J. M. et al. Associations Between Marital Discord and Depressive Symptoms: A Cross-Cultural Analysis. **Family Process**, v. 60, n. 2, p. 493–506, 29 jun. 2021.

SAMPAIO, G. N. **Uma investigação da relação entre divórcios e suicídios no Brasil e no Estado do Ceará**. Dissertação de Mestrado—Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2021.

SANCHES FURLANETTO, D. et al. From Cursed to Blessed: the Impact of Spirituality on the Life Course of 10 Brazilian Spiritist Mediums. **Journal of Religion and Health**, v. 61, n. 3, p. 2514–2526, 13 jun. 2022.

SANSONE, R. A.; WIEDERMAN, M. W. Religiosity/spirituality: Relationships with non-suicidal self-harm behaviors and attempted suicide. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 61, n. 8, p. 762–767, 10 dez. 2015.

SANTOS, A. G. DOS et al. Tipos de transtornos mentais não psicóticos em mulheres adultas violentadas por parceiro íntimo: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. 0, 24 maio 2018.

SANTOS, A. G. DOS; MONTEIRO, C. F. DE S. Domains of common mental disorders in women reporting intimate partner violence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, n. 0, 29 nov. 2018.

SANTOS, M. F. DOS; RODRIGUES, J. F. DOS S. COVID-19 e repercussões psicológicas durante a quarentena e o isolamento social: uma revisão integrativa. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 265, p. 4095–4106, 5 ago. 2020.

SANTOS, W. S. DOS et al. Índice de Compromisso Religioso (ICR): elaboração e evidências psicométricas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 3, p. 523–531, 2012.

SANTOS, W. S. DOS et al. THE INFLUENCE OF RISK OR PROTECTIVE FACTORS FOR SUICIDE IDEATION. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 17, n. 3, p. 515–526, 10 nov. 2016.

SANTOS, E. D. G. DE M. et al. Suicídio entre idosos no Brasil: uma revisão de literatura dos últimos 10 anos. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 9, n. 1, 1 maio 2019a.

SANTOS, R. DA C. et al. Factors associated with depressive symptoms and cognition in elderly victims of violence. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 3, 2020.

SANTOS, T. DE O. et al. Perfil epidemiológico de mulheres vítimas de violência doméstica no Brasil, de 2012 a 2014. **Anais 2018 CONEN**, v. 1, n. 1, p. 1–5, 2019b.

SARANGI, A.; MCMAHON, T.; GUDE, J. Benzodiazepine Misuse: An Epidemic Within a Pandemic. **Cureus**, 21 jun. 2021.

SARRAF, M.; WOODLEY OF MENIE, M. A.; TRESSOLDI, P. Anomalous information reception by mediums: A meta-analysis of the scientific evidence. **EXPLORE**, v. 17, n. 5, p. 396–402, set. 2021.

SARRIS, J. Herbal medicines in the treatment of psychiatric disorders: 10-year updated review. **Phytotherapy Research**, v. 32, n. 7, p. 1147–1162, jul. 2018.

SCHMIDT, B. et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.

SCHMIDT, M. L. G.; JANUÁRIO, C. A. R. M.; ROTOLI, L. U. M. Sofrimento psíquico e social na situação de desemprego. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 21, n. 1, p. 73–85, 12 set. 2018.

SCHMIDT, R. A. et al. The early impact of COVID-19 on the incidence, prevalence, and severity of alcohol use and other drugs: A systematic review. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 228, p. 109065, nov. 2021.

SCHUCH, F. B. et al. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. **Journal of Psychiatric Research**, v. 77, p. 42–51, jun. 2016.

SCHWALM, F. D. et al. Is there a relationship between spirituality/religiosity and resilience? A systematic review and meta-analysis of observational studies. **Journal of Health Psychology**, v. 27, n. 5, p. 1218–1232, 26 abr. 2022.

SCOTT, J. Common mental disorders: A bio-social model by David Goldberg and Peter Huxley. London: Tavistock/Routledge. No. of pages: 194. Price £12.99. **Stress Medicine**, v. 8, n. 4, p. 267–268, out. 1992.

SEDIRI, S. et al. Women's mental health: acute impact of COVID-19 pandemic on domestic violence. **Archives of Women's Mental Health**, v. 23, n. 6, p. 749–756, 17 dez. 2020.

SELYE, H. A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. **Nature**, v. 138, n. 3479, p. 32–32, jul. 1936.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S. DE; BARROS, M. B. DE A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2543–2554, ago. 2018.

SHAH, A. K. et al. Integrative Medicine and Mood, Emotions and Mental Health. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 44, n. 2, p. 281–304, jun. 2017.

SHAMABADI, A.; AKHONDZADEH, S. Advances in Alternative and Integrative Medicine in the Treatment of Depression: A Review of the Evidence. **Archives of Iranian Medicine**, v. 24, n. 5, p. 409–418, 1 maio 2021.

SHER, L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. **QJM: An International Journal of Medicine**, v. 113, n. 10, p. 707–712, 1 out. 2020.

SILVA, A. N.; AZEREDO, C. M. Associação entre vitimização por violência entre parceiros íntimos e depressão em adultos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2691–2700, jul. 2019.

SILVA, M. DA C. Q. DOS S. DA et al. O PROCESSO DE MORRER E MORTE DE PACIENTES COM COVID-19: UMA REFLEXÃO À LUZ DA ESPIRITUALIDADE. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 29 jun. 2020.

SILVA, J. A.; BARBOSA, C. A. N. O SUICÍDIO NA VISÃO DA DOUTRINA ESPÍRITA E DAS CIÊNCIAS: revisão de literatura. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 5, n. 2, p. 96–111, 26 dez. 2019.

- SILVA, P. C. DE M.; ASSUMPÇÃO, A. A. Relação entre violência psicológica e depressão em mulheres: revisão narrativa. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 6, p. 102–115, 2018.
- SITHEY, G. et al. Socioeconomic, religious, spiritual and health factors associated with symptoms of common mental disorders: a cross-sectional secondary analysis of data from Bhutan's Gross National Happiness Study, 2015. **BMJ Open**, v. 8, n. 2, p. e018202, 16 fev. 2018.
- SNIJDERS, T. A. B. Estimation On the Basis of Snowball Samples: How To Weight? **Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique**, v. 36, n. 1, p. 59–70, 22 set. 1992.
- SOLMI, M. et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. **Molecular Psychiatry**, v. 27, n. 1, p. 281–295, 2 jan. 2022.
- SOUSA, C. M. DE S. et al. Suicidal ideation and associated factors among high school adolescents. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 33, 23 abr. 2020.
- SOUTO, R. M. C. V. et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2811–2823, set. 2017.
- SOUZA, C. M. DE; VIZZOTTO, M. M.; GOMES, M. B. RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY VIOLENCE AND POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 2, p. 222–233, 31 jul. 2018.
- STACK, S. Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic. **Preventive Medicine**, v. 152, p. 106498, nov. 2021.
- STANLEY, I. H. et al. Anxiety sensitivity and suicidal ideation/suicide risk: A meta-analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 86, n. 11, p. 946–960, nov. 2018.
- STEARNS, M. et al. Religiosity and depressive symptoms in older adults compared to younger adults: Moderation by age. **Journal of Affective Disorders**, v. 238, p. 522–525, out. 2018.
- STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476–493, abr. 2014.
- STEVENSON, I. Metade de uma carreira com a paranormalidade. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 150–155, 2007.
- STROPPA, A. et al. Religiosity, depression, and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 40, n. 3, p. 238–243, 15 fev. 2018.
- STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 36, n. 5, p. 190–196, 2009.
- SUKUT, O.; AYHAN BALIK, C. H. The impact of COVID-19 pandemic on people with severe mental illness. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 57, n. 2, p. 953–956, 19 abr. 2021.
- TAUNAY, T. C. et al. Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 1, p. 76–81, mar. 2012.

TAVARES, C. Q. Dimensões do cuidado na perspectiva da espiritualidade durante a pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19). **Journal Health NPEPS**, v. 5, n. 1, p. 1–4, 2020.

TAYLOR, S. et al. COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. **Depression and Anxiety**, v. 37, n. 8, p. 706–714, 5 ago. 2020.

TEN HAVE, M. et al. Insomnia among current and remitted common mental disorders and the association with role functioning: results from a general population study. **Sleep Medicine**, v. 25, p. 34–41, set. 2016.

THIBAUT, F. Anxiety disorders: a review of current literature. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 19, n. 2, p. 87–88, 30 jun. 2017.

TOUGH, H.; SIEGRIST, J.; FEKETE, C. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 414, 8 dez. 2017.

VALERIO, M. A. et al. Comparing two sampling methods to engage hard-to-reach communities in research priority setting. **BMC Medical Research Methodology**, v. 16, n. 1, p. 146, 28 dez. 2016.

VEISANI, Y.; MOHAMADIAN, F.; DELPISHEH, A. Prevalence and comorbidity of common mental disorders and associations with suicidal ideation in the adult population. **Epidemiology and Health**, v. 39, p. e2017031, 22 jul. 2017.

VELLIGAN, D. I. et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 70 Suppl 4, p. 1–46; quiz 47–8, 2009.

VELOSO, L. U. P. et al. Ideação suicida em universitários da área da saúde: prevalência e fatores associados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. et al. Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 657–668, fev. 2021.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, v. 155, p. 104–109, fev. 2014.

VITORINO, L. M. et al. The association between spirituality and religiousness and mental health. **Scientific Reports**, v. 8, n. 1, p. 17233, 22 nov. 2018.

WAHBEH, H.; RADIN, D. People reporting experiences of mediumship have higher dissociation symptom scores than non-mediums, but below thresholds for pathological dissociation. **F1000Research**, v. 6, p. 1416, 4 jan. 2018.

WANG, J. et al. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. **BMC Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 156, 29 dez. 2018.

WAPNICK, K. et al. **Experiência Cósmica e Psicose: Pequeno Tratado de Psicologia Transpessoal**. Petrópolis: Vozes, 1978. v. 4

WEBER, I.; GIANOLLA, C.; SOTERO, L. Suicídio e violência estrutural. Revisão sistemática de uma correlação marcada pelo colonialismo. **Sociedade e Estado**, v. 35, n. 1, p. 189–228, jan. 2020.

WEIL, P. **A Consciência Cósmica**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

WHO. **Violence: A Public Health Priority: WHO Global Consultation on Violence and Health**. 1. ed. Geneva: World Health Organization, 1996. v. 1

WILLEMS, R. et al. Impact of Crisis Line Volunteering on Mental Wellbeing and the Associated Factors: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 5, p. 1641, 3 mar. 2020.

WOOLGER, R. J. **As Várias Vidas da Alma: Um Psicoterapeuta Junguiano Descobre As Vidas Passadas**. 1. ed. São Paulo: Cultrix, 1994.

XIONG, J. et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 277, p. 55–64, dez. 2020.

YUAN, W.; HESKETH, T. Intimate Partner Violence and Depression in Women in China. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 36, n. 21–22, p. NP12016–NP12040, 2 nov. 2021.

ZACARON, K. A. M. et al. Effects of laying on of hands with and without a spiritual context on pain and functionality of older women with knee osteoarthritis: study protocol for a randomized controlled trial. **Journal of Integrative Medicine**, v. 16, n. 2, p. 106–112, mar. 2018.

ZANCAN, N.; HABIGZANG, L. F. Regulação Emocional, Sintomas de Ansiedade e Depressão em Mulheres com Histórico de Violência Conjugal. **Psico-USF**, v. 23, n. 2, p. 253–265, jun. 2018.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES

BLOCO A: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A1. Qual o seu sexo?

Feminino
Masculino

A2. Qual é a sua idade?

Entre 18 e 24 anos
Entre 25 e 34 anos
Entre 35 e 44 anos
Entre 45 e 54 anos
Entre 55 e 64 anos
Entre 65 e 74 anos
75 anos ou mais

A3. Qual a sua cor ou raça percebida?

Negra
Branca
Pardo
Outra

A4. Você é indígena?

Não
Sim

A5. Você tem deficiência física?

Não
Sim

A6. Qual o nível de escolaridade mais alto que você concluiu?

Menos que o ensino médio
Ensino médio completo.
Ensino superior incompleto.
Diploma técnico
Bacharelado/licenciatura
Pós-graduação

A7. Qual é a sua ocupação profissional?

Não trabalha
Funcionário público.
Funcionário privado.
Autônomo.
Forças militares
Empregada doméstica
Aposentado
Do lar
Outros

A8. Há quanto tempo está no trabalho?

Menos de 1 ano
Ano(s) _____

A9. Em um dia comum, quantas horas você trabalha?

Até 04 horas
Entre 4 a 8 horas
De 8 a 12 horas
Mais de 12 horas
Nenhuma das anteriores

A10. Seu trabalho é a principal renda da família?

Não
Sim

A11. Aproximadamente, qual é a sua renda familiar mensal?

R\$ 0 a R\$ 260
R\$ 261 a R\$ 520
R\$ 521 a R\$ 780
R\$ 781 a R\$ 1.300
R\$ 1.301 a R\$ 2.600
R\$ 2.601 a R\$ 5.200
R\$ 5.201 a R\$ 7.800
R\$ 7.801 a R\$ 15.000
Acima de R\$ 15.000

A12. Qual é o seu estado civil atual?

Casado(a) ou em união estável
Viúvo(a)
Divorciado(a)
Separado(a)
Solteiro(a)

A13. Qual o sexo do seu parceiro?

Do mesmo sexo que você
Do sexo oposto ao seu

A14. Qual é sua orientação sexual?

Heterossexual
Homossexual
Bissexual
Outro _____

A15. Você tem filhos?

Não

Sim

A16. Quantos filhos?

BLOCO B – ESTADO PSÍQUICO E ASSISTÊNCIA PSÍQUICA

ESTADO PSÍQUICO

B1. Atualmente, você está sofrendo pela perda/crise no emprego ou redução de renda que possa estar comprometendo sua saúde afetiva?

Não

Sim

B2. Atualmente, você está sofrendo alguma doença física que possa estar comprometendo sua saúde afetiva?

Não

sim

B3. Atualmente, você está sofrendo pela doença (física ou psíquica) de pessoa próxima, que possa estar comprometendo sua saúde afetiva?

Não

Sim

B4. Atualmente, você está sofrendo a perda de um ente querido ou luto que possa estar comprometendo sua saúde afetiva?

Não

Sim

B5. Atualmente, você está sofrendo pelo término ou crise de um relacionamento amoroso que possa estar comprometendo sua saúde afetiva?

Não

Sim

B6. Atualmente, você está sofrendo por uso/abuso de alguma droga (álcool, cigarro, maconha, cocaína, crack, estimulantes, entre outros)?

Não

Sim

B7. Atualmente, você está sofrendo por algum fator de estresse não referido nas perguntas acima que possa estar comprometendo sua saúde afetiva, algum outro fator?

Não

Sim

B8. Qual o outro fator que tem afetado sua saúde mental?

ASSISTÊNCIA PSÍQUICA

ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA ATUAL

B9. Atualmente, você faz avaliação/tratamento/acompanhamento com profissional médico psiquiatra?

Não

Sim

B10. Atualmente, algum médico psiquiatra afirmou recentemente que você tem algum transtorno psiquiátrico?

Não

Sim

B11. Atualmente, com qual transtorno psiquiátrico você é diagnosticado? (você pode marcar mais de uma opção)

Transtorno ansioso

Transtorno depressivo

Transtorno psicótico

Transtorno obsessivo-compulsivo

Dependência química

Transtornos alimentares

Transtornos sexuais

Transtornos da personalidade

Transtorno bipolar

Outro(s) _____

B12. Atualmente, você está fazendo uso de alguma medicação psiquiátrica prescrita por médico psiquiatra (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, outros)?

Não

Sim

B13. Se sim, qual classe de medicação você está usando? (você pode marcar mais de uma opção)

Antidepressivos

Ansiolíticos

Antipsicóticos

Estabilizadores do humor

Hipnóticos

Estimulantes

Desconheço a(s) medicação(ões) que eu tomo

B14. Há quanto tempo está usando medicação psiquiátrica?

menos de 6 meses

6 meses a 1 ano

1 a 2 anos

mais de 2 anos

ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA PRÉVIA

B15. Anteriormente, você fez alguma avaliação/tratamento/acompanhamento com profissional médico psiquiatra?

Não

Sim

B16. Anteriormente, algum médico psiquiatra afirmou que você tinha algum transtorno psiquiátrico?

Não

Sim

B17. Anteriormente, com qual transtorno psiquiátrico você foi diagnosticado? (você pode marcar mais de uma opção)

Transtorno ansioso

Transtorno depressivo

Transtorno psicótico

Transtorno obsessivo-compulsivo

Dependência química

Transtornos alimentares

Transtornos sexuais

Transtornos da personalidade

Transtorno bipolar

Outro(s) _____

B18. Anteriormente, você fez uso de alguma medicação psiquiátrica prescrita por médico psiquiatra (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, outros)?

Não

Sim, em uma ocasião

Sim, em duas ocasiões

Sim, em três ou mais ocasiões

B19. Se sim, qual classe de medicação psiquiátrica você usou? (você pode marcar mais de uma opção)

Antidepressivos

Ansiolíticos

Antipsicóticos

Estabilizadores do humor

Hipnóticos

Estimulantes

Desconheço a(s) medicação(ões) que eu tomo

B20. Qual o tempo máximo que você usou medicação psiquiátrica?

menos de 6 meses

6 meses a 1 ano

1 a 2 anos

mais de 2 anos

ACOMPANHAMENTO PSICOTERÁPICO ATUAL

B21. Atualmente, você está fazendo algum tratamento/acompanhamento de inclinação psicoterapêutica? (abordagens da psicologia, como: psicanálise, terapia cognitiva comportamental, psicodrama, gestaltterapia, transpessoal, outros)

Não

Sim

B22. Há quanto tempo você faz tratamento/acompanhamento de inclinação psicoterapêutica?

Menos de 6 meses

6 meses a 1 ano

1 a 2 anos

Mais de 2 anos

**ACOMPANHAMENTO
PSICOTERÁPICO PRÉVIO**

B23. Anteriormente, você fez algum tratamento/acompanhamento de inclinação psicoterapêutica? (abordagens da psicologia, como: psicanálise, terapia cognitiva comportamental, psicodrama, gestaltterapia, transpessoal, outros)

Não

Sim

B24. Por quanto tempo você fez tratamento/acompanhamento de inclinação psicoterapêutica?

Menos de 6 meses

6 meses a 1 ano

1 a 2 anos

Mais de 2 anos

B25. De um modo geral, como você considera sua saúde emocional?

excelente

Boa

Regular

Ruim

BLOCO C – ENVOLVIMENTO ESPÍRITA

IDENTIFICAÇÃO RELIGIOSA

C1. Qual a sua crença religiosa/espiritual prioritária (com a qual você mais se identifica e se envolve)?

Espírita.

Católica.

Evangélica (pentecostal/neopentecostal).

Evangélica de missão.

Evangélica não determinada.

Umbandista.

Candomblecista.

Outra religiosidade.

Sem religião

Em caso de você se reconhecer como espírita, em sua crença religiosa, responda às seguintes questões abaixo. (Caso não seja espírita, não precisa responder)

C2. Qual o motivo que o fez buscar a doutrina espírita?

Origem familiar (religião mais tradicional ou influente na família)

Amizades / Influência sociofamiliar

Curiosidade.

Sofrimento psíquico (doenças físicas, dores emocionais, luto recente, uso de drogas, perturbações de comportamento, outros).

Mediunidade manifestada.

Interesse científico/ filosófico.

Necessidade / sofrimento familiar

Outros.

C3. Qual aspecto da doutrina espírita que mais lhe interessa? (você pode marcar mais de uma alternativa).

Científico, como fonte de informações factuais.

Filosófico, como fonte de reflexão existencial.

Religioso, como fonte de fé.

Todas as alternativas.

C4. Há quanto tempo você se reconhece como espírita?

Menos de 1(um) mês.

Entre 1(um) mês e 1(um) ano.
De 1 (um) ano a 10(dez) anos.
Acima de 10 (dez) anos.

RELACÃO COM A CASA ESPÍRITA

C5. Como é a sua frequência na casa espírita?

Menos de uma vez por mês
Mais de uma vez por mês e menos de uma vez por semana
Uma vez por semana.
Duas vezes por semana.
Três ou mais vezes por semana.

C6. Que tipo de atividade de estudo você participa na casa espírita, como frequentador? (você pode marcar mais de uma opção).

Nenhuma.
Palestra pública.
Atendimento espiritual / Evangelhoterapia
Estudo Sistemático da doutrina espírita.
Estudos da mediunidade.

C7. Que tipo de atividades práticas você participa na casa espírita, como frequentador? (você pode marcar mais de uma opção).

Nenhuma.
Atendimento fraterno
Fluidoterapia (passes e água fluidificada).
Reunião mediúnica.
Projeto filantrópico (caridade).

C8. Você é trabalhador/facilitador/voluntário em alguma casa espírita?

Sim.
Não.

C9. Que tipo de atividade da casa espírita você é trabalhador/voluntário/facilitador? (você pode marcar mais de uma opção).

Nenhuma.
Palestra pública.
Atendimento espiritual / Evangelhoterapia
Estudo Sistemático da doutrina espírita.

Estudos da mediunidade.
Atendimento fraterno
Fluidoterapia (passes e água fluidificada).
Atendimento fraterno.
Reunião mediúnica.
Projeto filantrópico (caridade).
Função administrativa.

PRÁTICAS ESPIRITUAIS

C10. Você tem o costume de fazer orações?

Menos de uma vez por mês
Mais de uma vez por mês e menos de uma vez por semana
Uma vez por semana.
Duas vezes por semana.
Três ou mais vezes por semana.

C11. Você tem o costume de fazer o evangelho no lar semanalmente?

Sim
Não

C12. Você está envolvido em trabalhos de caridade (voluntariado) fora da casa espírita?

Sim
Não

C13. Você já foi assistido por alguma reunião mediúnica? (teve uma reunião mediúnica em seu nome)

Sim.
Não.

C14. Você já pediu assistência para alguém em alguma reunião mediúnica? (pediu uma reunião mediúnica para outra pessoa)?

Sim.
Não.

C15. Você se reconhece como médium ostensivo, cuja mediunidade se expressa de forma evidente, como: psicografia, psicofonia, vidência, audiência ou outros?

Sim

Não

CRENCAS ESPIRITUAIS

C16. Como você identifica o seu nível de crença espírita? (Quanto você acredita nas ideias espíritas).

Um pouco, identifico-me com algumas ideias.

Razoável, identifico-me com boa parte das ideias espíritas.

Muito, identifico-me com grande parte das ideias espíritas.

Completamente, concordo com tudo o que conheço da doutrina espírita.

C17. Em quanto a crença espírita influencia na sua saúde emocional? (prevenir e/ou tratar ansiedade, depressão e ideias suicidas)

Um pouco, ajuda-me de forma sutil.

Razoável, ajuda-me em boa parte.

Muito, ajuda-me em grande parte.

Completamente, ajuda-me de forma integral.

INFLUÊNCIA ESPÍRITA

C18. Em quanto a crença espírita influencia em seu comportamento de autocuidado (ética consigo)?

Em nada.

Um pouco.

Razoável.

Muito.

Completamente.

C19. Em quanto a crença espírita influencia em seu comportamento familiar (ética na família)?

Em nada.

Um pouco.

Razoável.

Muito.

Completamente.

C20. Em quanto a crença espírita influencia em seu comportamento amoroso (ética na relação amorosa)?

Em nada.

Um pouco.

Razoável.

Muito.

Completamente.

C21. Em quanto a crença espírita influencia em seu comportamento social (ética nas amizades)?

Em nada.

Um pouco.

Razoável.

Muito.

Completamente.

C22. Em quanto a crença espírita influencia em seu comportamento ocupacional (ética no trabalho)?

Em nada.

Um pouco.

Razoável.

Muito.

Completamente.

C23. Em quanto a crença espírita influencia em seu comportamento sociopolítico (ética no posicionamento pessoal e respeito ao posicionamento dos outros sobre questões políticas e de cidadania)?

Em nada.

Um pouco.

Razoável.

Muito.

Completamente.

APÊNDICE B – FENE 02 – VERSÃO DOS EXPERTS

Perguntas de Triagem

Olá!

Espero que estejam todos/as bem e com saúde, principalmente nesses tempos desafiadores de pandemia global.

Me chamo Tiago Sales e sou aluno de Doutorado da Universidade Federal do Ceará na área de Saúde Coletiva, sob a orientação da Profa. Dra. Hermelinda Macena e estamos realizando uma pesquisa sobre MAGNITUDE E FATORES ASSOCIADOS AO ENVOLVIMENTO ESPÍRITA, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E IDEIAÇÃO SUICIDA: UM ESTUDO SECCIONAL NO CEARÁ, e acreditamos que esses dados poderão contribuir para que a referida população tenha mais acesso aos cuidados preventivos para o adoecimento psicoemocional. Tal projeto encontra-se já aprovado pelo Comitê de Ética da UFC.

Nesse sentido, solicitamos o apoio de cada um de vocês para que o questionário da pesquisa possa ser amplamente divulgado entre pessoas que você conheça, independente de terem ou não transtornos emocionais e de serem ou não espíritas.

Por favor, responda às questões a seguir e o próprio formulário irá indicar se você está apto a responder ao Formulário de Envolvimento Espírita (FENE).

1. Você se considera / declara ESPÍRITA ou possui algum interesse, curiosidade ou 'SIMPATIA' PELO ESPIRITISMO (pense o espiritismo de Allan Kardec)?

Não

Sim

2. Você costuma ter contato com pessoas espíritas ou simpatizantes do espiritismo, seja pessoalmente, por telefone, Whatsapp ou outro meio digital, nos últimos 30 dias? (pense o espiritismo de Allan Kardec)

Não

Sim

3. Após responder esse questionário, você poderia encaminhar o link para essas pessoas espíritas e simpatizantes do espiritismo que você conhece?

Não

Sim

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado, por Tiago Medeiros Sales, como participante da pesquisa intitulada: MAGNITUDE E FATORES ASSOCIADOS AO ENVOLVIMENTO ESPÍRITA, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E IDEIAÇÃO SUICIDA: UM ESTUDO SECCIONAL NO CEARÁ.

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa se trata da mensuração, por meio de escalas, de transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão, estresse) e de ideação suicida. Também será mensurado o envolvimento com a doutrina espírita através de

um instrumento (questionário com perguntas fechadas e abertas) que irá medir dados sociodemográficos, estado psíquico atual, assistência psiquiátrica e psicoterápica atual e prévia, e nível de envolvimento espírita (teoria e prática). O objetivo deste estudo é conhecer a prevalência dos transtornos mentais e da ideação suicida e correlacionar esses dados com o envolvimento espírita, buscando compreender suas relações e o papel desse envolvimento na saúde psíquica de pessoas que são espíritas ou “simpatizantes” do espiritismo.

O benefício de sua participação corresponde à gratificação de contribuir com a pesquisa e com a construção do conhecimento científico, sendo sua participação de caráter voluntário e sem remuneração financeira. Informamos que não há riscos de exposição do material coletado, estando garantido o sigilo e o compromisso dos pesquisadores em zelar por essas informações e pelo seu anonimato em relação ao público geral (sua identidade somente será conhecida pelo pesquisador).

A divulgação dos dados obtidos será feita sem identificação de quaisquer de seus participantes e limitada aos profissionais estudiosos do assunto. Você poderá recusar a continuar participando da pesquisa como também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo, em qualquer momento da pesquisa.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Tiago Medeiros Sales / Raimunda Hermelinda Maia Macena
Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 949 – Rodolfo Teófilo
Telefones para contato: (85) 999613341 / (85) 997614843

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

4. Você aceita participar deste estudo?

Não

Sim

FENE - FORMULÁRIO DE ENVOLVIMENTO ESPÍRITA

BLOCO A – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Neste bloco, vamos perguntar algumas coisas sobre a sua vida e sobre quem você é.

5. Qual o seu sexo?

Feminino

Masculino

6. Qual é a sua idade?

Entre 18 e 24 anos

Entre 25 e 34 anos

Entre 35 e 44 anos

Entre 45 e 54 anos

Entre 55 e 64 anos

Entre 65 e 74 anos

75 anos ou mais

7. Qual sua cor ou raça percebida?

Branca

Parda

Negra

Amarela

Indígena

Outra (especifique)

8. Qual o nível de escolaridade mais alto que você concluiu?

Menos do que o ensino médio

Ensino médio completo

Ensino superior incompleto

Diploma técnico

Bacharelado/Licenciatura

Pós-graduação

9. Qual sua ocupação profissional?

Não trabalho

Funcionário público

Funcionário privado

Autônomo

Forças militares

Empregada doméstica

Aposentado

Do lar

Outra (especifique)

10. Em um dia comum, quantas horas você trabalha?

Até 4 horas

Entre 4 a 8 horas

De 8 a 12 horas

Mais do que 12 horas

Nenhuma das anteriores

11. Seu trabalho é a principal renda da família?

Não

Sim

12. Aproximadamente, qual é a sua renda familiar mensal?

R\$ 0 a R\$ 260

R\$ 261 a R\$ 520

R\$ 521 a R\$ 780

R\$ 781 a R\$ 1.300

R\$ 1.301 a R\$ 2.600

R\$ 2.601 a R\$ 5.200

R\$ 5.201 a R\$ 7.800

R\$ 7.801 a R\$ 15.000

Acima de R\$ 15.000

13. Qual é o seu estado civil atual?

Casado(a) ou vivendo em uma união estável

Viúvo(a)

Divorciado(a)

Separado(a)

Solteiro(a)

14. Qual é a sua orientação sexual?

Heterossexual

Homossexual

Bissexual

Outra (especifique)

15. Você tem filhos?

Não

Sim

16. Quantos filhos?

17. Em que estado brasileiro você mora?

Acre

Alagoas

Amapá

Amazonas

Bahia

Ceará

Distrito Federal

Espírito Santo

Goiás

Maranhão

Mato Grosso

Mato Grosso do Sul

Minas Gerais

Pará

Paraíba

Paraná

Pernambuco

Piauí

Rio de Janeiro

Rio Grande do Norte

Rio Grande do Sul

Rondônia

Roraima

Santa Catarina

São Paulo

Sergipe

Tocantins

AVALIAÇÃO DO FENE - TESTE PILOTO

Nesse ponto, você deve analisar o Formulário de Envolvimento Espírita (FENE), referente ao BLOCO A - (dados sociodemográficos)

18. Agora, pense em todas as perguntas acima do BLOCO A (dados sociodemográficos) que você analisou. **COMO VOCÊ AS ACHOU?**

Se achar que deve, justifique suas respostas nos comentários.

	Ruim	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente
Como achei o nível de CLAREZA e OBJETIVIDADE das perguntas? (se as perguntas são claras e objetivas no que buscam saber) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como achei o nível de COMPREENSÃO das perguntas? (se as perguntas são fáceis de compreender) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como achei o nível de RELEVÂNCIA das perguntas? (se as perguntas são importantes para o que se pretende saber) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como achei o nível de APARÊNCIA GRÁFICA das perguntas? (se o aspecto do texto das perguntas está adequado) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aqui, acrescente comentários sobre o BLOCO A se quiser.

FENE - FORMULÁRIO DE ENVOLVIMENTO ESPÍRITA

BLOCO B – ESTADO PSÍQUICO E ASSISTÊNCIA PSÍQUICA

Agora, faremos algumas perguntas sobre suas experiências com adoecimento emocional.

20. Atualmente, você está sofrendo pela perda/crise no emprego ou redução de renda que possa estar comprometendo sua saúde afetiva?

Não

Sim

21. Esta perda/crise no emprego ou redução de renda está relacionada ao covid-19?

Não

Sim

22. Atualmente, você está sofrendo alguma doença física que possa estar comprometendo sua saúde afetiva?

Não

Sim

23. Esta doença física foi o covid-19?

Não

Sim

24. Atualmente, você está sofrendo pela doença (física ou psíquica) de pessoa próxima, que possa estar comprometendo sua saúde afetiva?

Não

Sim

25. Esta doença, física ou psíquica, de pessoa próxima foi o covid-19?

Não

Sim

26. Atualmente, você está sofrendo a perda de um ente querido, ou luto, que possa estar comprometendo sua saúde afetiva?

Não

Sim

27. Esta perda de um ente querido, ou luto, foi em decorrência do covid-19?

Não

Sim

28. Atualmente, você está sofrendo pelo término ou crise de um relacionamento amoroso que possa estar comprometendo sua saúde afetiva?

Não

Sim

29. Este término ou crise de um relacionamento amoroso está relacionado ao covid-19?

Não

Sim

30. Atualmente, você tem algum problema relacionado ao uso/abuso de álcool e/ou cigarro?

Não

Sim

31. Este problema com uso/abuso de álcool e/ou cigarro, começou/agravou com a chegada da pandemia (COVID-19)?

Não

Sim

32. Atualmente, você tem algum problema relacionado ao uso/abuso de alguma droga (maconha, cocaína, crack, estimulantes, entre outros)?

Não

Sim

33. Se sim, você poderia me dizer qual(is) droga(s)? (caso prefira não dizer, responda "n" ou "não")

34. Esse problema com uso/abuso de droga, começou/agravou com a chegada da pandemia (covid-19)?

Não

Sim

35. Atualmente, você está sofrendo emocionalmente por ter sido ou estar sendo submetido a algum tipo de violência (física, psicológica e/ou sexual)?

Não

Sim

36. Esta violência a que você foi ou está sendo submetido começou/agravou ou tem alguma relação com a chegada da pandemia (covid-19)?

Não

Sim

37. Atualmente, você está sofrendo emocionalmente por ter praticado ou estar praticando com alguém algum tipo de violência (física, psicológica e/ou sexual)?

Não

Sim

38. Esta violência que você praticou ou está praticando com alguém começou/agravou ou tem alguma relação com a chegada da pandemia (covid-19)?

Não

Sim

39. Atualmente, você está sofrendo emocionalmente por ter praticado ou estar praticando consigo mesmo algum tipo de violência (automutilação, tentativas de suicídio, se colocar em situações de risco de morte, entre outros)?

Não

Sim

40. Esta violência consigo mesmo começou/agravou ou tem alguma relação com a chegada da pandemia (covid-19)?

Não

Sim

41. Atualmente, você está sofrendo por algum fator de estresse ou de ansiedade, não referido nas perguntas acima, que possa estar comprometendo sua saúde emocional (com exceção do covid-19)?

Não

Sim

42. Qual o outro fator que tem afetado sua saúde emocional? (caso prefira não dizer, responda "n" ou "não")

43. Até que ponto o distanciamento/isolamento social, promovido com a chegada da pandemia (covid-19), afeta(ou) a sua saúde emocional?

Em nada

Um pouco

Razoável

Muito

Completamente

44. Atualmente, você faz alguma avaliação/tratamento/acompanhamento com médico psiquiatra?

Não

Sim

45. Esta avaliação/tratamento/acompanhamento com psiquiatra foi, direta ou indiretamente, em decorrência do covid-19?

Não

Sim

46. Atualmente, algum médico (psiquiatra ou não) afirmou recentemente que você tem algum transtorno psiquiátrico?

Não

Sim

47. Atualmente, com qual transtorno psiquiátrico você é diagnosticado? (você pode marcar mais de uma opção)

Desconheço o(s) meu(s) diagnóstico(s)

Transtorno ansioso

Transtorno depressivo

Transtorno psicótico

Transtorno obsessivo compulsivo

Dependência química

Transtornos alimentares

Transtornos sexuais

Transtornos da personalidade

Transtornos neurocognitivos (demências)

Transtorno bipolar

Outra (especifique)

48. Na sua opinião, este transtorno psiquiátrico está relacionado, direta ou indiretamente, ao covid-19?

Não

Sim

49. Atualmente, você está fazendo uso de alguma medicação psiquiátrica prescrita por médico psiquiatra (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, outros)?

Não

Sim

50. Se sim, quantos tipos de medicações psiquiátricas diferentes você toma por dia?

1

2

3

4 ou mais

51. Há quanto tempo está usando medicação psiquiátrica?

menos de 6 meses

6 meses a 1 ano

1 a 2 anos

mais de 2 anos

52. Atualmente, você está usando medicação psiquiátrica não prescrita por psiquiatra? (ou seja, uso de medicação psiquiátrica sem acompanhamento psiquiátrico)

Não

Sim

53. Atualmente, você está usando alguma medicação fitoterápica? (valeriana, passiflora, outros)

Não

Sim

54. Anteriormente (pense antes da pandemia), você fez alguma avaliação/tratamento/acompanhamento com médico psiquiatra?

Não

Sim

55. Anteriormente (pense antes da pandemia), algum médico (psiquiatra ou não) afirmou que você tinha algum transtorno psiquiátrico?

Não

Sim

56. Anteriormente (pense antes da pandemia), com qual transtorno psiquiátrico você foi diagnosticado? (você pode marcar mais de uma opção)

Desconheço o(s) meu(s) diagnóstico(s)

Transtorno ansioso

Transtorno depressivo

Transtorno psicótico

Transtorno obsessivo compulsivo

Dependência química

Transtornos alimentares

Transtornos sexuais
 Transtornos da personalidade
 Transtornos neurocognitivos (demências)
 Transtorno bipolar
 Outra (especifique)

57. Anteriormente (pense antes da pandemia), você fez uso de alguma medicação psiquiátrica prescrita por médico psiquiatra (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, outros)?

Nunca
 Sim, em uma ocasião
 Sim, em duas ocasiões
 Sim, em três ou mais ocasiões
 Outro (especifique)

58. Se sim, qual o número máximo de medicações psiquiátricas diferentes você usou por dia?

1
 2
 3
 4 ou mais

59. Anteriormente (pense antes da pandemia), você já fez uso de medicação psiquiátrica não prescrita por psiquiatra? (ou seja, uso de medicação psiquiátrica sem acompanhamento psiquiátrico)

Não
 Sim

60. Atualmente, você está fazendo algum tratamento/acompanhamento psicológico? (psicanálise, terapia cognitivo-comportamental, psicodrama, gestaltterapia, transpessoal, outros)

Não
 Sim

61. Há quanto tempo você faz tratamento/acompanhamento psicológico? (psicanálise, terapia cognitivo-comportamental, psicodrama, gestaltterapia, transpessoal, outros)

Menos de 6 meses
 6 meses a 1 ano
 1 a 2 anos
 Mais de 2 anos

62. Atualmente, você está fazendo algum tratamento/acompanhamento holístico e/ou de práticas integrativas e complementares? (acupuntura, reiki, hipnoterapia, florais, homeopatia, aromaterapia, ventosaterapia, outros)

Não
 Sim

63. Há quanto tempo você faz tratamento/acompanhamento holístico e/ou de práticas integrativas e complementares? (acupuntura, reiki, hipnoterapia, florais, homeopatia, aromaterapia, ventosaterapia, outros)

Menos de 6 meses

6 meses a 1 ano

1 a 2 anos

mais de 2 anos

64. Anteriormente (pense antes da pandemia), você fez algum tratamento/acompanhamento psicológico? (psicanálise, terapia cognitivo-comportamental, psicodrama, gestaltterapia, transpessoal, outros)

Não

Sim

65. Qual o tempo máximo que você fez tratamento/acompanhamento psicológico de forma regular? (psicanálise, terapia cognitivo-comportamental, psicodrama, gestaltterapia, transpessoal, outros)

Menos de 6 meses

6 meses a 1 ano

1 a 2 anos

Mais de 2 anos

66. Anteriormente (pense antes da pandemia), você fez algum tratamento/acompanhamento holístico e/ou de práticas integrativas e complementares? (acupuntura, reiki, hipnoterapia, florais, homeopatia, aromaterapia, outros)

Não

Sim

67. Qual o tempo máximo que você fez algum tratamento/acompanhamento holístico e/ou de práticas integrativas e complementares de forma regular (acupuntura, reiki, hipnoterapia, florais, homeopatia, aromaterapia, outros)?

Menos de 6 meses

6 meses a 1 ano

1 a 2 anos

Mais de 2 anos

68. De um modo geral, como você considera sua saúde emocional? (considerando momento presente e passado)

Excelente

Boa

Regular

Ruim

Péssima

AVALIAÇÃO DO FENE - TESTE PILOTO

Nesse ponto, você deve analisar o Formulário de Envolvimento Espírita (FENE), referente ao BLOCO B – (estado psíquico e assistência psíquica)

69. Agora, pense em todas as perguntas acima do BLOCO B (estado psíquico e assistência psíquica) que você analisou. **COMO VOCÊ AS ACHOU?**

Se achar que deve, justifique suas respostas nos comentários.

	Ruim	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente
Como achei o nível de CLAREZA e OBJETIVIDADE das perguntas? (se as perguntas são claras e objetivas no que buscam saber) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como achei o nível de COMPREENSÃO das perguntas? (se as perguntas são fáceis de compreender) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como achei o nível de RELEVÂNCIA das perguntas? (se as perguntas são importantes para o que se pretende saber) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como achei o nível de APARÊNCIA GRÁFICA das perguntas? (se o aspecto do texto das perguntas está adequado) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

70. Aqui, acrescente comentários sobre o BLOCO B se quiser.

FENE - FORMULÁRIO DE ENVOLVIMENTO ESPÍRITA

BLOCO C – ENVOLVIMENTO ESPÍRITA

Agora, gostaria de saber um pouco sobre suas crenças religiosas.

71. Você se identifica com alguma das seguintes religiões? (Selecione todas as opções aplicáveis.)

Sem religião

Agnóstico

Católica

Evangélica

Espiritismo (pense o espiritismo de Allan Kardec)

Religiões de matriz afrodescendente (Umbanda e/ou Candomblé)

Outra (especifique)

72. O quanto você se considera “simpatizante” do espiritismo (possui atração ou interesse na doutrina espírita que desperte algum nível de afinidade)

- Em nada
- Um pouco
- Razoável
- Muito
- Completamente

73. Qual(is) motivo(s) fez/fizeram você buscar a doutrina espírita? (você pode marcar mais de uma opção)

Origem familiar (religião mais tradicional ou influente na família)

Amizades / Influência sociofamiliar.

Curiosidade.

Sofrimento mental (doenças físicas, dores emocionais, luto recente, uso de drogas, perturbações de comportamento, outros).

Mediunidade manifestada.

Interesse científico/ filosófico.

Necessidade / sofrimento familiar

Outro especifique)

74. Há quanto tempo você se reconhece como espírita (ou simpatizante)?

Menos de 1(um) mês.

Entre 1(um) mês e 1(um) ano

De 1(um) a 5(cinco) anos

De 5(cinco) anos a 10(dez) anos

Acima de 10(dez) anos

75. Como foi (ou continua sendo) a sua frequência nas atividades da casa espírita, seja presencial ou digital?

Nunca frequentei

Rara, poucas vezes no decorrer da vida

Ocasional, algumas vezes durante a vida

Frequente por algum tempo, mas não manteve a regularidade

Frequente, menos de uma vez por mês

Frequente, mais de uma vez por mês e menos de uma vez por semana

Frequente, uma vez por semana

Frequente, duas vezes por semana

Frequente, três ou mais vezes por semana

Nenhuma das anteriores

76. Há quanto tempo você começou a frequentar (regular ou irregular) a casa espírita?

Menos de 1(um) mês

Entre 1(um) mês e 1(um) ano

De 1(um) a 3(três) anos

De 3(três) a 5(cinco) anos

De 5(cinco) a 10(dez) anos

Acima de 10(dez) anos

77. Atualmente, você frequenta uma casa espírita, de forma presencial ou digital?

Não frequente

Sim, presencial apenas

Sim, digital apenas

Sim, presencial e digital

78. Atualmente, que tipo de atividade da casa espírita você frequenta, presencial ou digitalmente? (você pode marcar mais de uma opção)

Nenhuma

Palestra pública

Atendimento espiritual / Evangelhoterapia

Estudo Sistemático da doutrina espírita

Estudos da mediunidade

Atendimento fraterno

Fluidoterapia (passes e água fluidificada)

Reunião mediúnica

Projeto filantrópico (caridade)

Função administrativa

Outra (especifique)

79. Atualmente, você é trabalhador/facilitador em alguma casa espírita, seja presencial ou digitalmente?

Não

Sim

80. Atualmente, em que tipo de atividade da casa espírita você é trabalhador/facilitador, seja presencial ou digital? (você pode marcar mais de uma opção)

Nenhuma Palestra pública

Atendimento espiritual / Evangelhoterapia

Estudo Sistemático da doutrina espírita

Estudos da mediunidade

Atendimento fraterno

Fluidoterapia (passes e água fluidificada)

Reunião mediúnica

Projeto filantrópico (caridade)

Função administrativa

Outra (especifique)

81. Anteriormente (pense antes da pandemia), você frequentou/frequentava alguma casa espírita?

Não

Sim

82. Anteriormente (pense antes da pandemia), que tipo de atividade você frequentava na casa espírita? (você pode marcar mais de uma opção)

Nenhuma

Palestra pública

Atendimento espiritual / Evangelhoterapia

Estudo Sistemático da doutrina espírita

Estudos da mediunidade

Atendimento fraterno

Fluidoterapia (passes e água fluidificada)

Reunião mediúnica

Projeto filantrópico (caridade)

Função administrativa

Outra (especifique)

83. Anteriormente (pense antes da pandemia), você era trabalhador/facilitador em alguma casa espírita?

Não

Sim

84. Anteriormente (pense antes da pandemia) em que tipo de atividade da casa espírita você era trabalhador/facilitador? (você pode marcar mais de uma opção)

Nenhuma

Palestra pública

Atendimento espiritual / Evangelhoterapia

Estudo Sistemático da doutrina espírita

Estudos da mediunidade

Atendimento fraterno

Fluidoterapia (passes e água fluidificada)

Reunião mediúnica

Projeto filantrópico (caridade)

Função administrativa

Outra (especifique)

85. Você tem o costume de fazer orações/preces?

Não costumo fazer

Menos de uma vez por mês

Mais de uma vez por mês e menos de uma vez por semana

Uma vez por semana

Duas vezes por semana

Três ou mais vezes por semana

Diariamente

86. Você tem o costume de fazer o “Evangelho no lar” semanalmente?

Não

Sim, de forma irregular

Sim, de forma regular

87. Você está envolvido em trabalhos de caridade (voluntariado) fora da casa espírita?

Não

Sim

88. Você já pediu assistência para alguém em alguma reunião mediúnica? (pediu uma reunião mediúnica para outra pessoa)?

Não

Sim

89. Você já foi assistido por alguma reunião mediúnica? (teve uma reunião mediúnica em seu nome)

Não

Sim

90. Considere as perguntas abaixo e assinale na escala de resposta a que melhor expressa sua opinião. Por favor, NÃO DEIXE DE RESPONDER A NENHUM DOS ITENS.

QUANTO VOCÊ ACREDITA...	Em nada	Um pouco	Razoável	Muito	Completamente
<i>Na existência de Deus?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Na imortalidade da alma?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Na reencarnação?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em vida inteligente fora do planeta Terra?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em mediunidade (comunicação com os espíritos)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

91. Considere as perguntas abaixo e assinale na escala de resposta a que melhor expressa sua opinião. Por favor, NÃO DEIXE DE RESPONDER A NENHUM DOS ITENS.

COMO VOCÊ IDENTIFICA...	Nenhum	Um pouco	Razoável	Muito	Completamente
<i>O seu interesse pela doutrina espírita através de leituras, filmes, conversas, entre outros?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>O seu nível de mediunidade (capacidade de se comunicar e transmitir mensagens dos espíritos)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>O seu nível de crença espírita (Quanto você acredita nas ideias espíritas)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

92. Considere as perguntas abaixo e assinale na escala de resposta a que melhor expressa sua opinião. Por favor, **NÃO DEIXE DE RESPONDER A NENHUM DOS ITENS**.

EM QUANTO A CRENÇA ESPÍRITA AJUDA...	Em nada	Um pouco	Razoável	Muito	Completamente
<i>Na sua saúde mental (prevenir e/ou tratar sofrimento psíquico)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em seu comportamento de autocuidado (cuidados consigo próprio)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em seu comportamento amoroso (com o cônjuge, par romântico)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em seu comportamento familiar (com os pais, filhos, parentes próximos)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em seu comportamento social (com amigos, vizinhos, outros)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em seu comportamento ocupacional (trabalho formal e/ou informal)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em seu comportamento sociopolítico (com questões políticas e de cidadania)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AVALIAÇÃO DO FENE - TESTE PILOTO

Nesse ponto, você deve analisar o Formulário de Envolvimento Espírita (FENE), referente ao BLOCO C - (envolvimento espírita)

93. Agora, pense em todas as perguntas acima do BLOCO C (envolvimento espírita) que você analisou. **COMO VOCÊ AS ACHOU?**

Se achar que deve, justifique suas respostas nos comentários.

	Ruim	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente
Como achei o nível de CLAREZA e OBJETIVIDADE das perguntas? (se as perguntas são claras e objetivas no que buscam saber) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como achei o nível de COMPREENSÃO das perguntas? (se as perguntas são fáceis de compreender) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como achei o nível de RELEVÂNCIA das perguntas? (se as perguntas são importantes para o que se pretende saber) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Como achei o nível de **APARÊNCIA GRÁFICA** das perguntas? (se o aspecto do texto das perguntas está adequado)
Justificativa (se quiser)

94. Aqui, acrescente comentários sobre o BLOCO C se quiser.

AVALIAÇÃO DO FENE - TESTE PILOTO

Nesse ponto, você deve analisar o Formulário de Envolvimento Espírita (FENE), de forma geral.

Lembre que ele é composto de 3 blocos de perguntas:

Bloco A (dados sociodemográficos),

Bloco B (estado psíquico e assistência psíquica),

Bloco C (envolvimento espírita).

MUITO OBRIGADO por sua participação!

95. Agora, pense em todas as perguntas do FENE que você analisou, considerando os 3 blocos. **COMO VOCÊ AS ACHOU?**

Se achar que deve, justifique suas respostas nos comentários.

	Ruim	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente
Como achei o nível de CLAREZA e OBJETIVIDADE das perguntas? (se as perguntas são claras e objetivas no que buscam saber) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como achei o nível de COMPREENSÃO das perguntas? (se as perguntas são fáceis de compreender) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como achei o nível de RELEVÂNCIA das perguntas? (se as perguntas são importantes para o que se pretende saber) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como achei o nível de APARÊNCIA GRÁFICA das perguntas? (se o aspecto do texto das perguntas está adequado) Justificativa (se quiser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

96. Aqui, acrescente comentários sobre o FENE, de forma geral, se quiser. E, mais uma vez, **MUITO OBRIGADO** pela participação.

APÊNDICE C – FENE 03 – VERSÃO PÓS TESTE-PILOTO (FINAL)

Perguntas de Triagem

Olá!

Espero que estejam todos/as bem e com saúde, principalmente nesses tempos desafiadores de pandemia global.

Me chamo Tiago Sales e sou aluno de Doutorado da Universidade Federal do Ceará na área de Saúde Coletiva, sob a orientação da Profa. Dra. Hermelinda Macena e estamos realizando uma pesquisa sobre: MAGNITUDE E FATORES ASSOCIADOS AO ENVOLVIMENTO ESPÍRITA, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E IDEIAÇÃO SUICIDA: UM ESTUDO SECCIONAL NO CEARÁ, e acreditamos que esses dados poderão contribuir para que a referida população tenha mais acesso aos cuidados preventivos para o adoecimento psicoemocional. Tal projeto encontra-se já aprovado pelo Comitê de Ética da UFC.

Nesse sentido, solicitamos o apoio de cada um de vocês para que o questionário da pesquisa possa ser amplamente divulgado entre pessoas que você conheça, independente de terem ou não transtornos emocionais e de serem ou não espíritas.

Por favor, responda às questões a seguir e o próprio formulário irá indicar se você está apto a responder ao Formulário de Envolvimento Espírita (FENE).

1. Você se considera / declara ESPÍRITA ou possui algum interesse, curiosidade ou 'SIMPATIA' PELO ESPIRITISMO (pense o espiritismo de Allan Kardec)?

Não

Sim

2. Você costuma ter contato com pessoas espíritas ou simpatizantes do espiritismo, seja pessoalmente, por telefone, Whatsapp ou outro meio digital, nos últimos 30 dias? (pense o espiritismo de Allan Kardec)

Não

Sim

3. Após responder esse questionário, você poderia encaminhar o link para essas pessoas espíritas e simpatizantes do espiritismo que você conhece?

Não

Sim

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado, por Tiago Medeiros Sales, como participante da pesquisa intitulada: MAGNITUDE E FATORES ASSOCIADOS AO ENVOLVIMENTO ESPÍRITA, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E IDEIAÇÃO SUICIDA: UM ESTUDO SECCIONAL NO CEARÁ.

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa se trata da mensuração, por meio de escalas, de transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão, estresse) e de ideação suicida. Também será mensurado o envolvimento com a doutrina espírita através de um instrumento (questionário com perguntas fechadas e abertas) que irá medir dados sociodemográficos, estado psíquico atual, assistência psiquiátrica e psicoterápica atual e prévia, e nível de envolvimento espírita (teoria e prática). O objetivo deste estudo é conhecer a prevalência dos transtornos mentais e da ideação suicida e correlacionar esses dados com o envolvimento espírita, buscando compreender suas relações e o papel desse envolvimento na saúde psíquica de pessoas que são espíritas ou “simpatizantes” do espiritismo.

O benefício de sua participação corresponde à gratificação de contribuir com a pesquisa e com a construção do conhecimento científico, sendo sua participação de caráter voluntário e sem remuneração financeira. Informamos que não há riscos de exposição do material coletado, estando garantido o sigilo e o compromisso dos pesquisadores em zelar por essas informações e pelo seu anonimato em relação ao público geral (sua identidade somente será conhecida pelo pesquisador).

A divulgação dos dados obtidos será feita sem identificação de quaisquer de seus participantes e limitada aos profissionais estudiosos do assunto. Você poderá recusar a continuar participando da pesquisa como também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo, em qualquer momento da pesquisa.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Tiago Medeiros Sales / Raimunda Hermelinda Maia Macena Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 949 – Rodolfo Teófilo Telefones para contato: (85) 999613341 / (85) 997614843

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

4. Você aceita participar deste estudo?

Não (pulo = pág de desqualificação)

Sim

FENE - FORMULÁRIO DE ENVOLVIMENTO ESPÍRITA

BLOCO A – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Neste bloco, vamos perguntar algumas coisas sobre a sua vida e sobre quem você é.

5. Qual o seu sexo?

Feminino
Masculino

6. Qual é a sua idade?

Entre 18 e 24 anos
Entre 25 e 34 anos
Entre 35 e 44 anos
Entre 45 e 54 anos
Entre 55 e 64 anos
Entre 65 e 74 anos
75 anos ou mais

7. Qual é sua cor de pele?

Branca
Parda
Negra
Outra (especifique)

8. Qual o nível de escolaridade mais alto que você concluiu ou o diploma mais alto que recebeu?

Menos do que o ensino médio
Ensino médio completo
Ensino superior incompleto Diploma técnico
Bacharelado/Licenciatura
Pós-graduação

9. Qual das seguintes opções melhor descreve a sua ocupação profissional?

Não trabalho (pulo = perg. 12)
Funcionário público
Funcionário privado
Autônomo
Forças militares
Empregada doméstica
Aposentado
Do lar
Outra (especifique)

10. Em um dia comum, quantas horas você trabalha?

Até 4 horas
Entre 4 a 8 horas
De 8 a 12 horas
Mais do que 12 horas
Nenhuma das anteriores

11. Seu trabalho é a principal renda da família?

Não

Sim

12. Aproximadamente, qual é a sua renda familiar mensal?

R\$ 0 a R\$ 260

R\$ 261 a R\$ 520

R\$ 521 a R\$ 780

R\$ 781 a R\$ 1.300

R\$ 1.301 a R\$ 2.600

R\$ 2.601 a R\$ 5.200

R\$ 5.201 a R\$ 7.800

R\$ 7.801 a R\$ 15.000

Acima de R\$ 15.000

13. Qual das opções abaixo melhor descreve seu estado civil atual?

Casado(a) ou vivendo em uma união estável

Viúvo(a)

Divorciado(a)

Separado(a)

Solteiro(a)

14. Qual é a sua orientação sexual?

Heterossexual

Homossexual

Bissexual

Outra (especifique)

15. Você tem filhos?

Não (pulo = perg. 17)

Sim

16. Quantos filhos? (por favor, digite apenas um número)**17. Em que estado brasileiro você mora?**

Acre

Alagoas

Amapá

Amazonas

Bahia

Ceará

Distrito Federal

Espírito Santo

Goiás

Maranhão

Mato Grosso

Mato Grosso do Sul

Minas Gerais

Pará

Paraíba

Paraná

Pernambuco

Piauí

Rio de Janeiro

Rio Grande do Norte

Rio Grande do Sul

Rondônia

Roraima

Santa Catarina

São Paulo

Sergipe

Tocantins

FENE - FORMULÁRIO DE ENVOLVIMENTO ESPÍRITA
BLOCO B – ESTADO PSÍQUICO E ASSISTÊNCIA PSÍQUICA

Agora, faremos algumas perguntas sobre suas experiências com adoecimento emocional.

18. Atualmente, você está sofrendo pela PERDA/CRISE NO EMPREGO ou REDUÇÃO DE RENDA que possa estar comprometendo sua saúde emocional?

Não (pulo = perg. 20)

Sim

19. Esta PERDA/CRISE NO EMPREGO ou REDUÇÃO DE RENDA está, direta ou indiretamente, relacionada ao COVID-19?

Não

Sim

20. Atualmente, você está sofrendo alguma DOENÇA FÍSICA que possa estar comprometendo sua saúde emocional?

Não (pulo = perg. 22)

Sim

21. Esta doença física foi o COVID-19?

Não

Sim

22. Atualmente, você está sofrendo pela DOENÇA (FÍSICA OU PSÍQUICA) DE PESSOA PRÓXIMA, que possa estar comprometendo sua saúde emocional?

Não (pulo = perg. 24)

Sim

23. Esta doença, física ou psíquica, de pessoa próxima foi o COVID-19?

Não

Sim

24. Atualmente, você está sofrendo a perda de um ente querido, ou LUTO, que possa estar comprometendo sua saúde emocional?

Não (pulo = perg. 26)

Sim

25. Esta perda de um ente querido, ou luto, foi em decorrência do COVID-19?

Não

Sim

26. Atualmente, você está sofrendo pelo TÉRMINO OU CRISE DE UM RELACIONAMENTO AMOROSO que possa estar comprometendo sua saúde emocional?

Não (pulo = perg. 28)

Sim

27. Este TÉRMINO OU CRISE DE UM RELACIONAMENTO AMOROSO está relacionado ao COVID-19?

Não

Sim

28. Atualmente, você tem algum problema relacionado ao USO/ABUSO de ÁLCOOL e/ou CIGARRO?

Não (pulo = perg. 30)

Sim

29. Este problema com USO/ABUSO de ÁLCOOL e/ou CIGARRO, começou/agravou com a chegada da pandemia (COVID-19)?

Não

Sim

30. Atualmente, você tem algum problema relacionado ao USO/ABUSO DE ALGUMA DROGA? (maconha, cocaína, crack, estimulantes, entre outros)

Não (pulo = perg. 33)

Sim

31. Se sim, você poderia me dizer QUAL(IS) DROGA(S)? (caso prefira não dizer, responda "n" ou "não")

32. Esse problema com USO/ABUSO DE DROGA, começou/agravou com a chegada da pandemia (COVID-19)?

Não

Sim

33. Atualmente, você está sofrendo emocionalmente por TER SIDO ou ESTAR SENDO SUBMETIDO a algum tipo de VIOLÊNCIA? (física, psicológica e/ou sexual)

Não (pulo = perg. 35)

Sim

34. Esta VIOLÊNCIA a que você FOI ou ESTÁ SENDO SUBMETIDO começou/agravou ou tem alguma relação com a chegada da pandemia (COVID-19)?

Não

Sim

35. Atualmente, você está sofrendo emocionalmente por ter PRATICADO ou ESTAR PRATICANDO COM ALGUÉM algum tipo de VIOLÊNCIA? (física, psicológica e/ou sexual)

Não (pulo = perg. 37)

Sim

36. Esta VIOLÊNCIA que você PRATICOU ou ESTÁ PRATICANDO COM ALGUÉM começou/agravou ou tem alguma relação com a chegada da pandemia (COVID-19)?

Não

Sim

37. Atualmente, você está sofrendo emocionalmente por ter PRATICADO ou ESTAR PRATICANDO CONSIGO MESMO algum tipo de VIOLÊNCIA? (automutilação, tentativas de suicídio, se colocar em situações de risco de morte, entre outros)

Não (pulo = perg. 38)

Sim

38. Esta VIOLÊNCIA CONSIGO MESMO começou/agravou ou tem alguma relação com a chegada da pandemia (COVID-19)?

Não

Sim

39. Atualmente, você está sofrendo por algum fator de estresse ou de ansiedade, não referido nas perguntas acima, que possa estar comprometendo sua saúde emocional (com exceção do COVID-19)?

Não (pulo = perg. 41)

Sim

40. Qual o outro fator que tem afetado sua saúde emocional? (caso prefira não dizer, responda "n" ou "não")

41. Até que ponto o distanciamento/isolamento social, promovido com a chegada da pandemia (COVID-19), afeta(ou) a sua saúde emocional?

Em nada

Um pouco

Razoável

Muito

Completamente

42. Atualmente, você FAZ alguma avaliação/ tratamento/ acompanhamento com MÉDICO PSIQUIATRA?

Não (pulo = perg. 44)

Sim

43. Esta avaliação/ tratamento/ acompanhamento com psiquiatra foi, direta ou indiretamente, em decorrência do COVID-19?

Não

Sim

44. Atualmente, algum médico (psiquiatra ou não) afirmou recentemente que você tem algum TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO?

Não (pulo = perg. 47)

Sim

45. Atualmente, com qual transtorno psiquiátrico você é diagnosticado? (você pode marcar mais de uma opção)

Desconheço o(s) meu(s) diagnóstico(s)

Transtorno ansioso

Transtorno depressivo

Transtorno psicótico

Transtorno obsessivo-compulsivo

Dependência química

Transtornos alimentares

Transtornos sexuais

Transtornos da personalidade

Transtornos neurocognitivos (demências)

Transtorno bipolar

Outro (especifique)

46. Na sua opinião, este transtorno psiquiátrico está relacionado, direta ou indiretamente, ao COVID-19?

Não

Sim

47. Atualmente, você ESTÁ fazendo uso de medicação psiquiátrica PARA ALGUM TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO? (depressão, ansiedade, estresse, uso de drogas, outros)

Não (pulo = perg. 50)

Sim

48. Se sim, quantos tipos de medicações psiquiátricas diferentes você toma por dia?

1

2

3

4 ou mais

49. Há quanto tempo ESTÁ usando medicação psiquiátrica?

menos de 6 meses

6 meses a 1 ano

1 a 2 anos

mais de 2 anos

50. Atualmente, você ESTÁ usando medicação psiquiátrica para alguma doença NÃO PSIQUIÁTRICA? (enxaqueca, fibromialgia, dores crônicas, outros)

Não
Sim

51. Atualmente, você ESTÁ USANDO alguma medicação fitoterápica? (valeriana, passiflora, outros)

Não
Sim

52. Anteriormente (pense antes da pandemia), você FEZ alguma avaliação/tratamento/acompanhamento com MÉDICO PSQUIATRA?

Não
Sim

53. Anteriormente (pense antes da pandemia), algum médico (psiquiatra ou não) afirmou que você TINHA algum TRANSTORNO PSQUIÁTRICO?

Não (pulo = perg. 55)
Sim

54. Anteriormente (pense antes da pandemia), com qual transtorno psiquiátrico você FOI diagnosticado? (você pode marcar mais de uma opção)

Transtorno ansioso
Transtorno depressivo
Transtorno psicótico
Transtorno obsessivo-compulsivo
Dependência química
Transtornos alimentares
Transtornos sexuais
Transtornos da personalidade
Transtornos neurocognitivos (demências)
Transtorno Bipolar
Outro (especifique)

55. Anteriormente (pense antes da pandemia), você FEZ uso de medicação psiquiátrica PARA ALGUM TRANSTORNO PSQUIÁTRICO? (depressão, ansiedade, estresse, uso de drogas, outros)

Nunca (pulo = perg. 57)
Sim, em uma ocasião
Sim, em duas ocasiões
Sim, em três ou mais ocasiões
Outro (especifique)

56. Se sim, qual o número máximo de medicações psiquiátricas diferentes você usou por dia?

1

2
3
4 ou mais

57. Anteriormente (pense antes da pandemia), você FEZ uso de medicação psiquiátrica para alguma doença NÃO PSIQUIÁTRICA? (enxaqueca, fibromialgia, dores crônicas, outros)

Não
Sim

58. Atualmente, você ESTÁ fazendo algum tratamento/acompanhamento PSICOLÓGICO? (psicanálise, terapia cognitivo-comportamental, psicodrama, gestaltterapia, transpessoal, outros)

Não (pulo = perg. 60)
Sim

59. Há quanto tempo você FAZ tratamento/acompanhamento PSICOLÓGICO? (psicanálise, terapia cognitivo-comportamental, psicodrama, gestaltterapia, transpessoal, outros)

menos de 6 meses
6 meses a 1 ano
1 a 2 anos
mais de 2 anos

60. Atualmente, você ESTÁ fazendo algum tratamento/acompanhamento HOLÍSTICO e/ou de PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? (acupuntura, reiki, hipnoterapia, florais, homeopatia, aromaterapia, ventosaterapia, constelação familiar, outros)

Não (pulo = perg. 62)
Sim

61. Há quanto tempo você FAZ tratamento/acompanhamento HOLÍSTICO e/ou de PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? (acupuntura, reiki, hipnoterapia, florais, homeopatia, aromaterapia, ventosaterapia, constelação familiar, outros)

menos de 6 meses
6 meses a 1 ano
1 a 2 anos
mais de 2 anos

62. Anteriormente (pense antes da pandemia), você FEZ algum tratamento/acompanhamento PSICOLÓGICO? (psicanálise, terapia cognitivo-comportamental, psicodrama, gestaltterapia, transpessoal, outros)

Não (pulo = perg. 64)
Sim

63. Qual o tempo máximo que você FEZ tratamento/acompanhamento PSICOLÓGICO de forma regular? (psicanálise, terapia cognitivo-comportamental, psicodrama, gestaltterapia, transpessoal, outros)

menos de 6 meses

6 meses a 1 ano

1 a 2 anos

mais de 2 anos

64. Anteriormente (pense antes da pandemia), você FEZ algum tratamento/acompanhamento HOLÍSTICO e/ou de PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? (acupuntura, reiki, hipnoterapia, florais, homeopatia, aromaterapia, ventosaterapia, constelação familiar, outros)

Não (pulo = perg. 66)

SIm

65. Qual o tempo máximo que você FEZ algum tratamento/acompanhamento HOLÍSTICO e/ou de PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES de forma regular? (acupuntura, reiki, hipnoterapia, florais, homeopatia, aromaterapia, ventosaterapia, constelação familiar, outros)

menos de 6 meses

6 meses a 1 ano

1 a 2 anos

mais de 2 anos

66. De um modo geral, como você considera sua saúde emocional? (considerando momento presente e passado)

Excelente

Boa

Regular

Ruim

Péssima

FENE - FORMULÁRIO DE ENVOLVIMENTO ESPÍRITA

BLOCO C – ENVOLVIMENTO ESPÍRITA

Agora, gostaria de saber um pouco sobre suas crenças religiosas.

67. Você se identifica com alguma das seguintes religiões? (Selecione todas as opções aplicáveis.)

Sem religião

Agnóstico

Católica

Evangélica

Espiritismo (pense o espiritismo de Allan Kardec)

Religiões de matriz afrodescendente (Umbanda e/ou Candomblé)

Outra (especifique)

68. O quanto você se considera “SIMPATIZANTE” do espiritismo (possui atração ou interesse na doutrina espírita que desperte algum nível de afinidade)

Em nada (pulo = pág. DASS-21)

Um pouco

Razoável

Muito

Completamente

69. Qual(is) MOTIVO(S) fez/fizeram você buscar a doutrina espírita? (você pode marcar mais de uma opção)

Origem familiar (religião mais tradicional ou influente na família)

Amizades / Influência sociofamiliar

Curiosidade.

Sufrimento mental (doenças físicas, dores emocionais, luto recente, uso de drogas, perturbações de comportamento, outros).

Mediunidade manifestada.

Interesse científico / filosófico.

Necessidade / sofrimento familiar

Outro (especifique)

70. Há QUANTO TEMPO você se reconhece como espírita (ou simpatizante)?

Menos de 1(um) mês.

Entre 1(um) mês e 1(um) ano

De 1 (um) ano a 5(cinco) anos.

De 5 (cinco) anos a 10(dez) anos.

Acima de 10 (dez) anos.

71. Como foi (ou continua sendo) a sua FREQUÊNCIA nas atividades da casa espírita, seja presencial ou digital?

Nunca frequentei (pulo = perg. 81)

Rara, poucas vezes no decorrer da vida

Ocasional, algumas vezes durante a vida

Frequente por algum tempo, mas não manteve a regularidade

Frequente, menos de uma vez por mês

Frequente, mais de uma vez por mês e menos de uma vez por semana

Frequente, uma vez por semana

Frequente, duas vezes por semana

Frequente, três ou mais vezes por semana

Nenhuma das anteriores

72. Há quanto tempo você COMEÇOU A FREQUENTAR (regular ou irregular) a casa espírita?

Menos de 1(um) mês.

Entre 1(um) mês e 1(um) ano
 De 1 (um) ano a 5(cinco) anos.
 De 5 (cinco) anos a 10(dez) anos.
 Acima de 10 (dez) anos.

73. Atualmente, você frequenta uma casa espírita, de forma PRESENCIAL OU DIGITAL?

Não frequento (pulo = perg. 77)

Sim, presencial apenas

Sim, digital apenas

Sim, presencial e digital

74. Atualmente, que TIPO DE ATIVIDADE da casa espírita você frequenta, presencial ou digitalmente? (você pode marcar mais de uma opção)

Nenhuma

Palestra pública

Atendimento espiritual /Evangelioterapia

Estudo Sistemático da doutrina espírita

Estudos da mediunidade

Atendimento fraterno

Fluidoterapia (passes e água fluidificada)

Reunião mediúnica

Projeto filantrópico (caridade)

Função administrativa

Outra (especifique)

75. Atualmente, você é TRABALHADOR/FACILITADOR em alguma casa espírita, seja presencial ou digitalmente?

Não (pulo = perg. 77)

Sim

76. Atualmente, em que TIPO DE ATIVIDADE da casa espírita você É TRABALHADOR/FACILITADOR, seja presencial ou digital? (você pode marcar mais de uma opção)

Nenhuma

Palestra pública

Atendimento espiritual / Evangelioterapia

Estudo Sistemático da doutrina espírita

Estudos da mediunidade

Atendimento fraterno

Fluidoterapia (passes e água fluidificada)

Reunião mediúnica

Projeto filantrópico (caridade)

Função administrativa

Outra (especifique)

77. Anteriormente (pense antes da pandemia), você FREQUENTOU/FREQUENTAVA alguma casa espírita?

Não (pulo = perg. 81)

Sim

78. Anteriormente (pense antes da pandemia), que TIPO DE ATIVIDADE você frequentava na casa espírita? (você pode marcar mais de uma opção)

Nenhuma

Palestra pública

Atendimento espiritual / Evangelhoterapia

Estudo Sistemático da doutrina espírita

Estudos da mediunidade

Atendimento fraterno

Fluidoterapia (passes e água fluidificada)

Reunião mediúnica

Projeto filantrópico (caridade)

Função administrativa

Outra (especifique)

79. Anteriormente (pense antes da pandemia), você era TRABALHADOR/FACILITADOR em alguma casa espírita?

Não (pulo = perg. 81)

Sim

80. Anteriormente (pense antes da pandemia) em que TIPO DE ATIVIDADE da casa espírita você era TRABALHADOR/FACILITADOR? (você pode marcar mais de uma opção)

Nenhuma

Palestra pública

Atendimento espiritual / Evangelhoterapia

Estudo Sistemático da doutrina espírita

Estudos da mediunidade

Atendimento fraterno

Fluidoterapia (passes e água fluidificada)

Reunião mediúnica

Projeto filantrópico (caridade)

Função administrativa

Outra (especifique)

81. Você tem o costume de fazer ORAÇÕES/PRECES?

Não costume fazer

Menos de uma vez por mês

Mais de uma vez por mês e menos de uma vez por semana
 Uma vez por semana
 Duas vezes por semana
 Três ou mais vezes por semana
 Diariamente

82. Você tem o costume de fazer o “EVANGELHO NO LAR” semanalmente?

Não
 Sim, de forma irregular
 Sim, de forma regular

83. Você está envolvido em trabalhos de CARIDADE (voluntariado) fora da casa espírita?

Não
 Sim

84. Você já PEDIU ASSISTÊNCIA para alguém em alguma REUNIÃO MEDIÚNICA? (pediu uma reunião mediúnica para outra pessoa)?

Não
 Sim

85. Você já FOI ASSISTIDO por alguma REUNIÃO MEDIÚNICA? (teve uma reunião mediúnica em seu nome)

Não
 Sim

86. Considere as perguntas abaixo e assinale na escala de resposta a que melhor expressa sua opinião. Por favor, NÃO DEIXE DE RESPONDER A NENHUM DOS ITENS.

QUANTO VOCÊ ACREDITA...	Em nada	Um pouco	Razoável	Muito	Completamente
<i>Na existência de Deus?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Na imortalidade da alma?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Na reencarnação?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em vida inteligente fora do planeta Terra?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em mediunidade (comunicação com os espíritos)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

87. Considere as perguntas abaixo e assinale na escala de resposta a que melhor expressa sua opinião. Por favor, NÃO DEIXE DE RESPONDER A NENHUM DOS ITENS.

COMO VOCÊ IDENTIFICA...	Nenhum	Um pouco	Razoável	Muito	Completamente
--------------------------------	---------------	-----------------	-----------------	--------------	----------------------

<i>O seu interesse pela doutrina espírita através de leituras, filmes, conversas, entre outros?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>O seu nível de mediunidade (capacidade de se comunicar e transmitir mensagens dos espíritos)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>O seu nível de crença espírita (Quanto você acredita nas ideias espíritas)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

88. Considere as perguntas abaixo e assinale na escala de resposta a que melhor expressa sua opinião. Por favor, NÃO DEIXE DE RESPONDER A NENHUM DOS ITENS.

EM QUANTO A CRENÇA ESPÍRITA AJUDA...	Em nada	Um pouco	Razoável	Muito	Completamente
<i>Na sua saúde mental (prevenir e/ou tratar sofrimento psíquico)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em seu comportamento de autocuidado (cuidados consigo próprio)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em seu comportamento amoroso (com o cônjuge, par romântico)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em seu comportamento familiar (com os pais, filhos, parentes próximos)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em seu comportamento social (com amigos, vizinhos, outros)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em seu comportamento ocupacional (trabalho formal e/ou informal)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Em seu comportamento sociopolítico (com questões políticas e de cidadania)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DASS - 21

A seguir, encontra-se uma lista de afirmações sobre sua saúde emocional. Não existem respostas certas ou erradas, apenas gostaríamos da sua opinião. Por favor, leia cada afirmativa e marque a resposta que indique quanto ela se aplicou a você na sua ÚLTIMA SEMANA.

89. Considere o conjunto de afirmações abaixo e indique o quanto cada afirmação se aplica a VOCÊ nessa ÚLTIMA SEMANA. Assinale na escala de resposta a que melhor expressa sua opinião. NÃO DEIXE DE RESPONDER A NENHUM DOS ITENS.

DASS-21	Não se aplicou	Aplicou-se em algum grau	Aplicou-se em um grau considerável	Aplicou-se muito
1 Achei difícil me acalmar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Senti minha boca seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Tive dificuldade em respirar em alguns momentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Senti tremores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Senti que estava sempre nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Preocupe-me com situações em que pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Senti que não tinha nada a desejar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Senti-me agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Achei difícil relaxar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Senti que ia entrar em pânico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Não consegui me entusiasmar com nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Senti que não tinha valor como pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Senti medo sem motivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Senti que a vida não tinha sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EMTAS

A seguir, encontra-se uma lista de afirmações sobre a vida e a morte. Não existem respostas certas ou erradas, apenas gostaríamos da sua opinião.

90. Considere o conjunto de afirmações abaixo e indique em que medida VOCÊ concorda ou discorda com cada uma delas. Assinale na escala de

resposta que melhor expressa sua opinião. Por favor, NÃO DEIXE DE RESPONDER A NENHUM DOS ITENS.

EMTAS	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
<i>1 Sinto-me feliz a maior parte do tempo</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>2 Temo a morte porque toda minha atividade mental e espiritual vai cessar</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>3 Embora as coisas pareçam difíceis às vezes, acho que vale a pena viver</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>4 Pensar na morte me dá calafrios (me faz tremer)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>5 Acho que não sou importante para minha família</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>6 Às vezes sinto que minha família vai estar melhor sem mim</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>7 Tenho medo da morte por que todos os meus planos se acabarão</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>8 Gosto de fazer muitas coisas</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>9 O pensamento de que um dia vou morrer me assusta</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>10 Não gosto de passar o tempo com minha família</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>11 Muitos problemas só podem ser resolvidos com a morte</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>12 Acredito que a morte pode trazer um grande alívio ao sofrimento</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>13 Eu sou uma pessoa muito esperançosa</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>14 Em algumas situações é melhor morrer do que continuar vivendo</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>15 A morte pode ser um estado de repouso e calma</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>16 Gosto de muitas coisas na vida</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>17 A morte me assusta mais do que qualquer outra coisa</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>18 Ninguém me ama de verdade</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>19 Às vezes sinto que meus problemas não podem ser resolvidos</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>20 A morte pode mudar as coisas para melhor</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÊNDICE D – SÍNTESE DOS PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS AO ADOECIMENTO EMOCIONAL, IDEAÇÃO SUICIDA GRAVE E FATORES DE PROTEÇÃO EM PESSOAS COM ENVOLVIMENTO ESPÍRITA NO ESTADO DO CEARÁ

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	
Perfil Sociodemográfico	Estado Psíquico
Mulheres Pardos ou brancos Heterossexuais Em união estável Com filhos Elevada escolaridade Ser a principal fonte de renda familiar Renda superior a 4 salários mínimo	Desemprego Doença física Doença de pessoa próxima Luto Drogas lícitas e ilícitas Violência sofrida, perpetrada ou autoinfligida Isolamento social afetando “um pouco”
Assistência Pré-covid19	Assistência no Covid19
Com psiquiatra Com diagnóstico: (2) Psicofármacos para transtorno: (0) ou (1) Psicofármacos para doença Com psicoterapia (+de 1 ano) e com PICs	Com psiquiatra: redução Com diagnóstico: aumento Psicofármacos para transtorno: aumento (2 ou mais)
Crença Espiritual	NEE
Motivos de busca pelo espiritismo <ul style="list-style-type: none"> • Interesse científico e filosófico • Sofrimento mental Casa Espírita <ul style="list-style-type: none"> • Mais de 50% da amostra • Frequência semanal • Mais de 10 anos • Principalmente ESDE e Palestra Pública • Trabalhadores: 2/3 da amostra, principalmente reunião mediúnica Evangelho no lar = Regular Mediunidade autodeclarada = Nada. Crenças espirituais e benefícios do envolvimento espírita = Muito ou completamente	NEE (pré e no covid19): <i>“Baixo” e “muito baixo” bem maiores que “alto” e “muito alto”</i> NEE (no covid19): <i>Aumento para “muito baixo” e redução para “alto” e “muito alto”.</i>
	Dados Emocionais
	Estresse, ansiedade e depressão - moderado à grave Ideação suicida - risco alto ou muito alto Destaque: números elevados de depressão e ideação suicida
BIVARIADA ESTRESSE	
Perfil Sociodemográfico	Estado Psíquico
Adultos jovens (até 34 anos) Solteiros	Crise conjugal Violência sofrida e autoinfligida Autopercepção emocional - ruim/péssima
Assistência Pré-covid19	Assistência no Covid19
3 ou + psicofármacos para transtorno Sem psicoterapia	Com psiquiatra 3 ou + psicofármaco para transtorno Fitoterápicos Sem psicoterapia e sem PICs
Crença Espiritual	NEE

Dados não significativos Autodeclaração espírita e evangélica: menos estresse	<i>NEE baixo (pré e no covid19): mais estresse grave</i>
BIVARIADA ANSIEDADE	
Perfil Sociodemográfico	Estado Psíquico
Mulheres Adultos jovens (até 34 anos) Baixa renda familiar	Alcool e/ou cigarro Drogas ilícitas Violência autoinfligida e cometida Autopercepção emocional: ruim/péssima
Assistência Pré-covid19	Assistência no Covid19
3 ou + psicofármacos para transtorno Sem psicoterapia	Com diagnóstico 3 ou + psicofármacos para transtorno Sem psicoterapia
Crença Espiritual	NEE
Dados não significativos	<i>NEE baixo (pré e no covid19): mais ansiedade grave</i>
BIVARIADA DEPRESSÃO	
Perfil Sociodemográfico	Estado Psíquico
Adultos jovens (até 34 anos) Sem união estável Menor escolaridade	Isolamento social afetando muito/ completamente Autopercepção emocional: regular ou ruim/ péssima
Assistência Pré-covid19	Assistência no Covid19
Com psiquiatra e diagnóstico 3 ou mais psicofármacos para transtorno	Com psiquiatra e diagnóstico Até 2 psicofármacos para transtorno
Crença Espiritual e NEE	
<i>NEE baixo (pré e no covid19): mais depressão grave. NEE inversamente proporcional à depressão grave.</i>	
BIVARIADA IDEACÃO SUICIDA	
Perfil Sociodemográfico	Estado Psíquico
Sem união estável Menor escolaridade Não ser a principal fonte de renda familiar	Desemprego Doença física e de pessoa próxima Crise conjugal Álcool e/ou cigarro
Assistência Pré-covid19	Violência sofrida e autoinfligida
Com psiquiatra e diagnóstico 3 ou mais psicofármacos para transtorno Com psicoterapia e PICs	Isolamento social afetando muito/completamente Autopercepção emocional: regular ou ruim/péssima
Assistência no Covid19	Crença Espiritual e NEE
Com psiquiatra e diagnóstico Até 2 psicofármacos para transtorno Psicofármacos para doenças Com psicoterapia	Autodeclaração católica e espírita <i>NEE baixo (pré e no covid19): mais id. suicida grave. NEE alto/muito alto: aprox. 2 x menor que outros níveis para id. suicida grave.</i>
MULTIVARIADA IDEACÃO SUICIDA	
Perfil Sociodemográfico	Estado Psíquico

Solteiros Menor escolaridade Renda: R\$ 0 a R\$ 2.600 <u>Ser a principal fonte de renda familiar – fator protetor</u>	Desemprego Doença física Crise conjugal Álcool e/ou cigarro Violência sofrida Isolamento social afetando razoável e muito/completamente Autopercepção emocional: regular/ruim/péssima
Crença Espiritual e NEE	Assistência Pré-covid19
Sofrimento mental: motivação para o espiritismo <u>Autodeclaração católica, trabalhador espírita de Palestras Públicas e Atendimento espiritual - fatores protetores</u> <u>NEE (pré-covid19) Regular/alto/muito alto – fator protetor</u>	Com psiquiatra e diagnóstico Psicofármaco para transtorno e doenças Com psicoterapia e PICs
	Assistência no Covid19
	Com psiquiatra e diagnóstico Psicofármacos para transtorno e doenças Com psicoterapia
MULTINOMIAL IDEIAÇÃO SUICIDA	
Perfil Sociodemográfico	Estado Psíquico
Moderado e Grave: Sem união estável <u>Ser a principal fonte de renda - fator protetor</u>	Grave: Desemprego Autopercepção emocional: regular/ruim/péssima
Assistência Pré-covid19	Crença Espiritual e NEE
Moderado e Grave: Com psicoterapia Grave: Psicofármacos para transtorno	Moderado e Grave: Autodeclaração espírita <u>NEE (pré-covid19) Regular/alto/muito alto – fator protetor</u>
<u>MULTINOMIAL (todos os fatores)</u>	
Solteiros => Moderado e Grave Desemprego => Grave Autopercepção emocional regular/ruim/péssima => Grave Com psicoterapia (pré-covid19) => Moderado e Grave Autodeclarados espíritas => Moderado e Grave	
<u>NEE (pré-covid19) Regular/alto/muito alto – fator protetor</u>	
Único fator protetor na análise multinomial de todos os fatores associados à ideação suicida grave	

ANEXO A – DASS-21

DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil

Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0,1,2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0 Não se aplicou de maneira alguma

1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0 1 2 3
9	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0 1 2 3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3

ANEXO B – EMTAS

EMTAS - Versão traduzida e validada para o português do Brasil

Autor: AQUINO, T. A. A.

Instruções

Por favor, leia atentamente as frases abaixo e pensando em você mesmo, indique o quanto concorda ou discorda de cada uma delas. Para isso utilize a escala de resposta abaixo.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo, Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

- 01 _____ Sinto-me feliz a maior parte do tempo.
- 02 _____ Temo a morte porque toda minha atividade mental e espiritual vai cessar.
- 03 _____ Embora as coisas pareçam difíceis às vezes, acho que vale a pena viver.
- 04 _____ Pensar na morte me dá calafrios (me faz tremer).
- 05 _____ Acho que não sou importante para minha família.
- 06 _____ Às vezes sinto que minha família vai estar melhor sem mim.
- 07 _____ Tenho medo da morte por que todos os meus planos se acabarão.
- 08 _____ Gosto de fazer muitas coisas.
- 09 _____ O pensamento de que um dia vou morrer me assusta.
- 10 _____ Não gosto de passar o tempo com minha família.
- 11 _____ Muitos problemas só podem ser resolvidos com a morte.
- 12 _____ Acredito que a morte pode trazer um grande alívio ao sofrimento.
- 13 _____ Eu sou uma pessoa muito esperançosa.
- 14 _____ Em algumas situações é melhor morrer do que continuar vivendo.
- 15 _____ A morte pode ser um estado de repouso e calma.
- 16 _____ Gosto de muitas coisas na vida.
- 17 _____ A morte me assusta mais do que qualquer outra coisa.
- 18 _____ Ninguém me ama de verdade.
- 19 _____ Às vezes sinto que meus problemas não podem ser resolvidos.
- 20 _____ A morte pode mudar as coisas para melhor.