

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA

Efeitos do tratamento espiritual na saúde física e mental de frequentadores de centros
espíritas: estudo longitudinal controlado

RIBEIRÃO PRETO - SP

2023

CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA

Efeitos do tratamento espiritual na saúde física e mental de frequentadores de centros
espíritas: estudo longitudinal controlado

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Ciências Humanas e a
Promoção do Cuidado em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin

RIBEIRÃO PRETO - SP

2023

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

Cunha, Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da

Efeitos do tratamento espiritual na saúde física e mental de frequentadores de centros espíritas: estudo longitudinal controlado. Ribeirão Preto, 2023.

221 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Fabio Scorsolini Comin

1. Saúde mental. 2. Espiritualidade. 3. Religião. 4. Espiritualismo. 5. Kardecismo.

Cunha, Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da

Efeitos do tratamento espiritual na saúde física e mental de frequentadores de centros
espíritas: estudo longitudinal controlado.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Psiquiátrica.

Aprovado em/...../.....

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____



Esta Tese foi produzida como parte das atividades desenvolvidas no *ORÍ* – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade, cadastrado junto ao Diretório de Grupos do CNPq e sediado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde) para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. A divulgação desta pesquisa e dos resultados desta Tese contou com o suporte do Centro de Psicologia da Saúde da EERP-USP, grupo de Cultura e Extensão Universitária também coordenado pelo Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin.

Apoio Financeiro

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) e do Doutorado Interinstitucional (DINTER) entre a UNEMAT e o Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).



Dedicatória

Dedico esta Tese à minha família, em especial ao meu esposo Marcelo, meus filhos Alicia, Isabela e Gustavo, minha mãe Sandra, meus pais Hélio e José Henrique, minha avó Kyoko, além dos meus sogros Bilac e Elizeth, por tanto contribuírem nesta jornada, por todo apoio e rede de apoio, compreensão das minhas ausências e auxílio na motivação para que eu trilhasse com êxito esse percurso de aprimoramento pessoal e profissional.

Agradecimentos

Agradecer a Deus e a Jesus parece ser algo tão corriqueiro, mas nunca ultrapassado, ainda mais em circunstâncias que lhe pedimos tanto auxílio e direcionamento. Obrigada, obrigada e obrigada por guiarem os meus passos e amenizarem as minhas dificuldades.

Ao meu marido, não só dedico como agradeço imensamente por embarcar comigo neste árduo processo, por ter sido tão parceiro nas tarefas de casa nos momentos que mais precisei.

Aos meus filhos, agradeço e peço que no futuro compreendam os momentos necessários de ausência não só durante as viagens, mas em todos os momentos que mesmo estando perto, não podia dar-lhes o tempo que desejavam.

À minha rede de apoio, minha avó Kyoko, meus sogros Bilac e Elizeth e funcionárias Silvia e Rosineia. Como conseguiria chegar até aqui sem vocês? Impossível. Cuidaram da casa, cuidaram das crianças, mantiveram a rotina e supriram o carinho nas minhas ausências.

À minha mãe e padrasto que, mesmo distantes, sempre me apoiaram neste processo e me auxiliaram!

Aos meus amigos, que foram um apoio emocional e de trocas de saberes sempre gratificantes.

Ao Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin, orientador desta Tese, e a todos os amigos do *Orí* – Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sociedade, sediado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, uma grande rede de auxílio mútuo, de aprendizado e de parceria.

Ao servidor Jonas Bodini Alonso, do Centro de Apoio à Pesquisa Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CENAPq – EERP-USP), não somente por toda dedicação às análises estatísticas de um dos estudos, mas também pela paciência e respeito.

Aos colegas do Dinter, em especial às amigas Grasiela, Luana e Pollyanna. Tornaram a jornada mais simples, carinhosa e acolhedora. Obrigada por cada momento que estivemos juntas, presencialmente e virtualmente. Amigas que levarei para a vida.

À minha amiga e parceira Maria Fernanda, que foi meu braço direito na coleta de dados. Amiga, sem você este trabalho não seria tão brilhante! Obrigada!

Aos trabalhadores voluntários da Casa Espírita Rafael Verlangieri e da Associação Espírita Wantuil de Freitas, em especial à Alessandra e Cristina, por tanto carinho e auxílio durante a coleta de dados, e a diretoria de cada centro espírita, que confiou em meu trabalho e apoiou a realização desta pesquisa.

Aos amigos de outros centros espíritas que contribuíram com este trabalho, não somente participando da pesquisa, mas contribuindo com o conhecimento sobre o Espiritismo.

A todos os participantes voluntários dos grupos controle e estudo, minha imensa gratidão pela contribuição com suas informações, sua paciência e comprometimento com a pesquisa.

Aos amigos do Centro Espírita Luz e Caridade pelo apoio emocional e espiritual, carinho e compreensão.

A Universidade do Estado de Mato Grosso - Unemat, que me oportunizou realizar esta qualificação oferecendo auxílios aos docentes do Dinter, sem os quais não seria possível executar todas as atividades.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pelo apoio financeiro concedido para a realização deste trabalho. O suporte fornecido pela CAPES, por meio do Código de Financiamento 001, foi fundamental para viabilizar a pesquisa.

RESUMO

Cunha, C. R. O. B. J. (2023). *Efeitos do tratamento espiritual na saúde física e mental de frequentadores de centros espíritas: estudo longitudinal controlado*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Os elevados índices de estresse, ansiedade, depressão e outras condições de saúde mental têm preocupado as autoridades de saúde devido ao seu crescimento vertiginoso na contemporaneidade. Diante disso, é mister planejar estratégias de enfrentamento e ações de prevenção e de promoção da saúde. A Organização Mundial de Saúde tem sugerido a abrangência do olhar para as possibilidades de interlocução entre profissionais e serviços de saúde com outras fontes de cuidado que a população pode estar inserida, como as instituições religiosas. O espiritismo, terceira maior religião brasileira em número de adeptos, desde sua gênese, possui uma estreita relação com os processos de saúde-doença-cuidado, bem como com os itinerários e recursos de cura. Embora a literatura científica reconheça a importância da dimensão da religiosidade/espiritualidade (R/E) nos desfechos em saúde, ainda são pouco estudados os processos de tratamento espiritual (TE) desenvolvidos no espiritismo. Diante disso, o objetivo geral desta Tese foi analisar os efeitos de tratamentos espirituais na saúde mental de frequentadores de centros espíritas. Para responder esse e outros objetivos específicos, a Tese foi composta por quatro estudos independentes: o Estudo 1 buscou conhecer a frequência e o perfil de frequentadores do TE; o Estudo 2, a partir de uma revisão de escopo, reuniu as evidências científicas disponíveis sobre o passe espírita; o Estudo 3, de caráter misto, buscou conhecer os motivos pela busca do TE e avaliar seus efeitos em 51 frequentadores que compuseram o grupo estudo em comparação com 49 pessoas no grupo controle; e, por fim, o Estudo 4 visou conhecer as possibilidades terapêuticas oferecidas às pessoas que procuram por TE na região centro-oeste brasileira. A revisão de literatura (Estudo 2), evidenciou que o passe espírita parece ter efeitos positivos sobre a saúde dos indivíduos, sendo que os estudos instigam a expansão desse campo de pesquisa. Os Estudos 1 e 3, de caráter empírico, ocorreram em dois centros espíritas da cidade de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil. Os resultados do Estudo 1 revelaram que mais mulheres procuram o TE. Os efeitos positivos do TE, no Estudo 3, deram-se nos construtos bem-estar psicológico, estresse, depressão e religiosidade não organizacional. Os motivos citados para a busca do TE (Estudo 3) foram muito variados, envolvendo problemas de saúde física, mental e espiritual. Os desfechos positivos também foram mencionados pelos participantes nos dados qualitativos, além da prática de um itinerário terapêutico concomitante entre tratamentos biomédicos e espirituais. Por fim, o Estudo 4 corroborou os resultados do Estudo 3, demonstrando a variedade de terapias utilizadas nos centros espíritas com as pessoas que procuram por assistência, além da preocupação, nesses ambientes, que os TE ocorram em consonância com os ofertados pelos equipamentos formais de saúde. O fato do TE pesquisado ser padronizado e descrito na literatura espírita pode contribuir para a construção de evidências mais sólidas no campo da R/E e saúde. Entretanto, sugere-se que estudos vindouros devam ser realizados com amostras maiores e mais homogêneas.

Palavras-chave: Saúde mental; Espiritualidade; Religião; Espiritualismo; Kardecismo.

ABSTRACT

Cunha, C. R. O. B. J. (2023). *Effects of spiritual treatment on the physical and mental health of attendees at spiritist centers: a controlled longitudinal study*. PhD Thesis, Graduate Program Psychiatric Nursing, University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, SP.

The high rates of stress, anxiety, depression, and other mental health conditions have raised concerns among health authorities due to their rapid growth in contemporary times. In light of this, it is essential to plan coping strategies and health promotion and prevention actions. The World Health Organization has suggested the importance of considering the possibility of collaboration between healthcare professionals and services with other sources of care that the population may be involved in, such as religious institutions. Spiritism, the third-largest religion in Brazil in terms of followers, has maintained a close relationship with the processes of health-disease-care, as well as with healing pathways and resources since its inception. While scientific literature recognizes the importance of the dimension of religiosity/spirituality (R/S) in health outcomes, the processes of spiritual treatment (ST) developed within Spiritism have been little studied. Therefore, the general objective of the Thesis was to analyze the effects of spiritual treatments on the mental health of attendees at Spiritist centers. To address this and other specific objectives, the Thesis was composed of four independent studies: Study 1 aimed to understand the frequency and profile of ST attendees; Study 2, through a scoping review, gathered available scientific evidence on spiritual passes; Study 3, of a mixed nature, aimed to understand the reasons for seeking ST and evaluate its effects on 51 attendees who formed the study group compared to 49 individuals in the control group; and finally, Study 4 aimed to understand the therapeutic possibilities offered to people seeking ST in the central-western region of Brazil. The literature review (Study 2) showed that spiritual passes appear to have positive effects on individuals' health, and the studies encourage the expansion of this research field. Studies 1 and 3, empirical in nature, took place in two Spiritist centers in the city of Cuiabá, MT. The results of Study 1 revealed that more women seek ST. The positive effects of ST, in Study 3, were observed in the constructs of psychological well-being, reduced stress, improved depression, and non-organizational religiosity. The reasons cited for seeking ST (Study 3) were quite varied, involving physical, mental, and spiritual health issues. Positive outcomes were also mentioned by participants in the qualitative data, as well as the practice of a concomitant therapeutic path between biomedical and spiritual treatments. Finally, Study 4 corroborated the results of Study 3, demonstrating the variety of therapies used in Spiritist centers by people seeking assistance, as well as the concern in these environments that ST is provided in accordance with the offerings of formal healthcare facilities. The fact that the researched ST is standardized and described in Spiritist literature can contribute to the construction of stronger evidence in the field of R/S and health. However, it is suggested that future studies should be conducted with larger and more homogeneous samples.

Keywords: Mental health; Spirituality; Religion; Spiritism; Kardecism.

RESUMEN

Cunha, C. R. O. B. J. (2023). *Efectos del tratamiento espiritual en la salud física y mental de asistentes a centros espíritas: un estudio longitudinal controlado*. Tesis de Doctorado, Programa de Postgrado en Enfermería Psiquiátrica, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Las altas tasas de estrés, ansiedad, depresión y otras condiciones de salud mental han suscitado preocupaciones entre las autoridades de salud debido a su rápido crecimiento en la época contemporánea. En este sentido, es esencial planificar estrategias de afrontamiento y acciones de promoción y prevención de la salud. La Organización Mundial de la Salud ha sugerido la importancia de considerar la posibilidad de colaboración entre los profesionales de la salud y los servicios con otras fuentes de cuidado en las que la población pueda estar involucrada, como las instituciones religiosas. El espiritismo, la tercera religión más grande de Brasil en cuanto a seguidores, ha mantenido una estrecha relación con los procesos de salud-enfermedad-cuidado, así como con las vías y recursos de curación desde su inicio. Aunque la literatura científica reconoce la importancia de la dimensión de religiosidad/espiritualidad (R/E) en los resultados de salud, los procesos de tratamiento espiritual (TE) desarrollados dentro del espiritismo han sido poco estudiados. Por lo tanto, el objetivo general de la Tesis fue analizar los efectos de los tratamientos espirituales en la salud mental de los asistentes a los centros espíritas. Para abordar este y otros objetivos específicos, la Tesis se compuso de cuatro estudios independientes: el Estudio 1 tuvo como objetivo comprender la frecuencia y el perfil de los asistentes al TE; el Estudio 2, a través de una revisión de alcance, reunió evidencia científica disponible sobre los pases espirituales; el Estudio 3, de naturaleza mixta, tuvo como objetivo comprender las razones para buscar la Terapia Energética (TE) y evaluar sus efectos en 51 participantes que conformaron el grupo de estudio en comparación con 49 individuos en el grupo de control; y, finalmente, el Estudio 4 tuvo como objetivo comprender las posibilidades terapéuticas ofrecidas a las personas que buscan el TE en la región centro-oeste de Brasil. La revisión de la literatura (Estudio 2) mostró que los pases espirituales parecen tener efectos positivos en la salud de las personas, y los estudios fomentan la expansión de este campo de investigación. Los Estudios 1 y 3, de naturaleza empírica, se llevaron a cabo en dos centros espíritas en la ciudad de Cuiabá, MT. Los resultados del Estudio 1 revelaron que más mujeres buscan el TE. Los efectos positivos del TE, en el Estudio 3, se observaron en los constructos de bienestar psicológico, reducción del estrés, mejora de la depresión y religiosidad no organizacional. Las razones citadas para buscar el TE (Estudio 3) fueron muy variadas, involucrando problemas de salud física, mental y espiritual. Los resultados positivos también fueron mencionados por los participantes en los datos cualitativos, al igual que la práctica de un camino terapéutico concomitante entre los tratamientos biomédicos y espirituales. Finalmente, el Estudio 4 corroboró los resultados del Estudio 3, demostrando la variedad de terapias utilizadas en los centros espíritas por las personas que buscan asistencia, así como la preocupación en estos entornos de que el TE se brinde de acuerdo con las ofertas de las instalaciones de atención médica formales. El hecho de que el TE investigado esté estandarizado y descrito en la literatura espírita puede contribuir a la construcción de evidencia más sólida en el campo de R/E y salud. Sin embargo, se sugiere que estudios futuros se realicen con muestras más grandes y homogéneas.

Palabras clave: Salud mental; Espiritualidad; Religión; Espiritismo; Kardecismo.

Lista de Ilustrações

Figura 1 - Quadro com as definições das terapias espíritas.	32
Figura 2 - Quadro de apresentação dos estudos que compõem a Tese demonstrando os objetivos específicos atendidos e síntese do método.	42
Figura 3 - Quadro com o esquema de Tratamento Espiritual proposto para utilização em Centros Espíritas.	44
Figura 4 - Fluxograma de busca, seleção e composição do <i>corpus</i> da revisão de escopo.	67
Figura 5 - Quadro descritivo do tipo de cada desfecho e suas respectivas distribuição, tipo de função, efeito de interação e se é heterocedástico.	100
Figura 6 - Distribuição ajustada desfecho bem-estar psicológico.	101
Figura 7 - Gráfico de interação de grupo e tempo do desfecho bem-estar psicológico. ...	102
Figura 8 - Quadro de códigos, subtemas e temas gerados na análise dos dados.	122
Figura 9 - Representação dos blocos e temas criados.	125

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Perfil dos usuários em iniciaram tratamento espiritual em um Centro Espírita em Cuiabá/MT, entre os anos de 2017 a 2019.	61
Tabela 2 - Identificação religiosa de usuários que iniciaram tratamento espiritual e o número de atendimentos realizados, em um Centro Espírita em Cuiabá/MT, entre os anos de 2017 a 2019.	62
Tabela 3 - Ano de publicação, nacionalidade do primeiro autor, local onde o estudo foi realizado e tipo de estudo das referências incluídas na revisão (n=27).	69
Tabela 4 - Resumo das referências incluídas na revisão de escopo.	71
Tabela 5 - Frequência de dados sociodemográficos por grupo do estudo.	90
Tabela 6 - Motivos de exclusão da pesquisa.	91
Tabela 7 - Informações gerais do Questionário Geral de Saúde (QSG-12) por tempo e grupo.	92
Tabela 8 - Dados da Escala de Satisfação de Vida (ESV) por tempo e grupo.	92
Tabela 9 - Informações gerais do <i>Spirituality Self Rating Scale</i> (SSRS) por tempo e grupo.	93
Tabela 10 - Informações gerais do <i>Duke Religious Index</i> por tempo e grupo.	94
Tabela 11 - Informações gerais da <i>Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form</i> (DASS-21) por tempo e grupo.	95
Tabela 12 - Informações gerais do Questionário de Qualidade de Vida - OMS (WHOQOL-BREF) por tempo e grupo.	96
Tabela 13 - Resumo da pontuação Questões 1 e 2 do Questionário de Qualidade de Vida - OMS (WHOQOL-BREF) por tempo e grupo.	97
Tabela 14 - Estimativas dos efeitos principais grupo e tempo do desfecho bem-estar psicológico.	101
Tabela 15 - Estimativas dos efeitos de interação grupo e tempo do desfecho bem-estar psicológico.	102
Tabela 16 - Estimativas dos valores médias do modelo interação grupo e tempo do desfecho bem-estar psicológico.	103
Tabela 17 - Estimativas dos valores dos parâmetros modelo completo do desfecho bem-estar psicológico.	104
Tabela 18 - Estimativas dos valores dos parâmetros do modelo do desfecho bem-estar psicológico por seleção por stepwise.	104
Tabela 19 - Estimativas dos valores do modelo stepwise dispersão do desfecho bem-estar psicológico.	105
Tabela 20 - Estimativas dos valores de AR do modelo stepwise grupo e tempo do desfecho bem-estar psicológico.	106
Tabela 21 - Modelo final explicativo do desfecho satisfação de vida.....	106
Tabela 22 - Modelo final explicativo do desfecho orientação espiritual.	107
Tabela 23 - Modelo final explicativo do desfecho religiosidade organizacional.	107
Tabela 24 - Modelo final explicativo do desfecho religiosidade não organizacional. ...	108
Tabela 25 - Modelo final explicativo do desfecho religiosidade intrínseca.	108
Tabela 26 - Modelo final explicativo do desfecho estresse.	109
Tabela 27 - Modelo final explicativo do desfecho depressão.	110
Tabela 28 - Modelo final explicativo do desfecho ansiedade.	110
Tabela 29 - Modelo final explicativo dos desfechos qualidade de vida questão 1 e questão 2.	111
Tabela 30 - Modelo final explicativo do desfecho qualidade de vida domínio físico.	111

Tabela 31 - Modelo final explicativo do desfecho qualidade de vida domínio psicológico.	112
Tabela 32 - Modelo final explicativo do desfecho qualidade de vida domínio meio ambiente.	113
Tabela 33 - Modelo final explicativo do desfecho qualidade de vida domínio relações sociais.	113
Tabela 34 - Caracterização dos participantes da pesquisa do estudo 4.	155
Tabela 35 - Motivos citados para a procura em centros espíritas.	155
Tabela 36 - Motivos de saúde física ou mental relatados na busca pelos centros espíritas.	156
Tabela 37 - Terapias espíritas oferecidas no centro espírita para pessoas que buscam por auxílio.	156
Tabela 38 - Encaminhados e indicações aos frequentadores que procuram o centro espírita com queixas de problemas de saúde física e/ou mental.	158
Tabela 39 - Atividades de caridade realizadas pelo centro espírita.	158
Tabela 40 - Recursos complementares às terapias espíritas oferecidos aos frequentadores.	159
Tabela 41 - Recomendações de busca de tratamentos de saúde biomédicos.	159

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIC	Critério de Informação de Akaike Generalizado
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AR	Aumento relativo
BEP	Bem-estar psicológico
BI	Distribuição Binomial
CAPES	Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CE	Centro espírita
CENAPq	Centro de Apoio à Pesquisa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Capacidade Funcional
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COVID-19	Doença por coronavírus 19
DASS	Depression, Anxiety and Stress Scale
DINTER	Doutorado Interinstitucional
DP	Desvio padrão
DPO	Distribuição Poisson Dupla
DSM-4	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (versão de 1994)
DUREL	Duke Religious Index
ECR	Ensaio clínico randomizado
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeira o Preto
ESV	Escala de satisfação de vida
EUA	Estados Unidos da América
FC	Frequência cardíaca
GAMLSS	Generalized Additive Models for Location Scale and Shape
GC	Grupo controle
GE	Grupo espírita
GPE	Grupo passe espírita
GIMSE	Grupo de imposição de mãos sem dimensão espiritual
GIMS	Grupo de simulação com imposição de mãos
H0	Hipótese nula
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IMSE	Imposição de Mãos sem Dimensão Espiritual
IM	Imposição de Mãos
inf2POtr	Distribuição Poisson Truncada inflacionada em 2
inf4POtr	Distribuição Poisson Truncada inflacionada em 4
JBÍ	Instituto Joanna Briggs
M1	Momento 1
M1C	Momento 1 grupo controle
M1E	Momento 1 grupo estudo
M2	Momento 2
M2C	Momento 2 grupo controle
M2E	Momento 2 grupo estudo
MA	Magnetismo animal
MS	Ministério da Saúde
NBItr	Distribuição Binomial Negativa Truncada
NIH US	National Institutes of Health USA

NOtr	Distribuição Normal truncada
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	<i>Odds ratio</i> ou Razão de chance
OSF	Open science framework
PE	Passé espírita
PIC	Práticas integrativas e complementares
QSG	Questionário de saúde geral
R/E	Religiosidade e espiritualidade
RI	Religiosidade intrínseca
RNO	Religiosidade não organizacional
RO	Religiosidade organizacional
SE	Standard error
SM	Saúde mental
SN2	Distribuição Normal Assimétrica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSRS	<i>Spirituality Self Rating Scale</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Tratamento espiritual
TEC	Terapias espíritas complementares
TRV	Teste da Razão de Verossimilhanças
UNEMAT	Universidade do Estado de Mato Grosso
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WEI	Distribuição Weibull
WEI3	Distribuição Weibull tipo III
WHOQOL	Questionário de qualidade de vida da OMS
WHOQOL-BREF	Questionário abreviado de qualidade de vida da OMS
ZINBI	Distribuição Binomial Negativa tipo I inflacionada de Zeros

SUMÁRIO

1. Apresentação	19
2. Introdução	21
2.1. Refletindo sobre terminologias e posicionamentos epistemológicos	23
2.2. Por que considerar a R/E no campo da saúde?	26
2.3. Espiritismo e os processos de saúde-doença-cuidado	29
2.4. Práticas espíritas e a conexão com outras culturas e conceitos	33
3. Justificativa	36
4. Objetivos	39
4.1. Objetivo Geral	40
4.2. Objetivos Específicos	40
5. Método	41
5.1. Estudo 1	43
5.1.1. Contexto	43
5.1.2. Procedimento de coleta e análise de dados	45
5.2. Estudo 2	46
5.2.1. Contexto	46
5.2.2. Procedimento de coleta e análise de dados	47
5.3. Estudo 3	48
5.3.1. Locais de coleta de dados	49
5.3.2. Participantes	50
5.3.3. Instrumentos	50
5.3.4. Procedimentos de coleta de dados	52
5.3.5. Composição do <i>corpus</i> e procedimentos de análise dos dados	53
5.3.5.1. Dados quantitativos	53
5.3.5.2. Dados qualitativos	56
5.4. Estudo 4	57
5.4.1. Contexto	57
5.4.2. Procedimentos de coleta e análise de dados	57
5.5. Considerações Éticas	58
6. Resultados e Discussão	59
6.1. Resultados e Discussão – Estudo 1	60
6.1.1. Resultados – Estudo 1	60
6.1.2. Discussão – Estudo 1	62
6.2. Resultados e Discussão – Estudo 2	67
6.2.1. Resultados – Estudo 2	67
6.2.1.1. PE como um tratamento espírita único	77
6.2.1.2. PE como prática terapêutica associada a outros tratamentos espíritas	79
6.2.1.2.1. Estudos com intervenções em hospitais	79
6.2.1.2.2. Intervenções em Centros Espíritas	80
6.2.2. Discussão – Estudo 2	83
6.3. Resultados e Discussão – Estudo 3	89
6.3.1. Resultados quantitativos – Estudo 3	89
6.3.1.1. Análises de Regressão – Estudo 3	97
6.3.1.2. Discussão dos resultados quantitativos	114
6.3.2. Resultados qualitativos – Estudo 3	122
6.3.2.1. Motivos e expectativas para a busca do tratamento espiritual	125
6.3.2.1.1. Tema 1: Busca por auxílio em cenários diversos	125
6.3.2.1.2. Tema 2: Motivos que o levaram ao tratamento espiritual	127

6.3.2.1.3 Tema 3: Expectativas com o tratamento espiritual	131
6.3.2.2 Efeitos do Tratamento espiritual	134
6.3.2.2.1 Tema 4: Efeitos positivos e Repercussões	134
6.3.2.2.2 Tema 5: Efeitos negativos	141
6.3.2.2.3 Tema 6: Seguimento pós TE	142
6.3.2.2.4 Tema 7: Resignificação e racionalidade	143
6.3.2.3 Discussão dos resultados qualitativos – Estudo 3	146
6.4 Resultado e Discussão – Estudo 4	154
6.4.1 Resultados – Estudo 4	154
6.4.2 Discussão – Estudo 4	160
7. Conclusão	164
Referências	171
Apêndices	192
Apêndice A – Questionário Sociodemográfico (Estudo 3)	193
Apêndice B – Roteiros semiestruturados de Entrevistas (Estudo 3)	194
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido 1 – Grupo Estudo (Estudo 3)	195
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido 2 – Grupo Controle (Estudo 3)	197
Apêndice E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido 2 (Estudo 4)	199
Apêndice F – Questionário para dirigentes de centros espíritas (Estudo 4)	201
Anexos	209
Anexo 1 – Questionário Geral de Saúde (QSG-12)	210
Anexo 2 – Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21)	211
Anexo 3 – Escala de Satisfação de Vida	212
Anexo 4 – Spirituality Self Rating Scale – SSRS	213
Anexo 5 – <i>Duke Religious Index</i> (DUREL)	214
Anexo 6 – WHOQOL-BREF (Questionário de Qualidade de Vida - OMS versão reduzida)	215
Anexo 7 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (última versão)	219

1. Apresentação

Esta Tese está inserida na linha de pesquisa de Ciências Humanas e a Promoção do Cuidado em Saúde do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). A Tese é apresentada em quatro estudos independentes referentes ao tratamento espiritual realizado em centros espíritas do estado de Mato Grosso, Brasil.

Para compreender as motivações que me levaram a esta pesquisa farei algumas considerações. Embora graduada em Nutrição, com uma dissertação do Mestrado na perspectiva da formação inicial, a trajetória profissional atualmente como docente do curso de Medicina da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) me afastou um pouco das especificidades da profissão, ampliando minha perspectiva de visão nas ciências da saúde. Concomitante a isso, na vida pessoal, por motivos diversos, conheci o espiritismo. Atualmente adepta da religião, e também grande apaixonada pela pesquisa científica, considereei a possibilidade de agregar a ciência e a vivência no Espiritismo para contribuir em ambos os campos.

A possibilidade de ingressar no Doutorado Interinstitucional da UNEMAT com o Programa de Pós-graduação Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo permitiu que eu concretizasse a pesquisa nessa área. Constatei, desde o início da proposta, que o método do tratamento espiritual estudado não era amplamente descrito na literatura científica, estando, raras vezes, mencionado na literatura cinzenta. Entretanto, faz parte do cotidiano das pessoas praticantes desta religião, e está fortemente presente nesse cenário de saúde-doença-cuidado.

Ao longo deste processo de doutoramento, pude ampliar imensamente meus conhecimentos sobre a religiosidade e espiritualidade, bem como das terapias religiosas e espirituais existentes nos diversos contextos, não só no Brasil, mas também de diversos países do mundo. De posse dos resultados desta Tese, a meta é contribuir, mesmo que de forma tímida, para ampliar os conhecimentos científicos acerca do tratamento espiritual por corrente magnética realizado em centros espíritas.

2. Introdução

A antropologia apresenta uma contribuição relevante para a construção de um novo paradigma de saúde-doença-cuidado que ultrapasse a fragmentação e o foco exclusivo na doença. Em consonância com os grandes avanços da ciência biomédica, temos também o avanço do pensamento de um modelo que não é estritamente biológico e individual, mas que abarca também os processos sociais, coletivos e culturais. Cientes disso, acolher que a biomedicina não é o único sistema de saúde de referência é essencial (Langdon, 2014).

Embora a biomedicina ainda seja o sistema dominante que orienta o processo saúde-doença-cuidado, existem diversos outros sistemas ou outras práticas terapêuticas operando concomitantemente no Brasil (Laplantine, 2004; Langdon; Wiik, 2010; Montero, 1985) e em diversos outros países (principalmente nos países em desenvolvimento), sendo vários deles ligados a movimentos religiosos e práticas de curandeirismo ou medicina tradicional (Montero, 1985; Gureje *et al.*, 2015). Em suma, esses movimentos reconhecem a insuficiência do paradigma biomédico tanto para explicar um processo de adoecimento, por exemplo, como para acompanhar o itinerário terapêutico de pacientes/clientes.

Desta forma, ao analisar o sistema cultural de saúde existente no Brasil, destaca-se que a busca etiológica ou ainda dos possíveis tratamentos ultrapassa o sistema biomédico, incluindo nesse repertório a busca por especialistas não reconhecidos pela biomedicina, tais como benzedeiros, curandeiros, pais de santo, pastores, dentre outros. Além disso, diversas religiões denominam-se realizadoras de práticas de cura, entre elas as igrejas pentecostais, neopentecostais, espiritismo, umbanda, entre outras (Meneses, 2000; Cerqueira-Santos; Koller; Pereira, 2004; Silva; Scorsolini-Comin, 2020). Esse sistema que permite a porosidade entre esses modelos explicativos faz parte do contexto social e cultural brasileiro, de modo que a participação das religiosidades/espiritualidades nos processos de saúde-doença-cuidado mostra-se uma realidade (Langdon; Wilk, 2010; Melo; Cabral; Santos Júnior, 2009; Silva; Scorsolini-Comin, 2020).

Tomando por referência os saberes etnopsicológicos, por exemplo, é impossível construir uma prática profissional de cuidado dissociada das etnoteorias de cada povo e de cada comunidade. Nessa perspectiva, portanto, opera-se o reconhecimento não de um sujeito fragmentado, como descrito no modelo biomédico, mas de um ser integrado, o que envolve a consideração, por exemplo, de suas religiosidades/espiritualidades e ancestralidades (Scorsolini-Comin, 2023).

Para além dos sistemas de saúde existentes, a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde formais, biomédicos, principalmente em países de baixa renda, aumenta a procura por cuidados de saúde como os populares, baseados em curandeirismo e os promovidos por instituições religiosas, por exemplo (Gureje *et al.*, 2015). Para se ter uma ideia, no que se refere à saúde mental, mais de 70% das pessoas com transtornos mentais graves não recebem tratamento em países de baixa e média renda (World Health Organization, 2013; 2021).

Associados às dificuldades sociais existentes, os elevados índices de estresse, ansiedade, depressão e outras condições de saúde mental têm preocupado as autoridades de saúde devido seu crescimento vertiginoso na contemporaneidade. Diante disso, é mister planejar estratégias de enfrentamento, de prevenção e de promoção de saúde. A Organização Mundial de Saúde tem sugerido a abrangência do olhar para as possibilidades de interlocução entre profissionais e serviços de saúde, com outras fontes de cuidado que a população pode estar inserida. Entre essas, situamos o contexto de instituições religiosas e/ou culturais (World Health Organization, 2021).

2.1 Refletindo sobre terminologias e posicionamentos epistemológicos

Em termos conceituais, é importante delimitar, desde o início, o modo como as terminologias religião, religiosidade e espiritualidade serão abordadas nesta Tese. Atualizações sobre esses conceitos afirmam que a religião, além de envolver crenças práticas relacionadas ao transcendente, é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para facilitar a proximidade com o sagrado ou com o transcendente (Deus, poder superior ou verdade/realidade suprema). Ainda, envolve a prática de comportamentos ou rituais realizados em ambientes públicos ou privados, mas que, de alguma forma, derivam de tradições estabelecidas. Envolve, ainda, o entendimento do relacionamento e da responsabilidade de alguém com os outros na convivência em uma comunidade (Koenig; King; Carson, 2012; Koenig; Al-Zaben; Vanderweele, 2020).

A religiosidade, por sua vez, considera o modo como as crenças e as práticas religiosas são importantes na vida de uma pessoa e, conceitualmente, está intimamente conectada com a religião (Koenig; King; Carson, 2012; Koenig; Al-Zaben; Vanderweele, 2020). Um segundo sentido sobre religiosidade é que esta pode se manifestar de diferentes maneiras, sendo mais intensa ou mesmo distanciada em termos da participação em ritos

institucionais, por exemplo. Assim, abre-se a possibilidade de vivências de religiosidade de formas mais institucionalizadas e coletivas, até mesmo expressões individuais e sem vínculos institucionais (Cunha; Rossato; Scorsolini-Comin, 2021).

A espiritualidade tem sido um termo bastante evocado nas ciências da saúde. Para os autores Puchalski, King e Ferrel (2018), a espiritualidade é definida como uma maneira pela qual as pessoas encontram significado e propósito e como vivenciam sua conexão consigo mesmas, com os outros e com o significativo ou sagrado. A espiritualidade é vista como uma característica humana universal, a relação de alguém com o transcendente. Para Koenig, King e Carson (2012), significado e propósito de vida não fazem parte do conceito de espiritualidade, sendo este, portanto, compreendido pela busca pessoal pelo transcendente, mas também a descoberta do transcendente. Ou seja, o percurso que envolve a busca, a descoberta e a devoção ao transcendente pode ser compreendido como espiritualidade. Dessa forma, há uma nítida sobreposição dos conceitos de espiritualidade e religiosidade, motivo pelo qual tem-se utilizado, em diversas publicações, o termo combinado religiosidade/espiritualidade (R/E) (Koenig; King; Carson, 2012), tradição essa seguida pelo *ORÍ* – Laboratório de Pesquisas em Psicologia, Saúde e Sociedade, cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq e sediado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Cunha; Feliciano; Scorsolini-Comin, 2023; Cunha; Rossato; Scorsolini-Comin, 2021; Scorsolini-Comin, 2023; Silva; Scorsolini-Comin, 2020).

Nessa perspectiva de posicionamentos conceituais, é preciso considerar que a distinção entre os conceitos se torna uma preocupação mais acadêmica e científica, diferentemente do que é visto na prática da população em geral, pois a maioria das pessoas se define como religiosa e espiritual (Zinnbauer; Pargament, 2005), e até mesmo profissionais da saúde relatam que a diferenciação desses conceitos não é relevante para suas vidas ou prática profissional (Cunha *et al.*, 2020; Cunha *et al.*, 2023). O que se espera, muitas vezes, é uma atitude de acolhimento e amparo no momento do tratamento, não sendo relevante a precisão terminológica adotada (Cunha *et al.*, 2021).

A apresentação combinada, ou seja, religiosidade/espiritualidade (R/E), coaduna com a sua utilização nas pesquisas que envolvem os processos de saúde-doença-cuidado, visto que o objetivo das pesquisas não é separar esses conceitos, mas, sim, de compreender como ambos, espiritualidade e religiosidade, contribuem para desfechos ou processos de prevenção de adoecimento dos indivíduos. Dessa forma, uma definição isolada iria limitar a perspectiva e interesse dos estudos, já que religiosidade e

espiritualidade possuem uma sobreposição inevitável, com inclinações muito próximas (Koenig, King; Carson, 2012; Cunha; Scorsolini-Comin, 2019a; Cunha *et al.*, 2020). Amparados nessa literatura e considerando que o foco desta Tese está nos processos de saúde-doença-cuidado e em seus desfechos, empregaremos a nomenclatura combinada, R/E.

Para que possamos avaliar a R/E em nosso estudo, faz-se importante que situemos os leitores sobre os construtos a serem avaliados nesta Tese. A religiosidade pode ser avaliada de forma compartimentada, envolvendo a chamada religiosidade organizacional, a religiosidade não organizacional e a religiosidade intrínseca. A religiosidade organizacional é a frequência em ambientes religiosos, cultos, igrejas, templos e outros. Já a religiosidade não organizacional envolve a avaliação da frequência de atividades religiosas individuais, como preces, rezas e congêneres. E a religiosidade intrínseca diz respeito à importância das crenças ou experiências religiosas para o indivíduo (Koenig; Parkerson; Meador, 1997). Já a orientação espiritual reflete se a pessoa considera importante a sua dimensão espiritual e se a utiliza em sua vida (Gonçalves; Pillon, 2009).

Para associar a religiosidade e a orientação espiritual à saúde mental, dentre uma variedade de construtos de saúde mental temos o bem-estar psicológico. Este pode ser definido como sendo de caráter multidimensional, refletindo características relativas ao funcionamento psicológico positivo ou ótimo. Envolve características de autoaceitação, relações positivas com outras pessoas, autonomia, domínio sobre o ambiente para satisfazer necessidades pessoais, propósito de vida e crescimento pessoal (Machado; Bandeira, 2012). Outro construto a ser considerado na saúde mental é a satisfação de vida, dimensão associada ao bem-estar subjetivo. A satisfação de vida pode ser considerada a satisfação global com a vida e refere-se a um processo cognitivo de julgamento. Esse julgamento de satisfação depende da comparação das circunstâncias e do padrão que cada indivíduo estabelece para si mesmo e não é imposto externamente (Diener *et al.*, 1985; Scorsolini-Comin; Santos, 2010).

Para além das medidas de bem-estar psicológico e de satisfação de vida, nesta Tese utilizaremos, ainda, o rastreamento de sintomas de estresse, ansiedade e depressão. O estresse é uma reação complexa e de componentes globais que ameaçam a homeostase do corpo e envolve aspectos fisiológicos, psicológicos, mentais e hormonais que se desenvolve em estágios. A ansiedade está associada à hiperestimulação fisiológica e ao estresse resultante da tensão persistente, irritabilidade e baixo limiar de frustração ou

perturbação. Já a depressão é caracterizada por baixo afeto positivo, desesperança, baixa autoestima e baixo encorajamento (Apóstolo, 2010; Vignola; Tucci, 2014).

Por fim, outro construto aqui elencado é o da qualidade de vida. É definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL) como as percepções dos indivíduos sobre sua vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Essa definição reflete a visão de que qualidade de vida se refere a uma avaliação subjetiva que está inserida em um contexto cultural, social e ambiental (The Whoqol Group, 1998).

2.2 Por que considerar a R/E no campo da saúde?

O Brasil é um país culturalmente marcado pela presença de diferentes povos e tradições, desde os povos originários até colonizadores, como portugueses, e africanos que aqui se estabeleceram a partir de um longo processo de escravização, em um cenário composto pela passagem de uma sociedade rural e escravagista para uma sociedade urbano-industrial. Essa característica refletiu em diversas práticas presentes em nossa sociedade, entre elas a busca por cuidados em saúde considerados populares (Laplantine, 1994), aspecto particularmente tensionado na presente Tese.

A busca pela resolução de problemas de saúde pode compor planos, estratégias e caminhos diversos. A compreensão, interpretação e articulação entre os diversos percursos que podem coexistir é um campo de pesquisa aberto e multifacetado (Rabelo *et al.*, 1999). Além disso, no Brasil, temos vários sistemas de atenção à saúde operando simultaneamente, representando a diversidade dos grupos e culturas presentes na sociedade. Portanto, compreender esse processo de busca concomitante de sistemas de saúde diversos é essencial para as ciências sociais e da saúde (Langdon; Wiik, 2010; Laplantine, 2004).

Há uma diversidade de conceitos que tentam explicar os processos de saúde e doença vivenciados pelos sujeitos na sociedade (Laplantine, 2004; Menéndez, 2009). De modo geral, as pesquisas etnográficas e antropológicas tentam explicar como se opera a articulação de diferentes modelos de atenção à saúde combinados com noções de saúde e de doença socioculturais que, *a priori*, poderiam ser considerados antagonistas. No entanto, segundo o conceito de autoatenção, proposto por Menéndez (2009), as concepções e práticas de saúde e doença são construídas e reconstruídas em um processo contínuo, centrados na autonomia e criatividade da coletividade e sua sociedade. Diante disso, o

conceito de autoatenção refere-se aos saberes que indivíduos e coletividades utilizam de forma intencional aos processos de saúde e doença, com o objetivo de explicar, diagnosticar, controlar, aliviar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde (Menéndez, 2009; Langdon, 2014; Dias-Scopel; Langdon, 2017).

Aliado a isso, o caminho da busca da cura ou de tratamentos em casos específicos de doenças, ou seja, a práxis do itinerário terapêutico, demonstraram que vários fatores interferem na escolha das terapias, não apenas as noções etiológicas (Langdon, 2014). O termo itinerário terapêutico é aqui utilizado com base no conceito de Gerhardt (2006), que significa as práticas individuais e socioculturais em busca de cuidados terapêuticos, além dos caminhos vivenciados por indivíduos na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde.

Para além dos conceitos que envolvem os aspectos culturais atrelados ao processo saúde-doença-cuidado, temos que considerar que pesquisas afirmam que pelo menos 90% da população mundial está atualmente envolvida, de alguma forma, em práticas religiosas ou espirituais (Koenig; King; Carson, 2012; Moreira-Almeida; Koenig; Lucchetti, 2014). O Brasil, por exemplo, é considerado um país predominantemente religioso, em que o último Censo Demográfico Nacional publicizado evidenciou que 92% da população possui alguma religião (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012). Em pesquisa nacional mais recente, revelou que 87,6% dos respondentes tinham alguma afiliação religiosa (Peres *et al.*, 2018), o que torna lícita a consideração dessa dimensão no itinerário terapêutico. Consonante a isso, a utilização da R/E pode ser considerada essencial nos contextos de saúde, uma vez que construir mecanismos de resiliência e de proteção para enfrentar situações difíceis pode influenciar no bem-estar, na qualidade de vida e nas percepções dos sujeitos (Cunha *et al.*, 2021).

Existem evidências consistentes de que R/E desempenha um papel importante em vários aspectos da vida, especialmente na saúde mental. Revisões de literatura recentes sumarizam evidências da importância da R/E na saúde mental (Koenig; Al-Zaben; Vanderweele, 2020; Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021). Muitos estudos se propõem a investigar de que modo a R/E pode repercutir nos níveis de ansiedade e depressão. A conclusão mais presente nos estudos, em geral, é que níveis mais elevados de R/E geralmente estão associados a sintomas depressivos mais baixos (Miller *et al.*, 2014; Koenig; Al-Zaben; Vanderweele, 2020; Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021), como, por exemplo, a correlação entre frequência religiosa e um risco menor de depressão (Balbuena; Baetz; Bowen, 2013; Mosqueiro *et al.*, 2021). Contudo, há necessidade de

mais estudos que examinem o efeito da R/E na remissão do transtorno depressivo (Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021).

Com relação à ansiedade, os resultados são diversos, demonstrando relações positivas e negativas. Embora estudos tenham encontrado uma relação entre níveis mais baixos de ansiedade e R/E (Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021; Koenig, 2012), alguns afirmam que a ansiedade pode ser um agente motivador para práticas religiosas em busca de conforto e paz (Koenig; Al-Zaben; Vanderweele, 2020). Um estudo de seguimento de adolescentes revelou piora da ansiedade naqueles que mantiveram uma frequência religiosa regular (Peterman; Labelle; Steinberg, 2014), e outro estudo longitudinal em adultos não encontrou efeitos na ansiedade após dez anos de acompanhamento (Rasic *et al.*, 2011).

Os estudos que objetivaram avaliar o desfecho pensamento e/ou tentativa de suicídio são mais homogêneos em afirmar que o envolvimento religioso é inversamente proporcional ao suicídio. Inclusive, um importante estudo realizado nos Estados Unidos constatou que 40% do aumento da taxa de suicídio entre 1999 a 2014 pode ser atribuído ao declínio da frequência religiosa durante o mesmo período (Vanderweele; Li; Kawachi, 2017). Os estudos que avaliaram o uso de substâncias (álcool e drogas) têm resultados homogêneos e unânimes em apontar uma relação positiva com a R/E (Koenig, 2012; Kelly *et al.*, 2017). Outros desfechos de saúde mental como transtorno bipolar e transtorno de estresse pós-traumático também apresentam relações positivas com a R/E, inclusive com amostras durante a pandemia da COVID-19 (Stroppa *et al.*, 2018; Prieto-Ursúa; Jódar, 2020).

É necessário enfatizar as relações da R/E na saúde mental positiva. A revisão de Koenig (2012) já demonstrava que estudos publicados até 2010 relataram maior estabilidade familiar em pessoas mais religiosas. Estudos mais recentes revelaram que enfermeiras que frequentavam serviços religiosos mais de uma vez por semana eram menos propensas a se divorciar ou separar (Li; Kubzansky; Vanderweele, 2018; Koenig; Al-Zaben; Vanderweele, 2020). Além disso, outros estudos demonstraram que a frequência à atividade religiosa passa para futuras gerações e prevê uma maior religiosidade na adolescência (Spilman *et al.*, 2013; Koenig; Al-Zaben; Vanderweele, 2020). O bem-estar psicológico e o suporte social também têm sido investigados com relação à R/E, com demonstrações de efeitos positivos nesses construtos de saúde mental (Koenig; Al-Zaben; Vanderweele, 2020; Semplonius; Good; Willoughby, 2015; Chen; Vanderweele, 2018) e maior bem-estar geral (Zarzycka; Puchalska-Wasył, 2019). Outro

estudo realizado com pacientes acometidos por problemas crônicos de saúde demonstra a importância da R/E, sendo que essa dimensão esteve associada com a qualidade de vida na maioria de seus domínios, independentemente de outros fatores envolvidos (Rocha; Fleck, 2011).

Diante do aumento dos estudos nesta temática, evidências têm sido recuperadas por diferentes órgãos profissionais a fim de balizar um cuidado que possa, de fato, considerar a dimensão da R/E em todos os vértices do cuidar. A consideração e a avaliação da orientação espiritual tem se tornado uma indicação de organizações, como por exemplo, American College of Physicians, American Medical Association, American Nurses Association (Moreira-Almeida, Koenig e Lucchetti, 2014), e, mais recentemente, pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (Précoma *et al.*, 2019). Destaca-se que as práticas religiosas-espirituais podem desempenhar um papel importante nos desfechos em saúde.

Dentre essas práticas, as realizadas em equipamentos populares de cuidado, como centros espíritas, terreiros e demais espaços podem ser enquadradas como especialmente importantes para determinadas camadas sociais, considerando também o cenário de desigualdade brasileiro, as características religiosas da população e as tradições que envolvem a busca desses espaços para tratamentos de saúde (Silva; Scorsolini-Comin, 2020; Augras, 2012). Esta Tese possui como cenário as práticas religiosas-espirituais de cura realizadas no contexto do espiritismo. A seguir, essa religião será apresentada, destacando suas associações com o contexto de cuidado em saúde.

2.3 Espiritismo e os processos de saúde-doença-cuidado

O espiritismo, diferentemente de outras religiões espiritualistas, não está assentado na tradição oral, mas em livros que apresentam os códigos dessa religião, conhecida por seus adeptos como doutrina. O primeiro livro publicado sobre essa doutrina data de 1857, na França, por um dos seus maiores expoentes, Allan Kardec. No Brasil, um dos precursores foi Teles de Menezes, na Bahia. Em 1866, com a finalidade de disseminar a doutrina espírita, publica o livro *Filosofia Espiritualista*, que continha traduções do *O Livro dos Espíritos*. O espiritismo difundiu-se rapidamente no Brasil, tendo hoje uma enorme importância pelas ideias disseminadas e que fazem parte da cultura e do cotidiano brasileiro (Aubrée; Laplantine, 2009; Almeida; Gomes; Pimentel, 2020).

O espiritismo é definido como uma ciência que lida com a natureza, origem e destino dos Espíritos, bem como seus relacionamentos com o mundo corporal (Lucchetti *et al.*, 2012a; Saad *et al.*, 2015). Segundo Pires (1993), Kardec iniciou com a pesquisa científica, originando-se desta a chamada Ciência Espírita. A partir disto, desenvolveu a interpretação dos resultados da pesquisa, resultando na Filosofia Espírita; em seguida, diante das conclusões morais da concepção filosófica, levaram espontaneamente à Doutrina Espírita. É por isso que o espiritismo se apresenta como doutrina baseada na ciência, na filosofia e na religião (Pires, 1993; Suzuki; Scorsolini-Comin, 2021). Além de conter grande influência da história de vida de Denizard Hippolyte Léon Rivail (nome original de Allan Kardec) devido sua formação estudantil ter sido feita com Jean-Henri Pestalozzi que, por sua vez, tinha grande influência de Jean-Jacques Rousseau não somente nos conhecimentos sobre educação e filosofia, mas também sobre os ideais de tolerância, fraternidade e universalidade (Aubrée; Laplantine, 2009).

Desde a sua gênese, esta doutrina possui uma estreita relação com os processos de saúde e doença, bem como com os itinerários e recursos de cura (Aubrée; Laplantine, 2009), sendo alguns destes indissociáveis à magnetização. Durante a Era do Iluminismo, no final de 1700, cientistas da Europa e América estudaram a ação da eletricidade e magnetismo. O médico austríaco Franz Anton Mesmer (1734-1815), criador do Magnetismo Animal (MA), afirmou que, com o magnetismo humano, ele poderia transmitir uma força de cura magnética através de suas mãos a vários centímetros da superfície do paciente nas chamadas passagens mesméricas. Suas práticas foram difundidas e utilizadas para tratamentos individuais e em grupo. Em 1826, a Academia Francesa de Medicina voltou a reconsiderar o MA, através da demonstração de anestesia mesmérica, realizada pelos próprios cientistas. Posteriormente, publicaram o relatório que julgou o fenômeno do MA como real. Contudo, apesar desses resultados, a prática do mesmerismo desapareceu rapidamente na América e Europa após a demonstração bem-sucedida de anestesia química com éter em 1854 (Leskowitz, 2019).

E é na perspectiva dos princípios do MA que está atrelada a metodologia da corrente magnética como terapia espírita, método base do estudo desta Tese. Com base nos princípios do MA, acredita-se que um maior número de pessoas unidas, formando uma corrente, podem intensificar o magnetismo, e desta forma, contribuir de forma mais intensa nos processos de desobsessão e cura pronunciados por esta doutrina. Este tipo de terapia está citado por Allan Kardec em suas obras e também foi mencionado por expoentes como Léon Denis (Sociedade de Divulgação Espírita Auta de Souza, 2012). A

obra clássica mais importante da Doutrina Espírita, o Livro dos Espíritos (Kardec, 2013), menciona a importância do magnetismo, associando-o à ciência e a um conhecimento que poderia ser mensurado e avaliado pelo ser humano.

Observa-se, portanto, que o esclarecimento dos fenômenos não somente espirituais, mas da natureza humana fazem parte do contexto do espiritismo desde a sua gênese. Aubrée e Laplantine, antropólogos franceses, são exemplos de cientistas que dispenderam décadas de suas vidas profissionais para estudar a doutrina espírita em todos os seus contextos, culminado com a publicação do livro “*La table, le livre et les esprits*” em 1990, e traduzido para língua portuguesa em 2009 (Aubrée; Laplantine, 2009). Os fenômenos de curas, principalmente as cirurgias espirituais, foram objeto de estudo do antropólogo americano Sidney M. Greenfield por mais de 20 anos, que documentou as cirurgias e curas espirituais em diversos locais do Brasil e em outros países (Greenfield, 2008), assim como vários outros cientistas brasileiros ou estrangeiros.

Segundo o espiritismo, em que pese o tema de causas das doenças, sejam elas físicas, mentais ou espirituais, em sua literatura doutrinária, as concepções estabelecidas podem basicamente, em caráter reducionista, ser estruturada sob dois eixos: 1. A doença como resultado (reação) de situações ocorridas em vidas passadas, e necessária ao espírito como parte da sua evolução espiritual; 2. A doença como produto da interferência de espíritos inferiores que dominam indivíduos vulneráveis à influência desses espíritos, denominada de obsessão (Camurça, 2016).

E como resolução dessas doenças, há uma série de recursos terapêuticos, denominados por alguns autores de terapia complementar espírita, que são por eles utilizados. A Figura 1, a seguir, sumariza as terapias e suas definições com o objetivo de facilitar a compreensão de todos os leitores desta Tese.

Figura 1 - Quadro com as principais definições das terapias espíritas.

Terapia espírita	Definição
Passe	Transusão de energias físico-psíquicas pela imposição de mãos.
Água fluidificada	Água magnetizada pela oração e imposição de mãos.
Esclarecimento espírita	Ensinamentos com base no Evangelho e livros doutrinários psicografados.
Prece ou oração	Prática da oração.
Postura cristã	Vivência com base em princípios de caridade, bondade, amor.
Desobsessão	Terapia de liberação de um mau espírito (obsessor).
Reforma íntima	Princípio de análise das ações diárias com propósitos de melhoria da postura cristã.
Culto do evangelho no lar	Prática da oração no lar com base no Evangelho realizado em família.
Vibração	Comunhão de intenções e preces dirigidas ao bem ou a alguém.
Doutrinação	Método de desobsessão em que ocorre um diálogo entre a equipe mediúnica com o obsessor por meio de outro médium, incentivando-o a desistir de seu objetivo importunador.
Corrente magnética	Método de desobsessão coletiva em que vários médiuns foram uma espécie de corrente, unidos pelas mãos, com o objetivo de intensificar a atração aos espíritos obsessores.
Cirurgia espiritual	Método de tratamento espiritual, que diferentemente do conceito biomédico, não utiliza meios físicos, como cortes e suturas, para o tratamento a ser realizado.
Consulta mediúnica	Diálogo com o espírito incorporado em um médium.

Fonte: Lucchetti *et al.*, 2011; Sociedade de Divulgação Espírita Auta de Souza, 2012; Lucchetti *et al.*, 2015a; Silva; Scorsolini-Comin, 2020.

Além disso, é comum que diferentes tratamentos e itinerários terapêuticos sejam sugeridos e empregados como expressões dessa religiosidade no atendimento aos seus adeptos e, em diversas situações, são apontados que os frequentadores procuraram atendimento médico formal antes de recorrer às terapias espíritas (Aubrée; Laplantine, 2009; Lynch, 1996; Lucchetti *et al.*, 2015b).

Tratando-se mais especificamente de estudos com a utilização das chamadas “terapias espíritas”, estudos sugerem que o passe espírita se mostrou eficaz, reduzindo o nível de ansiedade e percepção da tensão muscular, conseqüentemente melhorando a saturação periférica de oxihemoglobina e a sensação de bem-estar em comparação com simulação e/ou nenhuma intervenção em pacientes cardiovasculares (Carneiro *et al.*, 2017). Além disso, o passe parece ser eficaz no aumento da atividade vagal cardíaca e

regulação das respostas imunes de uma amostra de funcionários de um hospital público com estresse e ansiedade (Carneiro *et al.*, 2020).

Ainda sobre o uso do passe, um estudo aleatorizado, controlado e triplo-cego avaliou essa prática comparada com a imposição de mãos sem componente espiritual e controle em um grupo de pessoas com osteoartrite de joelho. Após o seguimento, identificou melhora do status de capacidade funcional e de níveis de ansiedade. Os pesquisadores sugerem que o passe pode promover melhores resultados funcionais a longo prazo do que a imposição de mãos e de um grupo controle para a condição clínica estudada (Zacaron *et al.*, 2021).

Para além dos desfechos positivos aqui considerados, cabe destacar que nem todos os efeitos da R/E sobre a saúde são positivos. Como já citado anteriormente, existem estudos que demonstram relações negativas da R/E na ansiedade (Peterman; Labelle; Steinberg, 2014), ou nenhum efeito na ansiedade após 10 anos de acompanhamento (Rasic *et al.*, 2011).

Diante da literatura aqui sumarizada, podemos constatar que negligenciar a dimensão religiosa-espiritual é como ignorar o ambiente social de um paciente ou seu estado psicológico. Voltar o olhar para a R/E na prática clínica de diversas profissões na área da saúde levará a um atendimento mais holístico e centrado no paciente (Cunha *et al.*, 2020; Cunha; Rossato; Scorsolini-Comin, 2021; Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021; Suzuki; Scorsolini-Comin, 2021; Carvalho; Cunha; Scorsolini-Comin, 2022; Rossato *et al.*, 2021; Rossato; Ullán; Scorsolini-Comin, 2021), em um movimento que pode ser potencializado a partir das evidências produzidas a partir da presente Tese. A seguir, exploraremos mais detidamente as principais práticas espíritas existentes e as priorizadas na presente investigação.

2.4 Práticas espíritas e a conexão com outras culturas e conceitos

A imposição de mãos tem sido extensamente estudada nas últimas décadas e existem diversas denominações e metodologias diferentes para essa prática. Contudo, sumariamente, estas têm sido consideradas alguma forma de “medicina energética” ou “terapia de biocampo”. O termo biocampo foi proposto em 1992 por um comitê *ad hoc* de praticantes e pesquisadores de medicina alternativa e complementar convocado pelo *US National Institutes of Health (NIH)* – Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos. Este comitê definiu o conceito de biocampo em um campo sem massa, não

necessariamente eletromagnético, que envolve e permeia os corpos vivos e afeta o corpo. Este mesmo comitê sugeriu ao *Medical Subject Heading (MeSH)* da *National Library of Medicine* que o termo biocampo fosse aceito, e se tornou um termo oficial de pesquisa acadêmica (Rubik *et al.*, 2015).

Para este mesmo comitê, fazem parte das terapias de biocampo as diversas formas de imposição de mãos como Reiki, Toque terapêutico, *qigong externo*, prana, entre outras (Rubik *et al.*, 2015), sendo estas formalizadas como Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde no Brasil (Portaria GM/MS nº 971/2006, atualizada com a incorporação de diversas outras práticas pelas portarias GM/MS nº 849/2017 e 702/2018 (Ministério da Saúde, 2018).

Essas práticas não convencionais integram técnicas de contato e não contato que lidam com a cura. São talvez as de aceitação mais complexa, pois além de originarem-se de considerações metafísicas sobre a natureza da consciência e sua interação com os sistemas mental, emocional e físico, mas, principalmente, por divergirem totalmente do paradigma biomédico dominante (Jain *et al.*, 2015; Matos *et al.*, 2021; Guimarães *et al.*, 2020).

Os mecanismos por trás desse fenômeno ainda não são claros. No entanto, muitas áreas de estudo têm apoiado e estruturado o conhecimento do biocampo. Primeiramente, os conhecimentos de força, campo e energia, além dos tipos de força que operam na natureza (gravidade, eletromagnetismo, forças nucleares) provenientes da física. Outras áreas, como a biologia, com o conhecimento e pesquisa com biofótons afirmam que estes desempenham papéis fundamentais na sinalização intercelular e na saúde humana (Ives *et al.*, 2014), além das atividades bioeletromagnéticas que produzem efeitos clinicamente significativos como o reparo de feridas, redução da dor e inflamação (Funk; Monsees, 2006). Acrescido a isso, temos, ainda, as atividades elétricas multicelulares amplamente utilizadas como ferramentas clínicas há décadas como o eletrocardiograma e eletroencefalograma (Rubik *et al.*, 2015).

O biocampo, portanto, contém e transmite informações vitais para a biocomunicação e biorregulação e oferece uma mudança de uma visão mecânica da biologia baseada em química, para uma visão baseada em informações através das interconexões das quais modulam a função da vida (Rubik *et al.*, 2015; Jain *et al.*, 2015). Além disso, alguns resultados experimentais e aplicações clínicas corroboram ao invés de negar sua existência, justificando a necessidade de mais estudos sobre sua natureza e mecanismo de ação (Matos *et al.* 2021).

Diante dessa contextualização, o objetivo da abordagem sobre o biocampo é aproximar aos conceitos descritos pela literatura espírita que afirmam a existência de campos de forças (elétricas e magnéticas) que envolvem os seres, sendo esses campos passíveis de atuação dos espíritos na transição de fluídos energéticos e magnéticos que podem ser utilizados nas terapias espíritas já descritas anteriormente (Sociedade De Divulgação Espírita Auta De Souza, 2016; Cunha; Scorsolini-Comin, 2022), podendo ser, o conhecimentos destes elementos, a chave para o entendimento de processos de cura citados em diversos contextos religiosos e culturais, assim como das terapias espíritas que compreendem o objeto desta Tese. A seguir, a justificativa da presente Tese será explorada mais detidamente.

3. Justificativa

Embora a literatura científica apresente grande quantidade de estudos que abordam o construto da R/E, enfatizando a relevância do tema à saúde, alguns aspectos permanecem pouco conhecidos à luz da ciência, tais como a relação de causa e efeito com a ansiedade, os efeitos da R/E na remissão dos transtornos depressivos, os mecanismos de ação de terapias espíritas em processos imunológicos, entre outros (Silva; Scorsolini-Comin, 2020; Koenig, 2012; Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021; Carneiro *et al.*, 2018). Em conjunto, esses estudos compõem um rol de referências que ampliam e aprofundam as inteligibilidades na interface entre R/E e os processos de saúde-doença-cuidado, movimento que possui, na presente Tese, um caminho de continuidade.

Trabalhos que demonstram a efetividade de tratamentos espirituais são raros, ou ainda foram realizados com uma amostra pequena (Lucchetti *et al.*, 2015a; Lucchetti *et al.*, 2011; Carneiro *et al.*, 2018a). Além disso, no contexto deste estudo que é o tratamento espiritual por corrente magnética, foi encontrada apenas uma referência (dissertação de mestrado), sendo um estudo qualitativo que dentre as terapias espíritas utilizadas estava a corrente magnética. Os resultados narram curas de adoecimentos comprovados por exames complementares de três frequentadores (Couras, 2009). Diante dessa lacuna, justifica-se a proposta da Tese, desenvolvida no contexto do espiritismo. Considerando os relatos de que ações magnéticas influenciam a natureza humana, podendo promover curas físicas e psicológicas, pretende-se estudar a influência de tratamentos espirituais (tratamentos realizados por centros espíritas) em pessoas que procuram por esse tipo de tratamento.

Sabe-se que o espiritismo no Brasil possui uma forte representatividade no estado de Minas Gerais, com destaque, por exemplo, para a cidade de Uberaba, na qual residuiu por muitos anos o médium Chico Xavier (1910 – 2002) (Suzuki; Scorsolini-Comin, 2021). O movimento espírita nessa região mostra-se forte e tem sido priorizado em muitos estudos científicos (Lewgoy, 2001). Conhecer o modo como o espiritismo tem se apresentado em outras cidades e regiões permite, inclusive, que pensemos nos modos como essas tradições podem se renovar em outros territórios, conhecendo suas representações em diferentes territórios. Considerando a necessidade de conhecer mais a fundo a presença do espiritismo na região Centro-Oeste, a exploração do contexto na capital estado de Mato Grosso, Cuiabá, mostra-se relevante para o presente estudo.

Embora dados oficiais brasileiros, em 2010, tenham afirmado que os cidadãos que referiram o espiritismo como religião, representavam 2% da população (terceira maior religião do país em número de pessoas naquela época), estudos recentes demonstraram

percentuais mais elevados chegando até 8,6% em uma pesquisa nacional online (Peres et al, 2018). No Censo brasileiro (2010), o Estado de Mato Grosso apresentava a mesma configuração nacional, sendo o espiritismo a terceira religião mais relatada (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012). Além disso, podemos considerar que o público que procura tratamentos espirituais não se constitui somente dos autodeclarados espíritas, pois observa-se a presença de praticantes de outras religiões em procuras pontuais por tratamentos espirituais. Esta procura é bastante frequente também em outros centros que promovem atendimentos espirituais, sobretudo os relacionados à cura (Silva; Scorsolini-Comin, 2020).

Esse contexto de porosidade religiosa (Augras, 2012), bastante frequente no cenário brasileiro, coloca em evidência alguns aspectos: a) a importância da R/E como dimensão relacionada ao bem-estar em diferentes camadas sociais no Brasil; b) a disponibilidade desses equipamentos religiosos em promover atendimentos espirituais abertos a diferentes públicos; c) a consideração da R/E como dimensão relacionada à saúde; d) as possíveis desigualdades nas quais se estrutura a sociedade brasileira, ampliando a busca por equipamentos populares de saúde. A partir desses marcadores e da necessidade de produção de evidências acerca das práticas religiosas-espirituais desenvolvidas no espiritismo, conhecer os motivos e os efeitos de tratamentos espirituais na saúde desses adeptos mostra-se relevante na presente investigação a partir de um delineamento longitudinal.

Em que pese o paradigma biomédico que frequentemente atravessa as pesquisas nesse campo, esta Tese, em termos qualitativos, ancora-se na etnopsicologia como possibilidade de compreensão desse contexto sem juízos de valor ou de realidade, a fim de que os itinerários terapêuticos possam ser compreendidos dentro de suas inteligibilidades nativas (Scorsolini-Comin; Bairrão, 2023). A fim de contribuir com o campo de estudos da R/E na interface com a saúde, apresentam-se, a seguir, os objetivos da Tese.

4. Objetivos

4.1 Objetivo Geral:

Analisar os efeitos de tratamentos espirituais na saúde mental de frequentadores de centros espíritas.

4.2 Objetivos Específicos:

- a. Conhecer a frequência e o perfil de frequentadores de tratamentos espirituais em um centro espírita da localidade estudada;
- b. Sintetizar na literatura científica as principais evidências disponíveis sobre a eficácia do passe espírita como cuidado formal, informal ou popular de saúde;
- c. Conhecer o perfil sociodemográfico e os itinerários terapêuticos de pessoas que procuram tratamentos espirituais em centros espíritas;
- d. Identificar os motivos que levam à procura de tratamentos espirituais;
- e. Avaliar as possíveis modificações na saúde física e saúde mental após tratamento espiritual realizado em centros espíritas;
- f. Conhecer as possibilidades terapêuticas oferecidas às pessoas que procuram por tratamentos espirituais em centros espíritas na região centro-oeste brasileira.

5. Método

Esta Tese foi dividida em quatro estudos independentes para atender aos objetivos delineados, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Quadro de apresentação dos estudos que compõem a Tese, demonstrando os objetivos específicos atendidos e síntese do método.

	Objetivo	Natureza do estudo	Procedimento de coleta e seleção	Análise dos dados
Estudo 1	a. Conhecer a frequência e o perfil de frequentadores de TE em um centro espírita.	Retrospectivo, com dados secundários.	Formulários de triagem realizada pela equipe do Centro Espírita e entregues aos pesquisadores.	Análise descritiva das variáveis.
Estudo 2	b. Sintetizar na literatura científica as principais evidências disponíveis sobre a eficácia do passe espírita como cuidado de saúde.	Revisão de literatura (revisão de escopo).	Busca em base de dados e seleção no software Rayyan.	Organização e síntese a partir do protocolo PRISMA.
Estudo 3	c. Conhecer o perfil sociodemográfico e os itinerários terapêuticos de pessoas que procuram TE; d. Identificar os motivos que levam à procura de TE; e. Avaliar as possíveis modificações na saúde física e saúde mental após TE realizado em centros espíritas.	Estudo quantitativo e qualitativo longitudinal controlado.	Quantitativo: grupos estudo e controle coletado nos formulários com instrumentos; Qualitativo: no grupo estudo com entrevistas semiestruturadas audiogravadas.	Quantitativo: análises descritivas e regressão por <i>Generalized Additive Models for Location Scale and Shape</i> (GAMLSS) Qualitativo: Análise temático-reflexiva.
Estudo 4	f. Conhecer as possibilidades terapêuticas oferecidas às pessoas que procuram por TE em centros espíritas na região centro-oeste brasileira.	Estudo quantitativo com questionário on-line.	Convite eletrônico para participar da pesquisa de coleta por questionário on-line.	Análise descritiva das variáveis.

Fonte: Elaborado pela autora.

Apresentaremos, a seguir, as especificidades metodológicas de cada estudo:

5.1 Estudo 1

Trata-se de estudo retrospectivo com dados secundários obtidos em um Centro Espírita localizado na cidade de Cuiabá, estado do Mato Grosso (Casa Espírita Rafael Verlangieri).

5.1.1 Contexto

Foi considerado para efeitos desse estudo como Tratamento Espiritual o conjunto de atividades desenvolvidas por Casas Espíritas que utilizam a Corrente Magnética como método principal do tratamento. A metodologia consiste na frequência assídua a três Reuniões Públicas e três Reuniões de Desobsessão, após a realização de uma entrevista inicial denominada Triagem Fraterna. As reuniões públicas ocorrem uma vez por semana, onde os participantes assistem a uma palestra com preceitos do Evangelho segundo o Espiritismo, além do passe. As reuniões de desobsessão também acontecem uma vez por semana e oferece aos frequentadores palestras com temas específicos sobre obsessão, suas consequências, medidas terapêuticas, além do passe (Sociedade de Divulgação Espírita Auta de Souza, 2008). Desse modo, a sequência do tratamento espiritual foi de, no mínimo, quatro semanas, conforme demonstrado na Figura 3:

Figura 3 - Quadro com o esquema de tratamento espiritual proposto para utilização em Centros Espíritas.

Período	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira
1ª semana	Triagem Fraternal (Entrevista) Palestra Passe	Reunião Pública (Palestra) Passe	Escola de Evangelização de Pacientes (palestra) Passe Desobsessão
2ª semana		Reunião Pública (Palestra) Passe	Palestra Passe Desobsessão
3ª semana		Reunião Pública (Palestra) Passe	Palestra Passe Desobsessão
4ª semana	Triagem Fraternal de Retorno Entrevista Palestra Passe		

Fonte: Elaborada pela autora a partir da referência da Sociedade de Divulgação Espírita Auta de Souza, 2008.

Durante as três semanas de tratamento, o frequentador recebe o passe espírita por sete dias, ou seja, a cada vez que vai ao centro espírita para às reuniões públicas e reuniões de desobsessão além do primeiro dia de triagem. Consoante a isso, o participante é estimulado a consumir água fluidificada durante todo o período do tratamento, manter-se em prece constante, manter atitudes mentais de serenidade e brandura, evitar brigas e discussões, além de fazer leituras evangélicas ou edificantes. Durante os dias triagem, de reuniões públicas, e de reuniões de desobsessão, acontece, em sala reservada, a corrente magnética realizada por médiuns do centro espírita, sendo este considerado o principal método do tratamento espiritual. Consiste em uma corrente de médiuns unidos pelas mãos, em preces, e recebendo passes de outros médiuns, para receber os supostos espíritos que estão acompanhando os frequentadores em tratamento. Além da frequência aos dias de reunião pública e de desobsessão, o participante do tratamento espiritual é estimulado, a participar de atividades de caridade, mas de caráter não essencial, que acontecem aos domingos de manhã (Sociedade de Divulgação Espírita Auta de Souza, 2008).

Após essa sequência de tratamento o paciente retorna à Triagem Fraternal para nova entrevista, onde poderá receber alta ou iniciar novo ciclo de tratamento. A triagem fraternal é uma atividade que tem o objetivo de receber, orientar e encaminhar todas as pessoas que procura o Centro Espírita. Os frequentadores são recebidos para uma entrevista realizada por voluntário devidamente instruído para o processo e poderão ser

encaminhados para o tratamento espiritual ou outra atividade da casa, conforme a necessidade de cada um. Todos os pacientes dão início ao tratamento espiritual pela Triagem, onde recebem as primeiras orientações sobre a terapêutica espírita, dias e horários das atividades, esclarecimento evangélico e passe. No retorno à triagem, o paciente é estimulado a falar sobre seu estado atual, podendo receber alta ou ser estimulado a dar continuidade ao tratamento (Sociedade de Divulgação Espírita Auta de Souza, 2008).

O formulário de triagem contém informações sobre: identificação (nome, endereço, telefone, data de nascimento); como é sua relação familiar (harmoniosa, pequenos problemas, grandes aflições); que atividades laborais exerce (trabalho, estudo, desempregado); como é sua saúde (tem algum problema de saúde, faz tratamento médico); se tem religião; se tem mediunidade (ouve vozes, vê vultos, pesadelos, entre outros); se tem vícios (alcoolismo, tabagismo, drogas, jogos, outros); e sobre influências espirituais sutis como dificuldade de concentração em boas ideias, indisposição/tristeza inexplicável, queixas, irritações, entre outras (Sociedade de Divulgação Espírita Auta de Souza, 2008).

5.1.2 Procedimentos de coleta e análise de dados

Os dados utilizados no Estudo 1 foram provenientes de um formulário padronizado, denominado formulário de triagem fraterna, e utilizado no centro espírita no tratamento espiritual ofertado à população. A coleta dos dados nos formulários de triagem foi realizada pela própria equipe do Centro Espírita e entregues aos pesquisadores somente as informações requeridas, sem qualquer identificação dos usuários. As informações solicitadas para a pesquisa foram: ano de realização do tratamento, ano de nascimento do participante, idade aproximada (calculada pela equipe do tratamento espiritual), sexo, crença religiosa, número de atendimentos pela equipe de triagistas.

As informações coletadas são referentes ao tratamento espiritual destinado a adolescentes acima de 15 anos de idade, adultos e idosos. O tratamento infanto-juvenil para menores de 15 anos de idade é realizado nesta casa espírita por outro método e não foi objeto de estudo neste levantamento de perfil. A escolha deste centro espírita deu-se por aproximação de um dos pesquisadores e pelo aceite da direção do centro espírita na colaboração para a pesquisa. Como se trata de um contexto específico de produção do cuidado, considerou-se importante a adoção do formulário empregado pela própria

instituição, haja vista que o próprio modo como esses elementos compõem a triagem já revela movimentos, endereçamentos e possibilidades de compreensão de como esse local pode dialogar com outros ambientes de cuidado, a exemplo dos de caráter formal.

Foram escolhidos para análise neste estudo de perfil os últimos três anos antes da pandemia da COVID-19. Optou-se por excluir o período da pandemia devido à alteração do método do tratamento de atendimento presencial para *on-line*, o que pode por si só interferir na procura pelos usuários. Também o período de maior rigidez em relação às políticas sanitárias promoveu o fechamento do centro aos trabalhos públicos, o que interferiu na frequência de usuários a esses locais.

Após a coleta de dados, que ocorreu no ano de 2021, os dados foram transpostos para o programa Excel® e realizada análise descritiva das variáveis, com apresentação das frequências relativa e absoluta, e média, calculadas a partir do instrumento empregado a partir do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20).

5.2 Estudo 2

5.2.1 Contexto

Com o conhecimento de que diversas terapias espíritas são utilizadas pelos frequentadores de centros espíritas, como a desobsessão (terapia de liberação do espírito), a oração, a água fluidificada ou magnetizada e o passe espírita, além das evidências provenientes de um estudo realizado em São Paulo no ano de 2012 que destacou que o passe espírita foi a única prática presente em 100% das instituições religiosas pesquisadas, sugerindo-se ser uma técnica muito comum nesse contexto (Lucchetti *et al.*, 2015a), foi proposta a realização de uma revisão de escopo com o objetivo de conhecer as evidências disponíveis na literatura nacional e internacional que contextualizam indivíduos que fizeram uso do passe espírita como cuidado formal, informal ou popular de saúde. Para isso, esta revisão de escopo buscou identificar as evidências disponíveis sobre o uso do PE como uma prática de cuidados de saúde.

A escolha da revisão de escopo teve como objetivo ampliar as possibilidades de acesso a evidências, considerando que muitos relatos sobre o PE nem sempre são publicados em artigos científicos, como priorizado nas revisões sistemáticas. A pergunta de pesquisa foi: quais estudos estão disponíveis na literatura nacional e internacional que

contextualizam indivíduos (População) que utilizaram o PE (Conceito) como cuidado de saúde popular (Contexto)?

Esta revisão foi baseada nos critérios estabelecidos pelo Grupo de Metodologia de Revisão de Escopo do Instituto Joanna Briggs (JBI) (Peters *et al.*, 2020) para revisões de escopo, seguindo as recomendações de apresentação do PRISMA (Page *et al.*, 2021). Um protocolo de revisão foi criado e registrado no *Open Science Framework* (OSF).

Conforme descrito anteriormente, existem várias técnicas de imposição de mãos relacionadas à saúde na literatura. No entanto, as buscas foram realizadas em estudos que relataram a sinergia com a dimensão espiritual ligada ao espiritismo, o que implica a prática do passe espírita delineada na estratégia descrita a seguir. O passe espírita pode ser definido como movimentos feitos com as mãos no corpo do paciente, transmitindo energias, com a ajuda de espíritos e Deus, através do pensamento e da vontade de curá-lo (Bragdon; Azevedo, 2013).

O *corpus* desta revisão foi composto por publicações com referência ao uso da prática espírita chamada passe ou outra denominação que utilize a técnica de imposição de mãos relacionada à dimensão espiritual e destinada à cura, restauração da saúde ou interferência nos processos fisiológicos. Não foram estabelecidos critérios de localização geográfica ou temporal, dada à especificidade do tópico.

5.2.2 Procedimento de coleta e análise de dados

A estratégia de busca foi definida com a ajuda de um bibliotecário. As bases de dados/bibliotecas pesquisadas foram: SciELO, Lilacs, Pubmed, Embase, CINAHL, Cochrane, PsycINFO, PePSIC, Scopus e Google Scholar. As palavras-chave e descritores foram: "passe espírita", "espiritualismo", "kardecismo", "toque terapêutico", "superposição de mãos", "espiritual", bem como suas palavras correspondentes em inglês. Elas foram combinadas e compostas por operadores booleanos selecionando as evidências para responder à pergunta orientadora. Exemplo de estratégia de busca: PUBMED: (("Laying on of hands"[All Fields] OR "Therapeutic touch"[All Fields] OR "biofield therapy"[All Fields]) AND ("spiritual*" [All Fields] OR "kardecism"[All Fields])) OR "spiritist*" [All Fields] OR "spiritualism*" [All Fields] OR "spiritism"[All Fields] OR "kardecism"[All Fields] OR "spiritist passe"[All Fields]. As buscas nas bases de dados foram realizadas em fevereiro de 2022.

Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis na íntegra que respondessem à pergunta de pesquisa, de qualquer desenho metodológico, em português, inglês ou espanhol. Publicações não convencionais, como teses e dissertações, foram consideradas, e as referências citadas nos artigos selecionados foram analisadas, sem restrição quanto ao ano de publicação. Foram excluídos artigos em outros idiomas e outros tipos de publicações, como editoriais, obituários e revisões de literatura, ou que não atendessem à pergunta norteadora, como incompatibilidade com o tema; artigos que tratavam de R/E, mas não indicavam terapias para a saúde; que citavam a imposição de mãos, mas não o passe; que se referiam a terapias espíritas, mas não ao passe; que usavam o passe para outros aspectos que não estavam diretamente relacionados à saúde humana; que fizeram pesquisas bibliográficas em livros espíritas.

As referências foram importadas para o software Rayyan (rayyan.ai) e analisadas por dois revisores independentes, ambos com experiência no assunto e procedimentos de revisão. Possíveis discrepâncias foram analisadas por um terceiro avaliador. As fases de seleção foram: remoção de referências duplicadas; leitura de títulos e resumos; leitura das referências na íntegra, aplicando os critérios de inclusão e exclusão na segunda e terceira fases, chegando ao corpus final.

O *corpus* foi transferido para uma planilha Microsoft Office Excel® que incluía título, autor, país de origem do primeiro autor, ano de publicação, tipo de publicação, tipo de estudo, objetivos, instrumentos, principais resultados, conclusões. A avaliação crítica ou a avaliação de risco de viés não foi realizada com base na recomendação do JBI, uma vez que as revisões de abrangência têm como objetivo mapear as evidências disponíveis em vez de fornecer uma resposta sintetizada e clinicamente significativa a uma pergunta (Peters *et al.*, 2020).

5.3 Estudo 3

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e analítico, de abordagem mista (quantitativa e qualitativa), com a utilização de questionários e entrevistas semiestruturadas com pessoas em tratamento espiritual em centros espíritas. O contexto do estudo já foi descrito anteriormente (item 5.1.1).

5.3.1 Locais de coleta de dados

O Estudo 3 foi desenvolvido em dois centros espíritas localizados na cidade de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil. Os locais para a realização do estudo foram selecionados a partir de indicações de contatos da pesquisadora. A realização do estudo foi autorizada pelos dirigentes das duas instituições.

A Associação Espírita Wantuil de Freitas, um dos locais de coleta de dados, iniciou suas atividades em 1993 com um grupo de voluntários denominada na época de Posto de Assistência A Caminho da Luz. Adiante, o nome da instituição foi modificado para Sociedade Espírita Wantuil de Freitas, e sua fundação oficial ocorreu em 1995. É o maior centro espírita de Cuiabá, atendendo, em média, 1800 frequentadores por semana antes do período pandêmico. Possui em torno de 400 trabalhadores voluntários cadastrados. Além das atividades de tratamento espiritual citadas no contexto do estudo, oferece aos seus frequentadores tratamento espiritual com internação no denominado Lar de Eurípedes (semelhante a unidade hospitalar para tratamento espiritual com duração média de uma semana), evangelização adulto e infantil, campanhas educativas (exemplos: contra o aborto, contra o suicídio), empréstimo de livros espíritas, doações a famílias necessitadas, entre outras atividades.

O segundo local de coleta foi a Casa Espírita Rafael Verlangieri. Esta teve a sua origem em 2001, quando um grupo de trabalhadores ligados à Sociedade Espírita Wantuil de Freitas iniciou atividades de divulgação da doutrina espírita e distribuição de alimentos em um determinado bairro da capital mato-grossense. Em 2005, foi fundada a sede própria. Antes da pandemia, a casa espírita contava com aproximadamente 60 trabalhadores voluntários, e atendia, em média, 250 frequentadores por semana. Este centro espírita foi o responsável pelas informações do Estudo 1.

As atividades realizadas pelos dois centros espíritas são semelhantes e baseiam-se em literatura construída por voluntários espíritas vinculados à Editora Auta de Souza e ao Movimento Concafras (Confraternização das Campanhas de Fraternidade Auta de Souza). As informações de número de frequentadores e voluntários foram dadas pelos dirigentes dos respectivos centros espíritas, e ambos afirmam que depois do retorno presencial pós-pandemia estes números estão menores, com perspectiva de aumento.

5.3.2 Participantes

Esta pesquisa foi delineada contendo o grupo estudo (GE), com participantes do tratamento espiritual e convidadas nos centros espíritas participantes da pesquisa; e grupo controle (GC), composto por pessoas residentes no estado de Mato Grosso, mas que não tiveram contato com centros espíritas durante a participação na pesquisa.

O GE foi composto por adultos que realizaram tratamento espiritual em dois centros espíritas na cidade de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil. Para participar do GE era preciso ser adulto, sem distinção de cor/raça, orientação sexual ou afiliação religiosa específica, que frequentasse o tratamento espiritual por três semanas, conforme protocolo proposto pelo centro espírita em que os dados foram coletados. Foram excluídos os participantes que não concluíram o ciclo mínimo do tratamento espiritual.

Os voluntários do GC foram convidados a partir de contatos das redes sociais do laboratório de pesquisa em que o estudo foi realizado. Esses participantes tinham que ser adultos, sem distinção de cor/raça, orientação sexual ou afiliação religiosa específica, mas não podiam frequentar centros espíritas durante o período da coleta. Esse critério foi proposto, pois mesmo que o frequentador não participasse do tratamento pesquisado, ele poderia receber outras terapias espíritas no mesmo espaço religioso. Em termos da quantidade de participantes, dadas as especificidades da coleta em termos de contexto, de temática e de recorte longitudinal, buscou-se entrar em contato com o maior número de participantes no tempo proposto para a coleta de dados que foi de seis meses.

5.3.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram:

a) Questionário sociodemográfico (Apêndice A), desenvolvido especificamente para este estudo, contendo perguntas para a composição do perfil da amostra em termos de idade, sexo/gênero, renda, profissão/ocupação, escolarização e demais marcadores.

b) Questionário de Saúde Geral (QSG) (Anexo 1): Trata-se de um instrumento autoaplicável. É uma versão reduzida e traduzida no Brasil por Sarriera, Schwarcz e Câmara (1996), com objetivo medir o bem-estar psicológico. É uma versão reduzida do *General Health Questionnaire*, proposto por Goldberg em 1972. De acordo com os autores da versão do estudo brasileiro, o QSG-12 é composto por 12 itens, do tipo escala Likert, dividida em quatro alternativas de resposta que compreende: duas alternativas que

refletem a ausência de bem-estar psicológico, uma alternativa que reflete neutralidade e outra que reflete presença de bem-estar psicológico. É recomendado que a pontuação dos itens, variando de 1-4 em cada questão, sejam somados e quanto menor pontuação, melhor ao nível de bem-estar psicológico. O nível de confiança do instrumento é de 0,83.

c) *Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21)* (Anexo 2): Este instrumento foi desenvolvido por Lovibond e Lovibond (1995), com o objetivo de medir e diferenciar os sintomas de ansiedade e depressão em um processo interativo e empiricamente orientado. Os autores identificaram o estresse como um terceiro fator presente no instrumento. A versão breve, contendo 21 itens, foi validada para o contexto brasileiro (Vignola; Tucci, 2014).

d) Escala de Satisfação de Vida (Anexo 3): desenvolvido por Diener *et al.* (1985) e validada para uso em adultos por Silva *et al.* (2021). Composta por cinco itens, com respostas tipo Likert de 7 pontos. A consistência interna tem sido medida a partir dos públicos avaliados, mas o seu original tem consistência interna apresentada é alfa de Cronbach de 0,91, e no estudo de validação mais recente apresentou alfa variando de 0,86-0,89 para todas as subamostras. Para computação dos resultados, deve-se somar todas a pontuação elencada, totalizando o escore bruto. Quanto maior o escore, maior a satisfação com a vida.

e) *Spirituality Self Rating Scale – SSRS* (Anexo 4), foi desenvolvido por Galanter *et al.* (2007), e a versão brasileira foi traduzida e avaliada a consistência interna por Gonçalves e Pillon (2009), com alfa de Cronbach global de 0,83. É por composto por seis itens, do tipo escala Likert de 5 pontos, em que após a inversão da pontuação, quanto maior o resultado, maior o nível de orientação espiritual (Gonçalves; Pillon, 2009).

f) Índice Religioso de Duke (*Duke Religious Index - DUREL*) (Anexo 5): desenvolvida por Koenig, Parkerson e Meador (1997), é uma medida de cinco itens de envolvimento religioso, que produz três subescalas: (1) Religiosidade organizacional - RO, (2) Religiosidade não organizacional - RNO, e (3) Religiosidade intrínseca - RI. No Brasil, esse instrumento foi traduzido por Moreira-Almeida *et al.* (2008), e validada por Lucchetti *et al.* (2012) e também por Taunay *et al.* (2012). O DUREL utiliza escala Likert que varia de 1 a 6 pontos para as perguntas de RO e RNO e 1 a 5 pontos para as perguntas de RI, sendo as três últimas somadas para obter a pontuação do domínio. Os domínios são avaliados de forma independente, com pontuação invertida, ou seja, quanto menor as pontuações obtidas maiores os índices de religiosidade (Moreira-Almeida *et al.*, 2008; Lucchetti *et al.*, 2012).

g) WHOQOL-BREF (Questionário de Qualidade de Vida - OMS) (Anexo 6): Versão reduzida do WHOQOL-100, é um instrumento desenvolvido para avaliar a qualidade de vida. O WHOQOL-BREF consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam as facetas que compõe o instrumento original composto pelos domínios: físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais. A validação para a população em geral no Brasil apresentou alfa de Cronbach geral de 0,91 (Fleck *et al.*, 2000; Rocha; Fleck, 2009).

h) Roteiros de entrevista semiestruturados (Apêndice B) desenvolvidos especificamente para este estudo e aplicados aos participantes do tratamento espiritual. No momento 1 (M1), explicitado na subseção a seguir, o roteiro teve questões para a caracterização da amostra, como pertencimento religioso-espiritual, além de perguntas sobre as motivações para o tratamento espiritual, experiências anteriores com esses tratamentos, queixas e expectativas em relação ao tratamento e à utilização da R/E. No momento 2 (M2), havia perguntas sobre o tratamento realizado, suas repercussões, a avaliação que o participante fez do tratamento e seus possíveis desfechos.

5.3.4 Procedimentos de coleta de dados

Para a coleta de dados do GE, a pesquisadora principal, e uma pesquisadora secundária, selecionada e treinada pelos pesquisadores, estiveram presentes em todas as segundas e terças-feiras nos centros espíritas para recrutar os potenciais voluntários por meio da apresentação da pesquisa e convite aos frequentadores. A pesquisadora principal realizou a coleta de dados na Associação Espírita Wantuil de Freitas e a secundária na Casa Espírita Rafael Verlangieri.

A coleta de dados aconteceu em dois momentos distintos, aqui denominados de Momento 1 (M1) e Momento 2 (M2). Em M1, os participantes foram abordados no primeiro dia de tratamento espiritual para as orientações e convite a contribuir com a pesquisa. O convite foi realizado de forma oral pelo pesquisador ao término da palestra que acontecem nas segundas-feiras a todos os presentes. A pesquisadora apresentava a pesquisa, sua importância, e como os participantes poderiam participar. Após a realização da triagem fraterna, o indivíduo que desejava participar, procurava o pesquisador para iniciar a coleta de dados. Após o consentimento, registrado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1 (Apêndice C), os participantes

responderam aos instrumentos de pesquisa e, em seguida, era realizada a entrevista. A aplicação desses instrumentos ocorreu em sala reservada do próprio centro.

Após decorrido o tempo do tratamento espiritual, esses participantes foram procurados pela pesquisadora para realizar a coleta de dados denominada de momento 2. Por contato telefônico, ou presencialmente, a pesquisadora certificava-se que o participante havia terminado o tratamento espiritual para combinar a coleta do M2. Após agendamento para a nova coleta, presencialmente no centro espírita no qual foi realizado o tratamento ou mesmo por meios digitais, foram aplicados os mesmos instrumentos administrados em M1, exceto o questionário sociodemográfico, sendo que o roteiro de entrevistas continha perguntas acerca do tratamento realizado, dos possíveis desfechos e das percepções acerca dos atendimentos. Caso o participante não tivesse concluído o itinerário terapêutico proposto no quadro 3, a coleta em M2 foi postergada por até 3 semanas para a conclusão. Os que não concluíram neste prazo foram excluídos da pesquisa.

Os participantes do GC também tiveram os dados coletados em dois momentos, com intervalo igual ao grupo estudo. No M1, após consentimento (Apêndice D), preenchiam os instrumentos descritos acima. Após quatro semanas, responderam novamente aos instrumentos, com exceção do questionário sociodemográfico.

A coleta de dados (M1) foi iniciada no dia 30/05/2022 e os últimos participantes iniciaram no dia 21/11/2023, perfazendo o tempo de 26 semanas de início de tratamento espiritual. A data final de coleta dos participantes (M2) foi no dia 13/12/2022. No grupo controle, a coleta de dados aconteceu entre os meses de agosto à janeiro de 2023, e foi encerrada quando atingiu uma paridade numérica com o grupo estudo. Em ambos os grupos a coleta se deu em formulários físicos ou formulários online (Google Formulários), de acordo com a preferência do participante.

5.3.5 Composição do *corpus* e procedimentos de análise dos dados

5.3.5.1 Dados quantitativos

Os dados quantitativos foram codificados inicialmente em uma planilha de Excel e, posteriormente, transpostos para o programa R. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das variáveis, com apresentação das frequências relativa e absoluta, média e desvio padrão. Nas análises de regressão dos dados foram utilizados a classe de modelos

aditivos generalizados de locação, escala e forma (Generalized Additive Models for Location Scale and Shape – GAMLSS) (Stasinopoulos; Rigby, 2007).

A classe GAMLSS é adequada para modelagem da variável resposta quando os dados não seguem uma distribuição da família exponencial e nos casos em que o regressando exibe heterogeneidade, ou seja, quando a escala ou a forma da distribuição da variável resposta mudam com as variáveis explanatórias (Florêncio, 2010). Além da flexibilidade para os modelos de regressão, ela permite qualquer distribuição da variável de resposta, e permite modelagem flexível de superdispersão, excesso de zeros, assimetria e curtose dos dados (Stasinopoulos *et al.*, 2017).

Seja $y^T = (y_1, \dots, y_n)$ um vetor de tamanho n da variável resposta com função densidade $f(y_i|\theta^i)$, onde $\theta^i = (\theta_{1i}, \theta_{2i}, \theta_{3i}, \theta_{4i}) = (\mu_i, \sigma_i, \nu_i, \tau_i)$, e seja $k = 1, 2, 3, 4$ e seja $g_k(\cdot)$ uma função de ligação monótona que relaciona os parâmetros com as variáveis independentes a partir das equações:

$$\begin{aligned} g_1(\mu) &= \eta_1 = \mathbf{X}_1\beta_1 + \sum_{j=1}^{J_1} h_{j1}(\mathbf{x}_{j1}) \\ g_2(\sigma) &= \eta_2 = \mathbf{X}_2\beta_2 + \sum_{j=1}^{J_2} h_{j2}(\mathbf{x}_{j2}) \\ g_3(\nu) &= \eta_3 = \mathbf{X}_3\beta_3 + \sum_{j=1}^{J_3} h_{j3}(\mathbf{x}_{j3}) \\ g_4(\tau) &= \eta_4 = \mathbf{X}_4\beta_4 + \sum_{j=1}^{J_4} h_{j4}(\mathbf{x}_{j4}). \end{aligned} \quad (1)$$

Onde μ, σ, ν e τ são vetores de comprimento n , $\beta_k = (\beta_{1k}, \beta_{2k}, \dots, \beta_{jk})$ é um vetor de comprimento j^k e X_k é a matriz de delineamento de ordem $n \times j^k$. A função h_{jk} é uma função não aditiva não paramétrica da variável explicativa X_k avaliada em x_{jk} .

A classe de modelos GAMLSS pode ser utilizada através do pacote R (R Core Team, 2022) através do pacote GAMLSS (Rigby; Stasinopoulos, 2005). A classe de modelos GAMLSS pode ser estendida para permitir o ajuste de modelos com distribuições truncadas e/ou inflacionadas em 0 ou qualquer valor específico de contagem (Najafabadi; Saeed, 2018), respectivamente através das funções *gamlss.tr* e *gamlss.countKinf* (Stasinopoulos *et al.*, 2017).

Seja Y uma variável aleatória com função densidade de probabilidade $g(y)$ e função de distribuição $G(y), y \in R$. A distribuição de probabilidade da variável

aleatória X , que representa a distribuição de Y no intervalo $[a, b]$, com $-\infty < a < b < \infty$, é uma distribuição de probabilidade truncada. A função densidade de probabilidade é dada por:

$$f(x) = \begin{cases} \frac{g(x)}{G(b) - G(a)} & \text{se } a < x < b \\ 0 & \text{caso contrario} \end{cases} \quad (2)$$

As variáveis dependentes (desfechos) foram: bem-estar psicológico, medido pelo QGS; satisfação de vida, medido pelo ESV; nível de orientação espiritual, medido pelo SSRS; religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional, religiosidade intrínseca, medidos pelo DUREL; estresse, depressão e ansiedade, medidos pela DASS-21; qualidade de vida referente aos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, bem como as questões 1 e 2 do WHOQOL-BREF.

Para todas as variáveis dependentes foram adotadas as variáveis independentes Tempo (M1, M2), Grupo (Controle, Estudo), Sexo (Masculino, Feminino), Idade (anos), Cor da Pele (Branca, Não Branca), Situação Conjugal (Solteiro, Casado, Divorciado|Viúvo), Nível Educacional (\leq Ensino Médio, Superior, Pós-Graduação) e Tipo de Renda (Sem renda, Renda Fixa, Renda Variável).

A seleção da distribuição da variável de desfecho, bem como das variáveis independentes do modelo de regressão, foi efetuada através do Critério de Informação de Akaike Generalizado (AIC) (Burnham; Anderson, 2002). Para a seleção da variável de desfecho do estudo, foi utilizado o valor de penalização padrão do AIC ($k = 2$), enquanto que para a seleção das variáveis independentes foi utilizado um valor de penalização igual a 4 ($k = 4$; Bastiani *et al.*, 2018). As variáveis de grupo (GE e GC) e tempo (M1 e M2) foram mantidas nos modelos ajustados, independentemente de possuírem significância estatística.

A comparação entre os diferentes modelos ajustados para se identificar o melhor ajuste foi efetuada pelo Teste da Razão de Verossimilhanças (TRV) (Rigby; Stasinopoulos, 2005). A partir do modelo final ajustado foram calculados os respectivos valores da Razão de Chances (OR) no caso de desfecho binário, dado por $OR(\beta_k) = \exp(\beta_k)$ cuja função de ligação é a logito. No caso de desfecho numérico com ligação logarítmica (log), foi calculado o Aumento Relativo (AR) da média, denominado por $AR(\beta_k) = |\exp(\beta_k) - 1|$. Nos casos de função de ligação identidade, a interpretação do aumento/redução da média decorre diretamente dos valores do vetor de parâmetros (coluna Estimate = β_k).

As estimativas dos valores de AR e OR relacionadas aos efeitos de grupo e tempo, nos modelos em que o efeito de interação mostrou-se presente, foram efetuadas através da aplicação do método Delta (Casella; Berger, 2010). Em todas as análises foi considerado um nível de significância de 5% e o uso do programa R (R Core Team, 2022) versão 4.2.2.

O procedimento para efetuar os ajustes seguiu-se os seguintes passos:

- 1) Seleção da distribuição da variável de desfecho;
- 2) Inserção efeitos principais grupo e tempo;
- 3) Inserção efeitos interação grupo e tempo;
- 4) Comparação modelos 2 e 3 pelo TRV;
- 5) Adição variáveis independentes ao modelo escolhido em 4;
- 6) Seleção das variáveis independentes para média;
- 7) TRV comparação modelos 5 e 6;
- 8) TRV comparação modelos 4) e 6);
- 9) Adição variáveis independentes na dispersão no modelo escolhido em 6);
- 10) Seleção das variáveis independentes para dispersão (se houver);
- 11) TRV comparação modelos 9) e 10);
- 12) TRV comparação modelos 6) e 10).

A heterocedasticidade, ou seja, quando a variabilidade das médias não é homogênea entre os grupos, também foi considerada em todos os modelos de regressão. As análises de regressão logística foram realizadas por estatístico habilitado do servidor do Centro de Apoio à Pesquisa (CENAPq) da EERP-USP.

5.3.5.2 Dados qualitativos

Em relação às entrevistas aplicadas em M1 e M2, que compuseram o *corpus* qualitativo, as mesmas foram transcritas na íntegra e literalmente, para posterior codificação e análise no programa ATLAS.ti. O *corpus* qualitativo formado pelas entrevistas realizadas em M1 e M2 foi codificado a partir dos procedimentos de análise temático-reflexiva propostos por Braun e Clarke (2019). Foram seguidos os seguintes passos: 1) Familiarização com os dados – transcrição e leitura; 2) Codificação – geração de códigos; 3) Organização dos dados – significados e blocos de textos agrupados; 4) Construção dos temas – construídos na interseção dos códigos, experiência e subjetividade do pesquisador; 5) Revisão dos temas – com a utilização de mapas

temáticos para a compreensão dos temas, e se não se sobrepõem; 6) Definição dos temas; 7) Redação. Após a construção de temas, em ambos os momentos, a interpretação ocorreu por meio da literatura no campo da R/E, conforme apresentado na introdução da Tese.

5.4 Estudo 4

5.4.1 Contexto

Como parte integrante desta pesquisa, pretendeu-se fazer uma pesquisa on-line com os dirigentes de centros espíritas localizados na região centro-oeste brasileira com o objetivo de conhecer quais as possibilidades terapêuticas oferecidas às pessoas que procuram por tratamentos espirituais em centros espíritas na região centro-oeste brasileira. Para isso, foi desenvolvido um formulário on-line específico e os dirigentes dos centros espíritas localizados na região centro-oeste brasileira foram convidados a responde-lo. Como critério de inclusão, o voluntário deveria ser dirigente de centro espírita e/ou representante de centros religiosos espíritas localizados na região centro-oeste brasileira. Os critérios de exclusão foram centros espíritas de outros estados fora da região centro-oeste brasileira ou respostas em duplicidade. A pesquisa foi planejada no âmbito do Centro-oeste brasileiro devido ser a localidade em que foi realizado o Estudo 3.

5.4.2 Procedimentos de coleta e análise de dados

A seleção dos centros espíritas foi realizada por meio de buscas nos sites das Federações Espíritas de cada estado, no site Aliança Espírita Evangélica, além de contato com representantes de Grupos Fraternos Estaduais (grupo que congrega centros espíritas com metodologia do Movimento Concafras). Essas instituições coligam a maioria das casas espíritas existentes no Brasil.

As informações coletadas nos sites foram sobre o nome do centro espírita, a cidade e estado, e formas de contatos. Foram enviados e-mails para as instituições que o dispunham nos respectivos sites uma carta convite explicando a pesquisa. Foram enviados por mensagem do aplicativo eletrônico WhatsApp uma mensagem com o mesmo conteúdo da carta convite explicando sobre a pesquisa e convidando para a participação por meio do preenchimento de formulário on-line (Google Formulários). A decisão de

contato por e-mail e mensagem de WhatsApp foi em decorrência de inúmeras tentativas de contato telefônico sem sucesso.

A primeira parte do questionário era apresentado o TCLE (Apêndice E), e, após a anuência, a pesquisa iniciava, de fato. Este formulário on-line, desenvolvido especificamente para esta pesquisa (Apêndice F), contém informações de caracterização do centro espírita (cidade, endereço, telefone), dias de funcionamento, tempo de funcionamento, número aproximado de trabalhadores, número aproximado de frequentadores, atividades desenvolvidas, recursos terapêuticos utilizados em tratamento espiritual, e encaminhamentos em situações de problemas de saúde.

Após a coleta de dados, que ocorreu entre os meses de agosto a dezembro de 2022, os dados foram transpostos para o programa Excel® e realizada análise descritiva das variáveis, com apresentação das frequências relativa e absoluta, e média, calculadas a partir do instrumento empregado a partir do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20). O formulário criado foi testado em duas instituições (piloto), antes da versão final apresentada aos participantes.

5.5 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa, contendo o detalhamento de todos os estudos que compuseram a Tese, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado de Mato Grosso, tendo como norteadora a Resolução nº 466, de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado sob o CAAE nº 39055820.5.0000.5166, Parecer número 5.166.585 (Anexo 7). Todos os procedimentos éticos foram observados em todas as fases de coleta e tratamento dos dados. Foram apresentados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a todos os participantes das pesquisas, sendo coletada qualquer informação somente após a anuência do participante (Estudos 3 e 4). Foram desenvolvidos TCLE específicos para o Estudo 3 (Apêndice C e D), sendo um para o grupo estudo e outro adaptado para o grupo controle, e um terceiro para o Estudo 4 (Apêndice E). Foi garantido o anonimato das pessoas e confiabilidade das informações.

6. Resultados e Discussão

Os resultados e a discussão desta Tese serão apresentados separados por tipo de estudo (Estudos 1, 2, 3 e 4), haja vista que se tratam de estudos independentes. Posteriormente, esses achados serão sumarizados e integralizados na seção de Conclusão.

6.1 Resultados e Discussão – Estudo 1¹

6.1.1 Resultados – Estudo 1

O maior número de pessoas que procuraram por tratamento espiritual foi no ano de 2018 (n = 344 usuários; 37,3%), seguido dos anos 2017 (n = 303 usuários; 32,8%) e, por fim, 2019 (n= 276 usuários; 29,9%), totalizando 923 pessoas no período estudado. Ao mesmo tempo, pode-se compreender que a distribuição entre esses três anos antes da pandemia é relativamente estável, revelando um fluxo contínuo na busca por tratamentos no referido equipamento.

Na análise por sexo, o feminino foi o mais frequente em todos os anos estudados, chegando no ano de 2019 à diferença mais expressiva, com 71,7% de mulheres (n = 198) e 28,3% de homens (n = 79). Mesmo na faixa etária de menores de 18 anos de idade o sexo feminino foi o mais frequente.

Com relação à idade dos usuários, tivemos como resultado a média de 39,7 anos. Embora o tratamento espiritual pesquisado nesta casa espírita seja voltado para o público acima de 15 anos de idade, algumas crianças e adolescentes com idade inferior realizaram o tratamento neste período, sendo a idade mínima neste estudo de sete anos e a máxima 81 anos. Na estratificação por faixas etárias, os menores de 18 anos representaram 3,3% (n = 31), os idosos 10,5% (n = 97), e os adultos representaram a maior parte dos usuários, 86,1% (n = 795). Esses dados foram sumarizados na Tabela 1, a seguir.

¹ O Estudo 1 deu origem a um artigo científico, de autoria de Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da Cunha e Fabio Scorsolini-Comin, que se encontra aprovado e em fase de editoração na Revista Interações (PUC Minas). Título: Perfil de usuários em tratamento espiritual de um centro espírita da região centro-oeste brasileira.

Tabela 1 - Perfil dos usuários em iniciaram tratamento espiritual em um Centro Espírita em Cuiabá/MT, entre os anos de 2017 a 2019.

Ano/sexo/Faixa etária	Menores de 18 anos		18 a 59 anos		60 a 69 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2017	8		264		31		303	32,8
F	5	62,5	180	68,2	18	58,1	203	67,0
M	3	37,5	84	31,8	13	41,9	100	33,0
2018	12		292		40		344	37,3
F	7	58,3	204	69,9	26	65,0	237	68,9
M	5	41,7	88	30,1	14	35,0	107	31,
2019	11		239		26		276	29,9
F	9	81,8	170	71,1	19	73,1	198	71,7
M	2	18,2	69	28,9	7	26,9	78	28,3
Total	31	3,3	795	86,1	97	10,5	923	100,0
F	21	67,7	554	69,7	63	64,9	638	69,1
M	10	32,3	241	30,3	34	35,1	285	30,9
Idade média (máx.-mín.)	14,7 (7-17)		37,3 (18-59)		67,0 (60-81)		39,7 (7-81)	

Como pode ser observado na Tabela 2, uma diversidade religiosa foi observada entre as pessoas que procuraram tratamento espiritual no centro espírita pesquisado. A maior parte dos participantes (n = 365; 39,0%) não informaram a religião. A identificação religiosa mais citada foi de espíritas (n = 325; 34,7%), seguido de católicos (n = 180; 19,2%), protestantes ou evangélicos (n = 21; 2,2%), umbandistas (n = 5; 0,5%), e outras religiões com um frequentador budista (0,1%), messiânica (0,1%), ou denominações genéricas como cristão (0,1%), e espiritualistas (0,1%). Os que afirmaram não ter religião representaram 2,5% (n = 23).

Como o tratamento espiritual prevê um “retorno”, ou seja, passar novamente pela triagem após o término do tratamento, seja para seguir o tratamento ou para obter “alta” do mesmo, o número de atendimentos se refere a quantas vezes esse frequentador de cada religião passou pela triagem fraterna. Espera-se que cada frequentador passe ao menos duas vezes pela triagem fraterna, uma no início do tratamento e outra ao final, conforme citado no método do tratamento (Sociedade de Divulgação Espírita Auta de Souza, 2008). Os espíritas foram a identificação religiosa que mais realizou retornos à triagem (média 2,0), e alguns frequentadores chegaram a passar 12 vezes pela triagem. Média similar (1,9) foi evidenciada também entre os que disseram ser católicos, com participantes que também passaram por 12 vezes na triagem fraterna. Entre as pessoas que não informaram a religião a média e máximo de atendimentos também foi similar aos citados

anteriormente (média 1,8; máximo 11 atendimentos, respectivamente). As demais identificações religiosas tiveram um participante, sendo que um deles (budista) passou pela triagem por três vezes.

Tabela 2 - Identificação religiosa de usuários que iniciaram tratamento espiritual e o número de atendimentos realizados, em um Centro Espírita em Cuiabá/MT, entre os anos de 2017 a 2019.

Identificação religiosa	n	%	Nº atendimentos	Média	Mín-Máx
Não informada	365	39,0	662	1,8	1-11
Espírita	325	34,7	656	2,0	1-12
Católica	180	19,2	346	1,9	1-12
Não tem	23	2,5	35	1,5	1-4
Protestante/Evangélica	21	2,2	31	1,5	1-5
Umbandista	5	0,5	9	1,8	1-3
Budista	1	0,1	3	-	-
Messiânica	1	0,1	2	-	-
Cristão	1	0,1	1	-	-
Espiritualista	1	0,1	1	-	-
Total	923	100,0	1746	1,7	-

6.1.2 Discussão – Estudo 1

O Plano de Ação de Saúde Mental Compreensiva 2013-2030 da Organização Mundial de Saúde recomendou uma aproximação de programas de saúde mental com provedores de saúde mental informais como curandeiros tradicionais e religiosos, entre outros, inclusive sugerindo que esses equipamentos, assim como as práticas integrativas e complementares (yoga e meditação) como agentes de prevenção em promoção de saúde mental. Além disso, sugere o investimento de pesquisas nestas áreas (World Health Organization, 2021). Anteriormente a essa publicação, orientações nesta perspectiva, ainda que de forma mais tímida, já haviam sido feitas no Plano de ação de saúde mental 2013-2020 (World Health Organization, 2013). O reconhecimento do potencial da cura tradicional, ou seja, aquela realizada por curandeiros tradicionais, para reduzir lacunas no tratamento de saúde mental e para compensar um estigma originalmente voltado para a cura tradicional (Pham *et al.*, 2021) foram fatos importantes, que podem estar influenciando o aumento de pesquisas nesta área.

Autores como Green e Colucci (2020) demonstram que, ao contrário do histórico de crenças, sistemas de saúde biomédicos e tradicionais não são totalmente incompatíveis. Como evidenciado na literatura, muitos pacientes já estão engajados em um modelo pluralista em que ambos os sistemas (cuidados médicos e tradicionais e/ou espirituais e religiosos) coexistem e se complementam (Asuzu *et al.*, 2019; Bragdon, 2005; Gonçalves *et al.*, 2015; Lucchetti *et al.*, 2011; Lucchetti *et al.*, 2015; Mccauley *et al.*, 2011; Silva; Scorsolini-Comin, 2020; Wu; Koo, 2016; Xing *et al.*, 2018; Saad; Mosini; Medeiros, 2017). Além disso, os profissionais, tanto biomédicos quanto tradicionais, praticantes de cuidados em saúde mental, expressaram vontade de trabalhar juntos a fim de fornecer um serviço holístico que reflète o comportamento, preferências e crenças do paciente, com um objetivo comum compartilhado de melhorar os resultados do paciente (Green; Colucci, 2020; Pham *et al.*, 2021). No Brasil há uma diversidade de estudos que relatam a importância da investigação e/ou preocupação com os aspectos espirituais e culturais na abordagem biomédica, mas a dinâmica de um trabalho em conjunto ainda parece não existir (Cunha; Scorsolini-Comin, 2019b; Lucchetti; Lucchetti; Vallada, 2013).

O espiritismo, desde a sua gênese, possui uma estreita relação com os processos de saúde e doença, bem como com os itinerários de cura, e a literatura nos apresenta uma série de recursos terapêuticos que são por eles utilizados, tais como o esclarecimento espírita (sendo o Evangelho a base deste estudo); a prece; a água fluidificada (ou magnetizada); a caridade; o passe, que é a transfusão de energias físico-psíquicas e a desobsessão (terapia de liberação do espírito) (Lucchetti *et al.*, 2011) sendo esta e o passe indissociáveis à magnetização.

No presente estudo de perfil foram incluídas apenas os usuários que buscaram pelo denominado “tratamento espiritual”. Embora seja um grupo de procedimentos estabelecidos, não retrata a totalidade de pessoas que podem estar recebendo algum tipo de tratamento vinculado à instituição pesquisada, quando comparado às diversas possibilidades de tratamento como elencado anteriormente. Tratamentos espirituais são atividades muito presentes nos centros espíritas brasileiros. Um estudo realizado na cidade de São Paulo relatou que 100% dos centros espíritas pesquisados realizavam atividades de cura/tratamento espiritual voltadas à população em geral, ou seja, não restritos à comunidade declaradamente espírita (Lucchetti *et al.*, 2015).

Entre os frequentadores do tratamento espiritual em questão, houve uma maior representatividade do sexo feminino em uma proporção de quase 70% do total de

frequentadores, conforme disposto na Tabela 1. Isso nos remete a associar que quando se trata de busca de atendimento de saúde em meios formais (por exemplo, serviços de atenção básica à saúde), os homens os procuram menos comparados às mulheres. Um estudo nacional que avaliou a busca dos serviços preventivos de saúde, com base na Pesquisa Nacional de Saúde, verificou que a amostra se constituiu de 64,7% de mulheres (Silva; Torres; Peixoto, 2020). Outro estudo realizado em Recife, relacionado ao perfil dos usuários de Práticas Integrativas e Complementares de um serviço de público, a diferença entre sexos foi ainda maior, com uma frequência de 88,4% dos usuários mulheres (Cabral; Guimarães; Sousa, 2021). Características tidas como masculinas como invulnerabilidade, força e virilidade são inconciliáveis com a procura aos serviços de saúde, pois, poderiam demonstrar sinais de fraqueza e insegurança, e, portanto, colocaria em risco a masculinidade (Gomes; Nascimento; Araújo, 2007). Aventa-se que motivos similares façam com que esse público que já procura menos os meios formais de cuidado à saúde também representem a menor busca por outros ambientes de cuidado com a saúde.

Estudos que objetivaram avaliar intervenções religiosas e espirituais frequentemente relatam uma amostra predominantemente feminina, embora tratem de situações de saúde que não são inerentes às mulheres. Em um estudo realizado nos Estados Unidos que avaliou a dor, a atenção plena e a espiritualidade em pessoas com enxaqueca, a maioria das participantes era mulher (n = 59; 80%) (Feuille; Pargament, 2015). Outro estudo, em Taiwan, realizou intervenção espiritual em pessoas idosas com demência teve sua amostra constituída por 69% de mulheres (n = 71) (Wu; Koo, 2016). Percentuais semelhantes também foram apresentados em outro estudo norte americano de intervenção espiritual em pessoas com doenças crônicas, em que 62% (n = 62) (Mccauley *et al.*, 2011). Embora aqui estejamos fazendo uma comparação entre a diferença de sexo na procura por cuidados de saúde (formais e populares), compreender melhor sobre os motivos que levam mais mulheres a buscarem o tratamento espiritual faz-se necessário.

Observamos que a maior parte das pessoas que fizeram a triagem fraterna, em busca de tratamento espiritual, não informou a religião (Tabela 2). Este resultado pode indicar que a filiação religiosa não constitui um princípio para a realização de tratamento espiritual, nem mesmo é requerida como pergunta obrigatória no ato da triagem, ou ainda pode ser interpretada como uma falha na coleta dos dados. As religiões mais citadas pelos participantes foram espiritismo e catolicismo (n = 328/34,7% e n = 184/19,2%), respectivamente. A média de retorno à triagem foi bem similar entre os que não

informaram a religião, espíritas e católicos, variando de 1,8 a 2,0 atendimentos. Outra informação que chamou atenção é que embora as médias variem de um a dois atendimentos, houve participantes que frequentaram a triagem de 11 a 12 vezes nesses mesmos grupos.

Podemos considerar que o público que procura tratamentos espirituais não se constitui somente dos autodeclarados espíritas, pois observa-se a presença de praticantes de outras religiões em procuras pontuais por tratamentos espirituais. Esse movimento já foi relatado em outros estudos (Lucchetti *et al.*, 2015; Bragdon, 2005; Lucchetti *et al.*, 2011). Esta procura é bastante frequente também em outros centros que promovem atendimentos espirituais, sobretudo os relacionados à cura (Silva; Scorsolini-Comin, 2020). Esse contexto de porosidade religiosa (Augras, 2012), bastante frequente no cenário brasileiro, está associado ao modo como as diferentes religiões e religiosidades dialogam em nosso cenário. A existência da umbanda como religião eminentemente brasileira, por exemplo, revela em sua origem o atravessamento de outras matrizes religiosas como o espiritismo, o candomblé e o catolicismo (Rabelo, 1993). É importante também considerar que o trânsito religioso é um fenômeno frequente em nosso país, um fenômeno cravado em nossa cultura. Assim, como os centros espíritas não restringem seus atendimentos aos seus adeptos, abre-se a possibilidade que esses locais sejam frequentados por pessoas ligadas a diferentes religiões ou mesmo que não se filiem a qualquer religião em específico.

Importante ressaltar que embora neste estudo estejamos considerando as religiões de forma sistemática, assim como no censo demográfico brasileiro, vários autores discordam dessa representatividade reducionista. Além da porosidade religiosa, a noção de campo religioso, a dinâmica entre as religiões, circulação e pluralidade religiosa precisam ser consideradas (Montero; Antunes, 2020). Além disso, esse movimento contra reducionista baseado no conceito de campo religioso demonstra que no Brasil algumas mudanças são perceptíveis, como o menor rigor das estruturas sólidas de enquadramento e identidade religiosa, carecendo de uma atitude de abertura e diálogo nas instituições religiosas relacionadas às afirmações de estrutura identitária religiosa (Sanchis, 2012; Montero; Antunes, 2020).

Dessa forma, desmistificar a necessidade de uma afiliação religiosa pode ser uma prática mais atual, ainda mais considerando que temos na sociedade, em pesquisa mais recente, 12,4% dos participantes referiram não ter afiliação religiosa (Peres *et al.*, 2018), assim como demonstrado nesse estudo ($n = 23/2,5\%$), os que não possuem religião. Esse

movimento em expansão (das pessoas sem religião), pode ser interpretado como um desdobramento das dinâmicas próprias do campo religioso (Montero; Antunes, 2020).

Retornando à consideração de que é um fato que os indivíduos buscam ambientes de cura tradicionais, religiosos, ou populares para seus problemas de saúde (Asuzu *et al.*, 2019; Bragdon, 2005; Gonçalves *et al.*, 2015; Lucchetti *et al.*, 2011; Lucchetti *et al.*, 2015a; Mccauley *et al.*, 2011; Silva; Scorsolini-Comin, 2020; Wu; Koo, 2016; Xing *et al.*, 2018), vislumbrar um sistema de saúde que integra formalmente vários modos de cura podem ser uma forma eficaz de abordar uma grande lacuna de tratamento e recursos limitados. Para pacientes que têm crenças culturais e espirituais que não estão de acordo com as do sistema de saúde formal vigente, existe a possibilidade de um cuidado mais holístico e sinergias potenciais, se a colaboração entre os sistemas de cura for facilitada (Nortje *et al.*, 2016; Green; Colucci, 2020; Pham *et al.*, 2021). Além disso, revisões sistemáticas como a de Van der Watt *et al.* (2018) demonstram evidências da percepção da cura tradicional e/ou pela fé como eficazes no tratamento de doenças mentais, especialmente quando usadas em combinação com o tratamento biomédico.

Embora ainda de forma tímida, contudo crescente, estudos em diversos países demonstraram a utilização de cuidados biomédicos integrados a tratamentos tradicionais (Nolna *et al.*, 2020; Asuzu *et al.*, 2019; Krah; Kruijf; Ragno, 2018; Solera-Deuchar *et al.*, 2020; Pham *et al.*, 2021; Green; Colucci, 2020). E a integração dos sistemas de saúde tradicionais e biomédicos expande o alcance e melhora os resultados dos cuidados de saúde, podendo ser ofertados de forma integrada. (Krah; Kruijf; Ragno, 2018; Green; Colucci, 2020). Essas evidências destacam a oportunidade única na história e na saúde pública de estudar os métodos tradicionais práticas de países de baixa e média renda e seus efeitos sobre o bem-estar mental enquanto ainda são amplamente utilizados (Pham *et al.*, 2021).

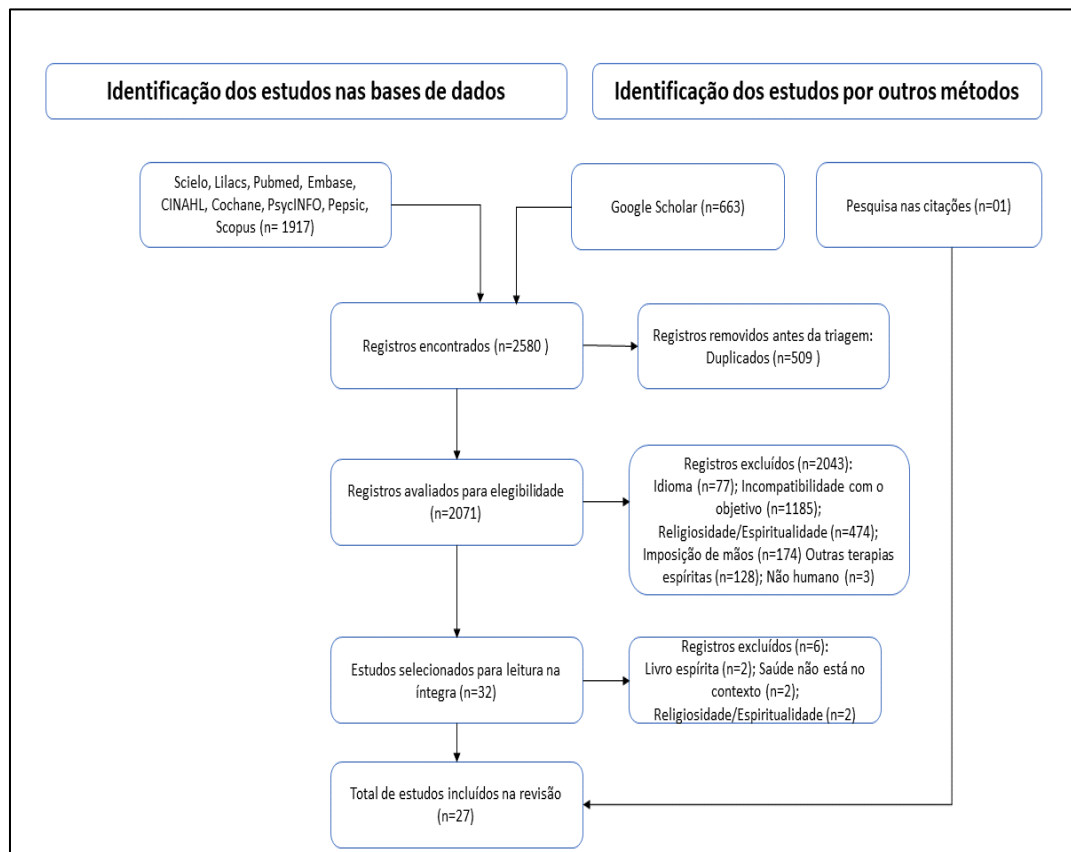
Estudos de perfil como o aqui apresentado podem ser disparadores importantes para o reconhecimento de intervenções que já vêm sendo implementadas, bem como o diálogo estabelecido outras formas de cuidar associadas a equipamentos formais de assistência em saúde. O perfil encontrado – feminino e não necessariamente pertencente ao espiritismo – pode revelar que esse equipamento popular de saúde pode representar uma fonte de apoio a uma parcela específica da população. O que ainda deve ser compreendido em levantamentos futuros é se essa busca revela uma lacuna nos equipamentos formais de cuidado ou mesmo de acolhimento em outras religiões ou redes de apoio social.

6.2 Resultados e Discussão – Estudo 2²

6.2.1 Resultados – Estudo 2

O processo de busca e seleção de evidências descrito na seção de Método resultou em 27 artigos. A Figura 4 representa o processo de triagem e seleção e composição do corpus da revisão.

Figura 4 - Fluxograma de busca, seleção e composição do corpus da revisão de escopo.



Fonte: Elaborada pelos autores.

² O Estudo 2 deu origem a um artigo de autoria de Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da Cunha, Vivian Fukumasu da Cunha e Fabio Scorsolini-Comin. Está publicado no idioma inglês no periódico *International Journal of Latin American Religions*. Agradeço ao editor pela autorização para veiculação do texto em português na presente Tese.

Observou-se que as referências que compuseram o *corpus* foram publicadas predominantemente entre os anos de 2013 a 2022 (78%), e apenas uma referência incluída foi publicada há mais de 20 anos (antes de 2003). Nota-se que as referências mais recentes foram em sua maioria submetidas à revisão por pares (81%). O país de origem do primeiro autor foi predominantemente o Brasil (85%), mas também tivemos autores dos Estados Unidos e do México. Dos autores brasileiros, destacam-se dois autores pelo número de publicações sobre esse tema, com Carneiro E.M. como primeiro autor de sete estudos, e Lucchetti G. presente em quatro estudos.

Os locais onde os estudos foram realizados, na maioria dos casos, foram em centros espíritas (n = 11/41%), hospitais gerais (n = 9/33%), hospitais psiquiátricos espíritas (n = 3/11%) e outros locais, como salas, sem mencionar a localização específica, ou unidades de atenção primária à saúde também foram relatados (n = 4/15%). Dos estudos realizados em centros espíritas (n = 6/22%), eram teses ou dissertações e não passaram por revisão por pares. Nenhum desses estudos, nem mesmo aqueles realizados em centros espíritas ou hospitais espíritas, relatou conflitos de interesse.

Observamos uma diversidade de estudos que compuseram esta revisão em relação aos métodos utilizados. Dos 27 artigos, nove (33%) são artigos com resultados de ensaios clínicos randomizados (ECR) cegos, e 74% deles foram publicados em revistas científicas, ou seja, passaram por revisão por pares, enquanto 26% consistiam em teses e dissertações. Sete (26%) artigos sem comparação entre grupos (observacionais, transversais ou retrospectivos), sete artigos (26%) estudos qualitativos, três (11%) artigos de opinião ou discussão filosófica e um estudo (4%) métodos quantitativos e qualitativos. Essas informações foram sumarizadas na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3 - Ano de publicação, nacionalidade do primeiro autor, local onde o estudo foi realizado e tipo de estudo das referências incluídas na revisão (n=27).

Metadados		Revisão por pares				n	%
		Sim	%	Não	%		
Ano	2013-2022	17	81	4	19	21	78
	2003-2012	3	60	2	40	5	18
	Antes de 2003			1	100	1	4
Primeiro autor	Brasil	18	78	5	22	23	85
	EUA	2	67	1	33	3	11
	México			1	100	1	4
Local do estudo	Centro espírita	5	19	6	22	11	41
	Hospital Geral	9	33			9	33
	Hospital psiquiátrico espírita	3	11			3	11
	Outros locais	3	11	1	4	4	15
Tipo de estudo	ECR cego ou duplo-cego	9	33			9	33
	Estudo de observação	7	26			7	26
	Estudo qualitativo	1	4	6	22	7	26
	Artigo de opinião	3	11			3	11
	Estudo misto			1	4	1	4

ECR: ensaio clínico randomizado

Quanto ao processo de randomização dos ECR, os artigos relatam que foram realizados usando programas de computador (por exemplo, Microsoft Excel®) (Carneiro *et al.*, 2016; Carneiro *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2018a; Carneiro *et al.*, 2018b; Carneiro *et al.*, 2018c; Carneiro *et al.*, 2020a) ou através de sites específicos para esse fim (por exemplo, random.org) (Cavalcante *et al.*, 2016; Zacaron *et al.*, 2021). Apenas um estudo não mencionou como o processo de randomização foi realizado (Carneiro *et al.* 2020b). Outra precaução presente na maioria dos ECR, com o objetivo de reduzir a possibilidade de viés, diz respeito à filiação religiosa.

Todos os ECR, com exceção de estudos realizados com recém-nascidos na UTI (Carneiro *et al.*, 2018b; Carneiro *et al.*, 2018c), divulgaram informações sobre a afiliação religiosa, e em todos eles apresentaram diferentes religiões entre os participantes do estudo, com o catolicismo sendo a religião mais predominante em todos os estudos (Cavalcante *et al.*, 2016; Carneiro *et al.*, 2016; Carneiro *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2018a; Carneiro *et al.*, 2020a; Carneiro *et al.*, 2020b; Zacaron *et al.*, 2021). Alguns estudos analisaram o comportamento religioso organizacional, comportamento religioso não organizacional e religiosidade intrínseca mensurada pelo instrumento DUREL com comportamentos semelhantes entre os grupos pesquisados (Cavalcante *et al.*, 2016;

Carneiro *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2018a; Carneiro *et al.*, 2020a; Carneiro *et al.*, 2020b; Zacaron *et al.*, 2021).

A Tabela 4 apresenta um resumo das referências em relação ao ano de publicação, autores, tipo de estudo, população/contexto, local do estudo, passe espírita como terapia única ou associada e os principais resultados e/ou sugestões. Alguns estudos utilizaram em sua metodologia a aplicação do passe espírita como terapia única (n = 9/33%), outras vezes como parte de um conjunto de terapias espíritas complementares (TEC) (n = 18/7%). O termo TEC foi usado por alguns autores para nomear um conjunto de atividades ou práticas ensinadas pelos centros espíritas e inclui a oração, o passe espírita, a água fluidificada, a caridade, a educação moral e a desobsessão (Lucchetti *et al.*, 2011; Carneiro *et al.*, 2018a). No entanto, existem outras terapias espíritas que foram mencionadas nas referências selecionadas, como cirurgia espiritual (Lynch, 1996) e pintura mediúnica (Pinto *et al.*, 2019). Quanto aos principais resultados e/ou sugestões, são apresentadas duas categorias, diferenciando os resultados em relação à forma de uso do passe espírita, ou seja, passe espírita como terapia única e passe espírita como prática terapêutica associada a outras terapias espíritas.

Tabela 4 - Resumo das referências incluídas na revisão de escopo.

Ano	Autores	País de origem do autor principal	Tipo de estudo; Passe espírita como terapia (único ou associado)	População / contexto	Localização do estudo ou informações do estudo	Principais resultados e/ou sugestões
1996	Lynch, D. W.	Estados Unidos	Tese: Estudo qualitativo; Associado	Cirurgia Espiritual Atendentes	Centro Espírita	60% (24) relataram ter procurado um médico antes do tratamento espiritual e que a ajuda foi temporária ou parcial, e após isso decidiram buscar tratamento espiritual; mais estudos clínicos controlados são necessários para avaliar a eficácia na redução da resposta à dor.
2005	Bragdon, E.	Estados Unidos	Artigo de opinião; Associado	Público em geral	Centros Espíritas Brasil	PE usado para curar doenças físicas e mentais e fortalecer a saúde; sugere que as terapias espíritas podem ser mais bem estudadas e incorporadas ao sistema de saúde norte-americano.
2006	Sanches, Z. D. M.	Brasil	Tese: estudo qualitativa; Associado	Pessoas em abuso de drogas	Centro Espírita	PE teve efeito tranquilizante, sensação de calma e afastamento das preocupações; efeito ansiolítico; recomendamos de 6 a 8 sessões do PE, uma vez por semana cada sessão.
2009	Couras, A. R. N.	Brasil	Dissertação: estudo qualitativo; Associado	Público em geral	Centro Espírita	Melhora geral da saúde após tratamento espiritual (inclui PE); apresenta 3 casos individuais com melhoria dos seus problemas de saúde demonstrada através de exames médicos complementares.
2011	Jabert, A., Facchinetti, C.	Brasil	Estudo retrospectivo qualitativo; Associado	Pacientes com transtornos mentais	Hospital psiquiátrico espírita Uberaba/MG	Reabilitação física e mental de alguns pacientes internados no sanatório pesquisado com uso do PE associado ao tratamento; a análise dos prontuários possibilitou verificar como eram combinados diagnósticos e tratamentos médicos e espirituais.
2012	Lucchetti, G., Aguiar, P. R. D., Braghetta, C. C., Vallada, C. P., Moreira-Almeida, A., Vallada, H.	Brasil	Descritivo; Associado	Pacientes com transtornos mentais	Hospitais psiquiátricos espíritas	Todos os hospitais pesquisados oferecem tratamentos espirituais como PE, água fluidificada, palestras, desobsessão, oração, atendimento fraterno, que são conduzidos por voluntários, a todos os pacientes e funcionários; a falta de evidências científicas claras é um grande desafio observado; até o momento, nenhum estudo com metodologia sólida avaliou essa questão.

2013	Bragdon, E., Azevedo, J. L.	Estados Unidos	Artigo de opinião; Associado	de	Pacientes com transtornos mentais	Hospitais psiquiátricos espíritas Brasil	PE é uma prática em hospitais psiquiátricos realizada por voluntários para pacientes internados; é recomendado na alta do paciente; as técnicas empregadas pelos espíritas como atendimento gratuito podem ser uma resposta parcial para aprimorar os protocolos de atendimento às pessoas com transtorno mental.
2013	Novaes, C. S.	Brasil	Dissertação: estudo quanti/qualitativo; Associado		Público em geral	Centro Espírita	Melhora significativa no resumo dos componentes mentais e nos seguintes domínios da qualidade de vida; estudos futuros são necessários para comparar os resultados do tratamento curativo e os efeitos de outras intervenções.
2014	Sampaio, J. A.	Brasil	Dissertação: estudo qualitativo; Associado		Pessoas em abuso de drogas	Unidade Básica de Saúde	Melhora do bem-estar e mudança de pensamento após PE e oração; maior sensação de calma; relaxamento maior reintegração vibracional das pessoas que receberam o PE com o profissional de saúde que o aplicou; a inserção do PE como terapia complementar na unidade de saúde foi no sentido da promoção da saúde.
2014	Rosa, L. B.	Brasil	Dissertação: estudo qualitativo; Associado		Público em geral	Centro Espírita	Relata casos individuais de cura de problemas de saúde considerados graves ou irreversíveis; a busca por terapias alternativas no Brasil é uma atitude já internalizada por indivíduos de diferentes classes sociais e diferentes níveis de formação acadêmica.
2015	Lucchetti, A. L. G., Peres, M. F. P., Vallada H. P., Lucchetti G.	Brasil	Estudo descritivo; Associado		Pessoas com depressão	Centro Espírita São Paulo/SP	Remissão da depressão após TEC, porém em uso de antidepressivos; a TEC pode ter implicações importantes para a saúde; integrar intervenções espirituais ou religiosas em tratamentos clínicos pode ser uma importante janela terapêutica para melhor adesão ao tratamento e melhores resultados; estudos futuros devem identificar outros tratamentos oferecidos; medir sua eficácia e efeitos adversos; comparando o tratamento médico isolado com o tratamento associado a intervenções espirituais.
2015	Lucchetti, A. L. G., Lucchetti, G., Leão, F.	Brasil	Estudo observacional; Associado		Público em geral	Centro Espírita São Paulo/SP	Os problemas de saúde mais relatados pelos participantes foram depressão (45,1%), câncer (43,1%) e doenças em geral (33,3%). Houve padronização das terapias oferecidas: PE,

	C., Peres, M. F. P. Vallada H.						desobsessão e palestras; O padrão de intervenção usado para pessoas com problemas de saúde mental é semelhante, independentemente do tipo de transtorno psiquiátrico.
2016	Cavalcante, R. S., Banin, V. B., Paula, N. A. M. R., Daher, S. R., Habermann, M. C., Habermann, F., Bravin, A. M., Silva, C. E. C., Andrade, L. G. M.	Brasil	ECR; Único	Voluntários	Sala (local não especificado) Botucatu /SP		Uma diminuição significativa na ansiedade tanto no GPE quanto no GC. Ao final do estudo, 17% e 63% dos participantes do GPE e GC, respectivamente, ainda atendiam ao critério de ansiedade, porém a redução da ansiedade (82,6%) foi mais acentuada no GPE; necessidade de mais estudos para avaliar os mecanismos e determinar os efeitos das terapias espíritas de PE em populações clínicas e avaliação de eficácia com cegamento.
2016	Carneiro, E. M., Moraes, G. V, Terra, G. A.	Brasil	ECR cego; Único	duplo- Pacientes internados na clínica médica	Hospital geral Uberaba/MG		O GPE mostrou reduções estatisticamente significativas na ansiedade e depressão e um aumento no bem-estar entre o início e o pós-intervenção, com percepções de tensão muscular diminuindo significativamente após as intervenções, quando comparado com GC e GIMSE. O GPE teve os menores números de FC após as intervenções, mas não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para FC, saturação de oxigênio e dor na escala visual analógica.
2017	Carneiro, E. M., Barbosa, L. P., Marson, J. M., Terra Junior, J. A., Martins, C. J. P., Modesto, D., Resende, L. A. P. R., Borges, M. F. Anefalos, A., Silva, W. A. B., Pinto, R. M., Ferrari, R. D., Boni, A. F., Duarte, C. B., Reis, R. R.	Brasil	ECR cego; Único	duplo- Pacientes hospitalizados com problemas cardiovasculares	Hospital geral Uberaba/MG		Redução da ansiedade, tensão muscular, melhora do bem-estar, aumento da saturação de oxi-hemoglobina (todos com significância estatística) no GPE em relação ao GIMSE e GC; sem efeitos adversos e contraindicações; estudos com amostras maiores e seguimento a longo prazo são necessários.
2017	Ferrari, R. D., Boni, A. F., Duarte, C. B., Reis, R. R.	Brasil	Estudo Retrospectivo quantitativo; Associado	Serviço de Capelania Hospital Espírita	Hospital geral Uberaba/MG		O serviço de capelania cresceu mais de 900% no período estudado.
2017	Marmolejo, J. G.	México	Dissertação: estudo qualitativo;	Pessoas vivendo	Centro Espírita		Melhora do estado emocional, bem-estar e relaxamento em decorrência do PE; sugere novas investigações sobre terapias

2017	Saad, M., Mosini, A. C. F., Medeiros, R.	Brasil	Artigo de opinião; Associado	de	Associado com HIV/AIDS	População geral	Não cita	voltadas para a desobsessão sexual e terapias voltadas para portadores de HIV-AIDS. Sugere a integração das práticas espíritas (oração, acolhimento fraterno, reforma íntima, PE, água fluidificada, desobsessão, entre outras) com a biomedicina; as técnicas são seguras e não interferem no tratamento médico convencional; visa aumentar o bem-estar e não curar a doença.
2018	Carneiro, E. M., Barbosa, L. P., Bittencourt, A. C., Hernández, C. G., Timóteo, R. P., Almeida, C. O., Borges, M. F.	Brasil	ECR duplo-cego; Único	duplo-	Recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva		Hospital Geral Uberaba/MG	A frequência respiratória foi menor no GPE; redução da FC e tempo de internação (sem diferenças estatísticas); GC: maior tendência dos níveis de cortisol; o PE não tem contraindicações, é rápido e gratuito; sugere a inserção da terapia na prática clínica; mais estudos com amostras maiores e acompanhamento são necessários.
2018	Carneiro, E. M., Barbosa, L. P., Bittencourt, A. C. S., Silva, C. C., Almeida, C. O., Pires, R. B. M., Borges, M. F.	Brasil	ECR duplo-cego; Único	duplo-	Recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva		Hospital geral Uberaba/MG	No GPE houve diferenças significativamente menores nos níveis de eritrócitos totais, hemoglobina e neutrófilos, maiores nos valores de linfócitos e escores de plaquetas; quanto às complicações, no GC 30,7% usaram antibióticos e 15,4% usaram drogas vasoativas em comparação com 18,2% usaram antibióticos no GPE maior imunidade, com base no aumento da contagem de linfócitos, e menor incidência de complicações durante a internação no GPE em comparação ao GIMSE.
2018	Carneiro, R. V., Vervloet, C. A.	Brasil	Estudo descritivo; Associado		Participantes		Centro Espírita Vitória/ES	68% dos participantes tiveram melhora na saúde geral; 69% relataram melhor nível de dor ao final da terapia; melhora significativa em 15 itens do inventário de ansiedade, sendo que 6 não apresentaram diferença estatística; melhora da qualidade do sono, problemas de saúde nas atividades laborais e qualidade de vida; mais pesquisas são necessárias com uma amostra maior e com controle para variáveis que podem confundir o resultado da terapia.
2018	Carneiro, E. M., Borges, R. M. C., Assis, H. M.	Brasil	ECR simples-cego; Único	simples-	Pacientes internados		Hospital geral Uberaba/MG	Reduções significativas nos efeitos negativos na escala de bem-estar subjetivo e na tensão muscular; aumento significativo do bem-estar no grupo TEC; são necessários mais

	N., Bazaga, L. G., Tomé, J. M., Silva, A. P., Borges, M. F.			com HIV/AIDS		estudos com seguimento a longo prazo e comparação com outro tratamento complementar ou placebo.
2019	Pinto, E. C. P., Pinto, J. R. R., Calio, Z., Picarelli, H., Peres, M. F. P., Reis, A. C.	Brasil	Estudo transversal quantitativo; Associado	Participantes com disfunção temporomandibular	Centro Espírita São Paulo/SP	A terapia principal é a pintura mediúnica, o PE é feito em conjunto; melhora significativa entre os resultados antes e depois para sintomas de disfunção temporomandibular, ansiedade e distúrbio do sono.
2020	Mendes, A. S., Arantes, T. C., Martins, V. E., Nicolussi, A. C.	Brasil	Estudo transversal quantitativo; Único	Pacientes com Câncer	Hospital geral Uberaba/MG	Poucos pacientes receberam algum tipo de instrução, apoio ou intervenção espiritual durante o tratamento (16%); entre os 94 que receberam alguma prática espiritual, 36 (13,1%) receberam o PE; práticas integrativas e espirituais podem proporcionar controle e aumentar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer.
2020	Carneiro, E. M., Tosta, A. M., Antonelli, I. B. S., Soares, V. M., Oliveira, L. F. A., Borges, R. M. C., Silva, A. P., Borges, M. F.	Brasil	ECR duplo-cego; Único	Pacientes Pré-cirúrgicos internados	Hospital geral Uberaba/MG	GPE: redução significativa da ansiedade, tensão muscular e aumento do bem-estar, maior redução da depressão; a terapia do PE é factível (rápida, não invasiva, custo-efetiva para o paciente e para o hospital); estudos com uma população maior e seguimento de longo prazo são necessários.
2020	Carneiro, E. M., Oliveira, L. F. A., Silva, D. A. A., Sousa, J. B. F., Timóteo, R. P., Barbosa Neto, O., Silva, A. P., Rodrigues Junior, V., Resende, L. A. P. R., Borges, M.F.	Brasil	ECR duplo-cego; Único	Funcionários do hospital voluntários	Hospital geral Uberaba/MG	Melhora significativa de neutrófilos e atividade parassimpática cardíaca no PGE; redução dos parâmetros eritrocitários e interleucina-10 no GC; em ambos os grupos houve redução significativa da ansiedade, estresse, depressão e afeto negativo após uma sessão; nenhum efeito adverso e não tem contraindicações; é rápido e economicamente viável por ser realizado por voluntários; precisam ser realizados com diferentes faixas etárias e situações clínicas; requer estudos de acompanhamento de longo prazo.
2021	Zacaron, K. A. M., Santos, C. S., Corrêa, C. P. S., Silva, Y. C., Reis,	Brasil	ECR Duplo-cego; Único	Pessoas com artrose do joelho	Clínica Juiz de Fora/MG	Em 8 semanas: a CF das pessoas no GPE foi melhor e a ansiedade menor (com significância estatística) comparada ao GIMSE e GC; melhora significativa da dor em relação ao GC;

I. C. F., Simões, M. S.,
Lucchetti, G.

após 16 semanas: CF foi melhor que no GIMSE e melhor em todas as avaliações (dor, capacidade funcional, mobilidade funcional, ansiedade, depressão, qualidade de vida), exceto rigidez em relação ao GC.

Nota: PE: Passe Espírita; ECR: ensaio clínico randomizado; TEC: Terapia Espírita Complementar; GPE: Grupo Passe Espírita; GC: Grupo Controle; GIMSE: Grupo Imposição de mãos sem dimensão espiritual; FC: Frequência Cardíaca; CF: Capacidade Funcional.

Fonte: Elaborada pelos autores.

6.2.1.1 PE como um tratamento espírita único

Oito ECR que utilizaram o PE como o único tratamento tinham como objetivo comparar a eficácia dessa técnica com outros grupos, na maioria das vezes um grupo de controle (GC) e/ou um grupo de simulação com imposição de mãos (GIMS) ou um grupo de imposição de mãos sem dimensão espiritual (GIMSE) (Carneiro *et al.*, 2016; Carneiro *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2018b; Carneiro *et al.*, 2018c; Carneiro *et al.*, 2020a; Carneiro *et al.*, 2020b; Cavalcante *et al.*, 2016; Zacaron *et al.*, 2021). Entre eles, o estudo realizado por Cavalcante *et al.* (2016) comparou um grupo que recebeu o PE (GPE) com o GIMS no tratamento de pessoas com sintomas de ansiedade e sem tratamento médico, aconselhamento psicológico ou psiquiátrico. Ao final deste estudo, foi identificada uma diminuição nas pontuações de ansiedade em ambos os grupos. No entanto, o GPE mostrou uma redução mais acentuada na ansiedade.

O estudo de Zacaron *et al.* (2021) teve como objetivo avaliar os efeitos da imposição de mãos como terapia complementar à cinesioterapia na dor, rigidez articular e capacidade funcional de mulheres idosas com osteoartrite do joelho, comparando os efeitos em três grupos: GPE, GIMSE e GC com prática exclusiva de cinesioterapia. Os autores concluíram que o GPE diferiu significativamente do GIMSE apenas no que se refere ao estado funcional e também do GC para todos os resultados, com exceção da rigidez e do tempo. Eles sugerem que o PE pode promover melhores resultados funcionais a longo prazo quando combinado com terapia adjunta à cinesioterapia.

O estudo de Mendes *et al.* (2020) não é objetivo em relação a quanto as práticas espirituais são aplicadas exclusivamente ou combinadas com outras práticas espirituais. Trata-se de um estudo transversal quantitativo que avalia as terapias espirituais praticadas por pessoas com câncer submetidas à quimioterapia, incluindo o PE entre elas. De acordo com os autores, as práticas espirituais e integrativas proporcionam um aumento na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer e podem ajudar a controlar os sintomas físicos e proporcionar bem-estar psicológico, social e espiritual, o que influencia a construção de significados para a doença e, conseqüentemente, seu enfrentamento.

Seis ECR foram desenvolvidos por um grupo de pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, localizada na cidade de Uberaba, Minas Gerais, Brasil (Carneiro *et al.*, 2016; Carneiro *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2018b; Carneiro *et al.*, 2018c; Carneiro *et al.*, 2020a; Carneiro *et al.*, 2020b). Um primeiro estudo tinha como objetivo avaliar

sintomas de ansiedade, depressão, dor, percepção de tensão muscular e parâmetros fisiológicos em pacientes internados em uma clínica médica. Os participantes foram alocados em três grupos diferentes, com avaliações feitas antes e depois das intervenções (GPE, GIMSE, GC). Como resultado, houve uma redução significativa na ansiedade e depressão no GPE entre o início e pós-intervenção, com uma redução significativa na percepção de tensão muscular e um aumento significativo no bem-estar entre a linha de base e pós-intervenção e em comparação com o GC e o GIMSE. O GPE teve os números mais baixos de frequência cardíaca (FC) após as intervenções, mas não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para FC, saturação de oxigênio e dor na escala analógica visual (Carneiro *et al.*, 2016).

Um segundo estudo com uma metodologia muito semelhante foi realizado com pacientes com problemas cardiovasculares internados em um hospital. Como resultado, houve uma redução significativa nas pontuações de ansiedade e tensão muscular, melhora no bem-estar e um aumento significativo nas pontuações de saturação periférica de oxihemoglobina em pacientes do GPE, bem como uma redução significativa na tensão muscular e melhora no bem-estar em pacientes do GIMSE. No entanto, a redução da tensão muscular e a melhora do bem-estar foram mais pronunciadas no grupo que recebeu o PE em comparação com os outros dois grupos (Carneiro *et al.*, 2017).

Um terceiro estudo procurou avaliar os efeitos do PE na resposta hematológica e complicações em recém-nascidos internados em cuidados intensivos. Neste estudo, compararam-se dois grupos, o GPE e o GIMSE. O estudo mostrou uma redução significativa nos níveis totais de eritrócitos e hemoglobina no GPE, além de um aumento no número de plaquetas e um menor número de complicações medidas pelo uso de antibióticos e vasopressores. Houve também uma redução significativa nas contagens de neutrófilos em ambos os grupos no período avaliado, com uma diferença maior no grupo PE, e não houve diferença nas contagens de leucócitos e monócitos entre os grupos. O estudo também mostra uma correlação positiva entre o número de complicações e o tempo de internação hospitalar (Carneiro *et al.*, 2018b).

O quarto estudo, com amostra e método semelhantes ao estudo anterior, avaliou os níveis de hormônios do estresse, dor, parâmetros fisiológicos e tempo de internação hospitalar. Observou-se que no GPE, a frequência respiratória foi significativamente menor e foi observada uma redução da frequência cardíaca e do tempo de internação hospitalar, sem diferenças estatísticas (Carneiro *et al.*, 2018c).

O quinto estudo avaliou a eficácia do PE em pacientes à espera de um procedimento cirúrgico, com o objetivo de avaliar a ansiedade pré-operatória, e outras medidas como depressão, dor, parâmetros fisiológicos, tensão muscular e bem-estar (Carneiro *et al.*, 2020b). A comparação foi realizada entre três grupos, GPE, GIMSE e sem imposição de mãos (GC). Os pacientes do GPE tiveram maiores reduções na ansiedade e na tensão muscular e um aumento no bem-estar em comparação com os outros dois grupos.

Um método semelhante foi aplicado em um estudo com funcionários de hospital que apresentavam níveis leves a graves de estresse ou ansiedade, também avaliados quanto à depressão e afetos positivo/negativo. A equipe do hospital foi dividida em dois grupos (GPE e GIMSE). Em ambos os grupos, houve uma redução significativa na ansiedade, estresse, depressão e afeto negativo após uma sessão, no entanto, no GPE, a melhora foi em diferentes aspectos do GIMSE. Os pesquisadores concluíram que o PE parece ser mais eficaz em aumentar a atividade vagal cardíaca e regular as respostas imunológicas (Carneiro *et al.*, 2020a).

Nesses seis estudos apresentados, são mencionados pontos positivos e recomendações sobre a possibilidade de inserção do PE na prática clínica, apontando que não foram relatados efeitos adversos. Sugere-se que essa terapia pode ser viável e econômica, pois é realizada por voluntários, ajudando a melhorar a saúde mais rapidamente e, conseqüentemente, reduzir os custos com hospitalizações e suprimentos (Carneiro *et al.*, 2016; Carneiro *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2018b; Carneiro *et al.*, 2018c; Carneiro *et al.*, 2020a; Carneiro *et al.*, 2020b).

6.2.1.2 PE como prática terapêutica associada a outros tratamentos espíritas

Essa categoria destaca o uso do PE combinado com outros tipos de tratamentos praticados dentro do Espiritismo. No entanto, duas características principais foram identificadas entre eles, compondo duas subcategorias: estudos com intervenções em hospitais e estudos com intervenções em centros espíritas.

6.2.1.2.1 Estudos com intervenções em hospitais

Esta subcategoria retrata um conjunto de estudos realizados em hospitais ou que tiveram informações coletadas nesse contexto. O estudo de Carneiro *et al.* (2018a)

realizou um ECR duplo-cego para avaliar os efeitos do tratamento associado a TEC sobre o estado emocional, tensão muscular e bem-estar de pacientes internados com HIV/AIDS. Os pacientes foram divididos em dois grupos: grupo de controle, com tratamento biomédico, e o outro com tratamento biomédico mais TEC, por três dias consecutivos. No final, foram registradas reduções significativas nos efeitos negativos e na tensão muscular, juntamente com aumentos significativos no bem-estar no grupo TEC.

O estudo retrospectivo de Anefalos *et al.* (2018) teve como objetivo relatar as atividades realizadas por um serviço de Capelania Espírita Hospitalar e afirmou que o PE foi realizado em 64% das consultas. Foi aplicado sozinho ou associado a outras terapias espíritas, como oração, leituras edificantes e água fluidificada. De acordo com os autores, esse serviço contribui para a religiosidade intrínseca e a busca pela espiritualidade, além de respeitar todas as crenças religiosas igualmente, e não tem custo, pois se baseia no princípio da gratuidade.

Três artigos trataram de terapias espíritas, entre elas o PE, em hospitais psiquiátricos espíritas. Eles têm metodologias muito diferentes, sendo um estudo qualitativo retrospectivo (Jabert; Facchinetti, 2011), um estudo descritivo (Lucchetti *et al.*, 2012a) e um estudo de opinião (Bragdon; Azevedo, 2013). Os três estudos enfatizaram que as terapias espíritas foram combinadas com tratamentos médicos. Diagnósticos clínicos e/ou espirituais foram feitos por médicos e médiuns, respectivamente. As terapias mais frequentemente relatadas foram PE, água fluidificada, palestras, orações e desobsessão (Jabert; Facchinetti, 2011; Lucchetti *et al.*, 2012a; Bragdon; Azevedo, 2013). O fato de o serviço ser gratuito foi apontado como um aspecto positivo a ser implementado no atendimento de saúde mental (Bragdon; Azevedo, 2013).

6.2.1.2.2 Intervenções em centros espíritas

Onze estudos demonstraram o uso do PE associado a outras práticas espíritas em centros espíritas e com públicos muito diferentes. Um estudo descritivo teve como objetivo conhecer as práticas espíritas realizadas por centros espíritas na cidade de São Paulo e, entre as terapias oferecidas aos frequentadores, o PE foi citado por todos os locais pesquisados (Lucchetti *et al.*, 2015a). Práticas como desobsessão, palestras também foram comumente relatadas nesse estudo. E as motivações que levaram à busca de tratamento de saúde no Centro Espírita foram a depressão e o câncer, predominantemente.

O estudo de Novaes (2013) avaliou as repercussões da TEC (entre elas, palestra do evangelho, desobsessão, passe espírita, oração e consumo de água fluidificada), demonstrando uma melhoria significativa no resumo dos componentes mentais e em domínios da qualidade de vida: aspectos físicos, dor, aspecto geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental. De acordo com o autor, a diferença entre as médias da capacidade funcional e do resumo dos componentes físicos não foi significativa.

O estudo de Carneiro e Vervloet (2018) avaliou o antes e depois de uma intervenção espiritual composta por oração, relaxamento, PE e água fluidificada por seis semanas. Os autores relataram que 68% dos pacientes relataram melhoria na saúde geral, 69% relataram um nível menor de dor e uma melhoria significativa em 15/21 itens no Inventário de Ansiedade de Beck, além de uma melhoria na qualidade do sono e qualidade de vida.

Um estudo buscou avaliar a prevalência de distúrbios temporomandibulares, ansiedade e sintomas de distúrbios do sono em pessoas convidadas a participar da arteterapia (Pinto *et al.*, 2019). Juntamente com a pintura mediúnica individualizada (personalizada) e outras terapias espíritas, como oração, leitura do evangelho, PE e água fluidificada, os autores avaliaram os pacientes após trinta dias dessas práticas. Segundo eles, houve uma melhoria significativa entre os resultados antes e depois para os três sintomas.

Duas dissertações (Rosa, 2014; Couras, 2009) relataram mudanças na condição de saúde do paciente após a experiência com terapias espíritas por meio de relatos de casos individuais. Um estudo mostrou mudanças na saúde de condições aparentemente incuráveis ou muito graves após o tratamento espiritual (Rosa, 2014). Neste estudo, o PE foi associado a oração e água fluidificada. As reivindicações dos pacientes foram acompanhadas por evidências de exames médicos ou após cirurgias clínicas realizadas. A outra dissertação se refere à cirurgia espiritual (Couras, 2009), inserindo o PE como parte de práticas conjuntas com a palestra e a cirurgia espiritual em si. Após a cirurgia, foram recomendados acompanhamentos semanais para aplicação de PE, oração e uso de água fluidificada. Os exames clínicos dos pacientes evidenciaram a cura pelo tratamento espiritual. Segundo o autor, os casos de cura apresentados vão além da compreensão médica, tornando necessários mais estudos no campo da espiritualidade e saúde.

A cirurgia espiritual também foi investigada em uma tese. O objetivo deste estudo foi avaliar a satisfação do paciente como resultado dessa prática (Lynch, 1996). De acordo

com o autor, a cirurgia foi precedida pelo PE. O estudo constatou que, entre os 40 participantes, 69% deles expressaram a crença de que seus tratamentos foram bem-sucedidos, com 47% deles sendo curados e outros 22% parcialmente curados. O destaque do autor foi o fato de os participantes relatarem que procuraram e consultaram médicos para o tratamento das mesmas doenças e estavam insatisfeitos com o tratamento recebido.

O estudo de Lucchetti *et al.* (2015b) teve como objetivo estudar pessoas com depressão que estavam sendo tratadas em um centro espírita, por meio de educação (palestras), desobsessão e PE. Os entrevistados relataram remissão da depressão, no entanto, também estavam passando por tratamento com antidepressivos, o que pode ter impacto nessa remissão. Marmolejo (2007) relatou uma melhora no estado emocional, bem-estar e relaxamento como resultado do PE em pessoas que vivem com HIV/AIDS. Essas pessoas também receberam outras formas de terapia, como palestras e água fluidificada.

Um estudo investigou pessoas que abusam de drogas em diferentes grupos religiosos, incluindo o Espiritismo (Sanchez, 2006). O autor cita a aplicação de terapias como PE, desobsessão, orações e palestras sobre o evangelho. Os participantes da pesquisa relataram efeitos calmantes, uma sensação de calma e uma redução nas preocupações após o PE, recomendando o uso da terapia semanalmente.

Uma dissertação foi realizada em uma unidade de atenção primária à saúde com pessoas que abusam de drogas (Sampaio, 2014). O PE e outras terapias, como oração, foram oferecidos por um profissional de saúde a dependentes e suas famílias que participaram de um projeto de acolhimento, caso o sujeito optasse por fazê-lo. De acordo com os relatos dos participantes que receberam a terapia, houve uma melhora no bem-estar e uma mudança de pensamentos após a intervenção, um maior sentimento de calma, relaxamento e maior integração entre os participantes e o profissional de saúde que a aplicou. O autor sugere a inserção do PE como terapia complementar na unidade de saúde, situada na direção da promoção da saúde.

Um artigo de opinião relata que no Brasil, de acordo com a pesquisa conduzida pelo autor, o PE é usado para curar doenças físicas e mentais, bem como melhorar a saúde em geral, sugerindo mais estudos das terapias espíritas na incorporação ao sistema de saúde dos Estados Unidos (Bragdon, 2005). Em outro artigo de opinião (Saad; Mosini; Medeiros, 2017), os autores apresentam uma classificação para as terapias espíritas e sugerem a integração das práticas espíritas com a biomedicina por meio do modelo teórico apresentado. Neste artigo, sugere-se o uso do termo “prática” (em vez de “terapia”), pois

terapia evoca um compromisso com um resultado positivo. Além disso, enfatiza que a falta de um modelo teórico que explique o funcionamento das terapias não deve ser um obstáculo para a aceitação do profissional de saúde, uma vez que as terapias complementares são usadas pela população, as técnicas são seguras e não interferem no tratamento médico convencional, além de terem o objetivo de aumentar o bem-estar e não de curar a doença.

6.2.2 Discussão – Estudo 2

De acordo com a revisão, já existe uma literatura que considera, explora e evidencia a prática de “imposição de mãos” (IM) na área da saúde. Essa prática é frequentemente referida como “medicina energética” ou “terapia do campo bioenergético”. No processo de seleção e busca, 174 referências tratavam da IM (Terapia do Campo Bioenergético, Reiki, Johrei, Toque Terapêutico, entre outras), mas foram excluídas porque não tratavam do PE. No entanto, apesar de os mecanismos por trás do fenômeno da IM ainda não estarem claros, resultados experimentais e aplicações clínicas sustentam um potencial que contribui para melhores resultados de saúde, justificando a necessidade de mais estudos sobre sua natureza e mecanismo de ação (Matos *et al.*, 2021).

No que diz respeito ao PE em si, é possível observar que as publicações se tornaram mais frequentes a partir de 2013. Esse aumento na visibilidade das publicações investigando o PE pode ser atribuído aos avanços na pesquisa sobre religião e espiritualidade (R/E) e sua relação com a saúde física e mental (Lucchetti; Lucchetti, 2014), mas também à popularização da informatização do conhecimento por meio de revistas eletrônicas. Com isso, a visibilidade do tópico começa a atrair novos pesquisadores, considerando que a pesquisa sobre R/E e saúde tem sido de interesse dos pesquisadores no Brasil desde o início do século 20 (Dalgalarrodo, 2007).

O país de origem do primeiro autor demonstra a forte relação entre o Brasil e o Espiritismo. Para ser mais preciso, o Brasil é o maior representante mundial desse dogma, exatamente porque se apropria de terapias como uma expressão para tratar males de saúde (Saad; Mosini; Medeiros, 2017). Além disso, o Espiritismo no Brasil ganhou notoriedade por ter como um de seus representantes Chico Xavier, um médium internacionalmente reconhecido, escritor que doou toda a renda de mais de 400 livros publicados (Bragdon; Azevedo, 2013). Como é um país com grande predominância espiritualista e

culturalmente ancorado em condições religiosas-espirituais históricas, a busca por tratamentos religiosos-espirituais não é incomum na população.

Os locais onde os estudos foram realizados – hospitais (44%) ou centros espíritas (41%) – chamam a atenção. No caso de uma terapia religiosa-espiritual, seria de se esperar que a maioria dos estudos tenha sido conduzida dentro desses contextos devido à facilidade de acesso aos investigados. Considerando que em sociedades complexas, como o Brasil, existem diferentes abordagens para o processo saúde-doença, é pertinente a coexistência de sistemas de saúde diversos. Embora o modelo biomédico seja reconhecido como o modelo estatal, a população recorre a vários outros sistemas em casos de doença, incluindo medicina popular e sistemas médico-religiosos, o que abre a possibilidade de considerar que a saúde é operada em diferentes equipamentos, sejam eles formais, informais ou populares (Langdon; Wiik, 2010).

O fato de que a maioria dos estudos ocorreu em um contexto hospitalar (hospitais gerais e/ou hospitais psiquiátricos espíritas) pode demonstrar a estreita relação entre os seguidores e voluntários dessa doutrina com pessoas que têm alguma necessidade de saúde física ou mental, fortalecendo o caráter de relacionamento no cuidado à saúde (Aubrée; Laplantine, 2009; Lucchetti *et al.* 2015b). Estudos controlados realizados nesse contexto buscaram destacar os efeitos do PE nas condições de saúde física e mental em públicos específicos, com ênfase em grupos mais homogêneos para evitar vieses (Carneiro *et al.*, 2016; Carneiro *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2018a; Carneiro *et al.*, 2018b; Carneiro *et al.*, 2018c; Carneiro *et al.*, 2020a; Carneiro *et al.*, 2020b).

O fato da afiliação religiosa majoritariamente católica nos ensaios clínicos randomizados reflete o contexto da afiliação religiosa nacional. Como os participantes dos estudos foram recrutados em ambientes neutros, ou seja, em hospitais, unidades básicas de saúde ou por meio de publicações na imprensa local, é natural e esperado que a amostra reflita a sociedade na qual o estudo foi conduzido. De acordo com dados do último censo demográfico publicado no país, referente ao ano de 2010, aproximadamente 65% da população do Brasil é católica (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012). No entanto, é importante considerar que esses participantes concordaram em participar da pesquisa cujo objetivo era avaliar os efeitos do PE. Essa característica da cultura brasileira, um país historicamente católico, mas influenciado por outras bases religiosas e culturais, como as de matrizes africanas, revela o processo de rupturas e continuidades típico das religiões brasileiras, ou seja, a aceitação de experiências e práticas sincréticas, mantendo uma identidade formal e cultural (Sanchis, 2012).

Nós sabemos que, dependendo do método escolhido pelos pesquisadores, podemos ter mais ou menos vieses, e muitas vezes não podemos fazer afirmações definitivas com base no método escolhido. No entanto, saber quais métodos e públicos-alvo já foram abordados nas pesquisas nos fornece uma visão geral das principais lacunas na área, como é proporcionado pelo tipo de revisão delineado aqui (revisão de escopo). E como mencionado anteriormente, embora a avaliação de vieses não seja proibida na revisão de escopo, isso não é uma premissa, devido ao principal objetivo desse tipo de revisão, que é mapear as evidências disponíveis, em vez de fornecer uma síntese clinicamente significativa para uma pergunta (Peters *et al.*, 2020).

Um fato destacado nesta revisão foi a variedade metodológica dos estudos apresentados. Através de ECR cegos, o uso e a intenção do PE - combinados ou não com outras terapias espíritas - são considerados como um possível efeito placebo. Como evidenciado pela literatura, a crença no tratamento baseado em práticas religiosas e espirituais pode alterar a experiência, promovendo benefícios para a saúde e a cultura (Schienle; Gremsl; Wabnegger, 2021).

Existe uma relação na saúde que permeia a condição cultural, e isso precisa estar presente nas considerações dos profissionais de saúde. O secularismo promove o apoio ao tratamento de saúde baseado na ciência. No entanto, isso não exclui a interação com a cultura e a religião/espiritualidade dos indivíduos. Portanto, uma abordagem multidisciplinar nas ciências humanas, como Sociologia, Teologia, Filosofia, por exemplo, pode e deve ser desenvolvida em conjunto com a educação em saúde.

No entanto, é enfatizado que entre os estudos controlados, houve um grupo de estudos com Imposição de Mãos sem Dimensão Espiritual (IMSE), nos quais casos com efeitos positivos também foram apresentados, mas na maioria das vezes obtiveram um efeito menor do que nos participantes do GPE, reduzindo assim a dimensão do efeito placebo nesses estudos (Carneiro *et al.*, 2016; Carneiro *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2018a; Carneiro *et al.*, 2018b; Carneiro *et al.*, 2018c; Carneiro *et al.*, 2020a; Carneiro *et al.*, 2020a; Carneiro *et al.*, 2020b; Cavalcante *et al.*, 2016; Zacaron *et al.*, 2021).

Estudos observacionais, descritivos ou retrospectivos também reforçam os benefícios para o crente/paciente, confirmando a crença religiosa-espiritual como um fenômeno que promove a saúde. A taxa de quase 26% das publicações de teses ou dissertações sobre o tema aponta para uma lacuna na disseminação desse tema no ambiente acadêmico. Artigos resultantes dessas pesquisas foram raramente encontrados, o que pode levar à sub-difusão desse conhecimento no ambiente científico, uma vez que

na maioria dos estudos de revisão a literatura não convencional é excluída. Além disso, devemos considerar que o processo de revisão por pares é um passo essencial na proteção da qualidade e integridade das publicações científicas (Rassoulilian; Gaiger; Loeffler-Stastka, 2021). Portanto, a revisão de escopo, com a inclusão da literatura não convencional, também é justificada para abordar essa lacuna.

Publicações do tipo opinião ou discussão filosófica são oportunas para destacar o ponto em que o PE se revela como parte de uma prática do contexto cultural-religioso-espiritual de sua população. Advogar e preservar o uso da religião/espiritualidade no processo de cuidados de saúde não é encorajar práticas desprovidas de base científica. A consideração dessa dimensão é ética e alinhada com os princípios de saúde, quando atribui à religião/espiritualidade o campo ontológico do sujeito, no qual não há atribuição de valores (Otto, 2007). Isso se alinha com a construção de modelos de cuidados mais humanizados no Brasil (Azeredo; Schraiber, 2021), mas também internacionalmente (Busch *et al.*, 2019). O movimento de humanização na saúde inclui a análise de como as práticas religiosas e espirituais se manifestam como potenciais no processo de saúde-doença-cuidado.

Deve-se notar como o PE tem efeitos relacionados à saúde mental, como a redução dos níveis de ansiedade e depressão (Carneiro *et al.*, 2016; Carneiro *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2020a; Carneiro *et al.*, 2020b; Carneiro; Vervloet, 2018; Cavalcante *et al.*, 2016; Pinto *et al.*, 2019; Zacaron *et al.*, 2021). Esses resultados estão em conformidade com as perspectivas científicas que apontam para uma relação positiva entre religião/espiritualidade e saúde mental em vários distúrbios citados em uma revisão recente (Lucchetti *et al.*, 2021). Sintomas agudos, como sentimentos de calma e relaxamento, também foram relatados (Marmolejo, 2007; Sampaio, 2014; Sanchez, 2006), sugerindo a necessidade de investir em pesquisas que avaliem os efeitos do PE com desenhos metodológicos mais rigorosos e diferentes. Dessa forma, a perspectiva biomédica e positivista pode ser apoiada, mas também aberta para a exploração de um fenômeno que ainda não é amplamente conhecido na comunidade científica e popular.

Embora tenhamos apresentado principalmente resultados positivos nos estudos apresentados aqui, é necessário ter cuidado com qualquer inferência. É importante enfatizar que a maioria dos estudos, mesmo os ensaios clínicos randomizados, foi realizada com grupos específicos e amostras pequenas. Além da necessidade de expandir o número de estudos e amostras envolvidos, uma análise mais precisa, como uma

metanálise, é extremamente necessária no futuro para construir bases científicas mais sólidas para afirmar a eficácia nos processos de cura.

Se tivermos mais estudos com resultados satisfatórios, juntamente com as referências apresentadas aqui desses estudos, a viabilidade de inserir essa prática no cuidado de saúde deve ser analisada, conforme estabelecido pelo trabalho de Anefalos *et al.* (2018), por meio da expansão dos serviços de capelania hospitalar espírita. Não se trata de assumir uma condição doutrinária e institucional, mas de proporcionar a oportunidade para terapias religiosas-espirituais terem espaço, juntamente com o cuidado biomédico. Como reforçado em todos os estudos, o princípio da gratuidade pode ser considerado um aspecto positivo, uma vez que se baseia no benefício dos voluntários, como um recurso auxiliar no cuidado de saúde, sem sobrecarregar o sistema de saúde pública (Bragdon, 2005).

Uma limitação deste estudo foi o uso de referências nas quais era possível identificar claramente o contexto do Espiritismo, bem como o domínio apenas do português, inglês e espanhol. Essa decisão pode ter excluído estudos que mencionaram o passe espírita em um contexto religioso-espiritual, semelhante ao PE. É provável que, devido à escolha de conceitos que envolvem adaptações culturais (comuns em estudos de países como Porto Rico, Cuba e México), estudos realizados apenas no Brasil foram selecionados, mesmo quando os autores eram de outros países. Além disso, o PE é aplicado em outros contextos religioso-espirituais, como a Umbanda, mas, pelas mesmas razões de adaptações ao conceito, esses estudos não foram incluídos.

Todas as referências incluídas foram incisivas ao afirmar a necessidade de pesquisas mais aprofundadas. Os ensaios clínicos randomizados apresentaram evidências para a expansão desse campo de pesquisa, com a intenção de avaliar melhor os efeitos do PE e também os efeitos das práticas terapêuticas religiosas-espirituais sobre os resultados de saúde. Como resultado, há a necessidade de padronizar os desenhos metodológicos e técnicas usadas, além de estudos longitudinais com amostras maiores.

A necessidade de uma discussão mais uniforme e consonante entre os pesquisadores sobre o assunto também se reflete, já que termos variados, com práticas diferentes, podem dificultar a disseminação do conhecimento sobre o PE no ambiente científico. Estudos futuros podem ser planejados de maneira integrada, envolvendo pesquisadores, a comunidade (neste caso, os centros espíritas), explorando aspectos fundamentais da ciência, aplicabilidade clínica e conhecimento e experiências comunitárias (Matos *et al.*, 2021), valorizando o conhecimento diversificado.

Embora a necessidade de estudos mais sólidos tenha sido mencionada, é importante observar que os adeptos dessa terapia não esperarão que referências inquestionáveis estejam disponíveis para o seu uso. Eles tendem a utilizar terapias complementares, mesmo diante de incertezas sobre os mecanismos de ação (Saad; Mosini; Medeiros, 2017). No entanto, se os efeitos positivos forem realmente eficazes, estratégias devem ser consideradas sobre como incluir efetivamente esse tipo de evidência e disseminação do conhecimento.

6.3 Resultados e Discussão – Estudo 3

6.3.1 Resultados quantitativos

Participaram deste estudo 49 pessoas no grupo controle (GC) e 51 pessoas no grupo estudo (GE). A idade média dos participantes do estudo foi de 41 anos (19-74 anos), e as mulheres representaram 62,0% dos participantes nos dois grupos. Pardos (56,0%) e brancos (41,0%) foram as cores de pele mais relatadas. No que tange à orientação sexual, 88% disseram ser heterossexuais e 8% referiram-se como homossexuais ou bissexuais. Sobre a situação conjugal, a maior parte da amostra relatou ser casada (44,0%), seguido de 42,0% de solteiros.

O nível de instrução mais frequente em ambos os grupos foi de pós-graduação (47,0%), seguido de formação em nível superior (31,0%). A ocupação mais relatada foi de pessoas com vínculo empregatício (51,0%), seguida daqueles que relataram ser autônomos (22,0%). Com relação à crença, houve uma diferença já esperada entre os grupos, sendo o GC composto por maioria de católicos (49,0%), seguido de evangélicos (26,5%). No GE, 66,7% disseram ser espíritas, seguido de 34,0% de católicos. Somente dois participantes relataram mais de uma crença, sendo dois participantes do GE que se denominaram católicos e espíritas. Com relação à localidade de moradia, 87,0% relataram residir em Cuiabá ou Várzea Grande (cidade próxima à Cuiabá), e os demais em cidades do interior do estado (13,0%).

Especificamente sobre o GE, os motivos citados que levaram à procura do tratamento espiritual foram: motivos de saúde mental (58,8%), espirituais (21,6%) e de ordem física (17,6%). Entre os participantes, 49,0% disseram estar realizando o TE pela primeira vez, e 51% deles já haviam realizado o TE anteriormente. Uma última caracterização deste grupo refere-se à participação de atividades de caridade que são sugeridas nas orientações a todos que iniciam o tratamento espiritual. A maior parte dos participantes (47,1%) participou dos três dias de atividades de caridade, seguido daqueles que não participaram nenhuma vez (37,2%). Essa caracterização está sumarizada na Tabela 5.

Tabela 5 - Frequência de dados sociodemográficos por grupo do estudo.

Variáveis	Grupo Controle n (%)	Grupo Estudo n (%)	Total (%)	Média (DP) Mín - Máx
Idade (Média e (DP))	40,39 (12,40)	42,31 (13,50)		41,37 (12,95) 19-74
Sexo				
Feminino	31 (63,3)	31 (60,8)	62 (62,0)	
Masculino	18 (36,7)	20 (39,2)	38 (38,0)	
Cor da pele				
Branca	24 (49,0)	17 (33,3)	41 (41,0)	
Indígena	1 (2,0)	0 (0)	1 (1,0)	
Parda	24 (49,0)	32 (62,7)	56 (56,0)	
Preta	0 (0)	2 (3,9)	2 (2,0)	
Orientação sexual				
Bissexual	1 (2,0)	2 (3,9)	3 (3,0)	
Hetero	44 (89,8)	44 (86,3)	88 (88,0)	
Homossexual	2 (4,1)	3 (5,9)	5 (5,0)	
Prefiro não responder	2 (4,1)	2 (3,9)	4 (4,0)	
Situação Conjugal				
Casado	27 (55,1)	17 (33,3)	44 (44,0)	
Divorciado	4 (8,2)	7 (13,7)	11 (11,0)	
Solteiro	16 (32,7)	26 (51,0)	42 (42,0)	
Viúvo	2 (4,1)	1 (2,0)	3 (3,0)	
Nível educacional				
Fundamental	0 (0)	2 (3,9)	2 (2,0)	
Ensino Médio	12 (24,5)	8 (15,7)	20 (20,0)	
Superior	14 (28,6)	17 (33,3)	31 (31,0)	
Pós-graduação	23 (46,9)	24 (47,1)	47 (47,0)	
Ocupação				
Aposentado	2 (4,1)	5 (9,8)	7 (7,0)	
Autônomo	7 (14,3)	15 (29,4)	22 (22,0)	
Desempregado	0 (0)	5 (9,8)	5 (5,0)	
Do lar	2 (4,1)	1 (2)	3 (3,0)	
Empregado	30 (61,2)	21 (41,2)	51 (51,0)	
Estudante	8 (16,3)	4 (7,8)	12 (12,0)	
Crença				
Afro-brasileira	1 (2,0)	1 (2,0)	2 (2,0)	
Ateu	4 (8,2)	0 (0)	4 (3,9)	
Católica	24 (49,0)	10 (19,6)	34 (33,3)	
Cristã	1 (2,0)	0 (0)	1 (1,0)	
Espírita	3 (6,1)	31 (60,8)	36*(35,3)	
Espiritualizado (sem religião)	3 (6,1)	7 (13,7)	10 (9,8)	
Evangélica	13 (26,5)	2 (3,9)	15 (17,7)	

Continua

continuação

Variáveis	Grupo Controle n (%)	Grupo Estudo n (%)	Total (%)	Média (DP) Mín - Máx
Cidade				
Cuiabá	35 (71,4)	46 (90,2)	81 (81,0)	
Interior	11 (22,4)	2 (3,9)	13 (13,0)	
Várzea Grande	3 (6,1)	3 (5,9)	6 (6,0)	
Motivo do tratamento				
Espiritual		11 (21,6)		
Físico		9 (17,6)		
Mental		30 (58,8)		
Não específico		1 (2,0)		
Primeira vez no tratamento				
Não		26 (51,0)		
Sim		25 (49,0)		
Realizou atividade de caridade				
0		19 (37,2)		
1		5 (9,8)	51 (100,0)	1,63 (1,40) 0-3
2		3 (5,9)		
3		24 (47,1)		

*incluído 2 participantes que indicaram possuir 2 crenças.

Foram excluídos os participantes que iniciaram a participação na pesquisa, mas que não concluíram a sequência de três semanas de TE (n=21; 75%), ou, ainda, aqueles que concluíram o TE, mas, por algum motivo, não responderam os questionários ou entrevista no momento 2 (n=5; 17,9%). Foram também excluídos participantes que iniciaram o tratamento presencial, mas optaram por realizá-lo de forma on-line (n=2; 7,1%). A proporção de exclusões de participantes na pesquisa foi de 23,7%.

Tabela 6 - Motivos de exclusão da pesquisa.

Motivo da exclusão	Grupo Estudo		Grupo Controle	
	n	%	n	%
Não finalizou o TE	21	75,0		
Não respondeu o M2	5	17,9	3	100,0
Fez TE online	2	7,1		
Total	28	100,0	3	100,0

Os resultados descritivos dos desfechos avaliados serão descritos a seguir. A pontuação obtida por meio do instrumento QSG demonstrou média no início do estudo

de 25,04 (DP 6,84) pontos no GC, e 30,49 (DP 7,62) pontos no GE. No M2, ao término da pesquisa, as pontuações médias foram de 23,55 no GC e 21,29 pontos no GE. No GE, houve uma redução mais acentuada da pontuação média, de menos 9,2 pontos, conforme descrito na Tabela 7.

Tabela 7 - Informações gerais do Questionário Geral de Saúde (QSG-12) por tempo e grupo.

Momento/ grupo	n	Média (DP)	Diferença da média	Min	Q0.25	Q0.5	Q0.75	Max
M1C	49	25,04 (6,84)	-1,49	14	21	24	28	43
M2C	49	23,55 (5,94)		12	20	22	27	40
M1E	51	30,49 (7,62)	-9,2	15	25	31	36	45
M2E	51	21,29 (5,42)		13	16,5	20	25	35

DP: desvio padrão; M1C: momento 1 grupo controle; M1E: momento 1 grupo estudo; M2C: momento 2 grupo controle; M2E: momento 2 grupo estudo.

A Tabela 8 apresenta as informações das pontuações atribuídas pelos participantes à Escala de Satisfação de Vida por momento e grupo. Inicialmente, a pontuação média dos grupos foi de 23,31 pontos (DP 7,44) no GC, e 20,59 pontos no GE. No M2, as médias de ambos os grupos aumentaram, perfazendo um aumento de 1,1 pontos no GC e 2,1 pontos no GE.

Tabela 8 - Dados da Escala de Satisfação de Vida (ESV) por tempo e grupo.

Momento/ grupo	n	Média (DP)	Diferença da média	Min	Q0.25	Q0.5	Q0.75	Max
M1C	49	23,31 (7,44)	+1,1	6	16	27	29	35
MC2	49	24,41 (6,27)		7	21	26	29	34
M1E	51	20,59 (7,00)	+2,1	5	15,5	22	26	32
M2E	51	22,69 (5,74)		8	20	24	26	34

DP: desvio padrão; M1C: momento 1 grupo controle; M1E: momento 1 grupo estudo; M2C: momento 2 grupo controle; M2E: momento 2 grupo estudo.

Os níveis de orientação espiritual avaliados pelo SSRS, inicialmente, tiveram média 20,98 pontos no GC e 24,00 pontos no GE. No M2, houve pequena modificação na média dos grupos, ocorrendo uma pequena redução no GC (20,76) e discreto aumento no GE (25,24). Esses dados foram sumarizados na Tabela 9.

Tabela 9 - Informações gerais do *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS) por tempo e grupo.

Momento/ grupo	n	Média (DP)	Diferença da média	Min	Q0.25	Q0.5	Q0.75	Max
M1C	49	20,98 (5,33)	-0,22	6	18	22	24	30
M2C	49	20,76 (5,61)		6	18	22	24	30
M1E	51	24,00 (4,05)	+1,24	14	21,5	24	27	30
M2E	51	25,24 (4,31)		10	23	26	29	30

DP: desvio padrão; M1C: momento 1 grupo controle; M1E: momento 1 grupo estudo; M2C: momento 2 grupo controle; M2E: momento 2 grupo estudo.

Observamos, na Tabela 10, referente às informações sobre o *Duke Religious Index* (DUREL), que no GC não houve alteração na religiosidade organizacional (RO) nos diferentes momentos. Referente à religiosidade não organizacional (RNO), houve uma discreta redução de (0,1 pontos em média) entre o início e fim do estudo. Assim como na religiosidade intrínseca (RI), a alteração entre os momentos 1 e 2 foi de 0,09 pontos neste mesmo grupo. No GE, no domínio RO, a pontuação média inicial foi menor que no GC (2,43 versus 3,53), indicando uma frequência maior em instituições religiosas que o GC. No M2, essa média foi menor em 0,84 pontos em média, ou seja, relatando um aumento da frequência religiosa institucional.

No domínio RNO, as médias se comportaram de forma semelhante ao domínio RO. Inicialmente, no GE, foi menor que o GC (2,53 versus 3,53), com uma redução após o TE em 0,53 pontos em média. No domínio RI, a pontuação média do GE foi discretamente maior que do GC (6,35 versus 6,22), ou seja, quanto maior a pontuação, menor é a religiosidade intrínseca. Entretanto, após o TE, a pontuação média deste grupo foi a que teve maior alteração (-1,25 pontos), revelando possível aumento da religiosidade intrínseca neste grupo.

Tabela 10 - Informações gerais do *Duke Religious Index* por tempo e grupo.

Domínio	Momento/ grupo	n	Média (DP)	Diferença					
				da média	min	Q0.25	Q0.5	Q0.75	Max
RO	M1C	49	3,53 (1,39)		1	3	4	4	6
	M2C	49	3,53 (1,40)	0,00	1	3	4	4	6
	M1E	51	2,43 (1,33)		1	1	2	4	6
	M2E	51	1,59 (0,83)	-0,84	1	1	1	2	4
RNO	M1C	49	3,53 (1,78)		1	2	3	5	6
	M2C	49	3,43 (1,68)	-0,10	1	2	3	5	6
	M1E	51	2,53 (1,49)		1	2	2	3	6
	M2E	51	2,00 (0,77)	-0,53	1	1,5	2	2	4
RI	M1C	49	6,22 (3,03)		3	4	6	7	15
	M2C	49	6,31 (3,00)	+0,09	3	5	6	7	15
	M1E	51	6,35 (2,78)		3	4	6	8	15
	M2E	51	5,10 (1,88)	-1,25	3	4	5	6	12

DP: desvio padrão; RO: Religiosidade organizacional; RNO: Religiosidade não organizacional; RI: Religiosidade intrínseca; M1C: momento 1 grupo controle; M1E: momento 1 grupo estudo; M2C: momento 2 grupo controle; M2E: momento 2 grupo estudo.

Com relação ao domínio estresse, avaliado pela DASS-21, o GC apresentou uma média de 6,06 (DP 4,93) pontos no início da pesquisa, com uma redução para 5,63 (DP 4,75) ao final. Já o GE apresentou médias de estresse bem mais elevadas, inicialmente com média de 19,33 (DP 12,00) pontos, e uma redução mais evidente para 11,02 (DP 9,12) pontos no final do TE. Mesmo ao final do estudo, as pontuações de estresse do GE foram, em média, equivalentes ao dobro da pontuação média do GC.

No domínio depressão, o GC apresentou a menor alteração entre os dois momentos, de 4,27 (DP 4,89) para 4,16 (DP 4,82), ou seja, -0,11 pontos. Já no GE, a média inicial foi de 15,84 (DP 13,20) pontos e a final foi de 7,53 (DP 9,02) pontos, com uma redução de 8,31 pontos.

No domínio ansiedade, a pontuação média do GC foi menor que a do GE (3,96 versus 13,06). Entretanto, no M2, não houve alteração significativa da pontuação média neste grupo, sendo em média uma redução de 0,92 pontos. Já no GE, a média de ansiedade foi de 13,06 para 7,14 pontos (-5,92 pontos). Contudo, assim como no estresse, a pontuação média ao final do estudo no GE foi, aproximadamente, o dobro do GC (7,14 versus 3,04 pontos) (Tabela 11).

Tabela 11 - Informações gerais da *Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21)* por temo e grupo.

Domínio	Momento/ grupo	n	Média (DP)	Dif. de média					
					Min	Q0.25	Q0.5	Q0.75	Max
Estresse	M1C	49	6,06 (4,93)	-0,43	0	2	5	8	17
	M2C	49	5,63 (4,75)		0	2	5	8	20
	M1E	51	19,33 (12,00)	-8,31	0	8	18	30	42
	M2E	51	11,02 (9,12)		0	4	10	15	38
Depressão	M1C	49	4,27 (4,89)	-0,11	0	0	3	6	18
	M2C	49	4,16 (4,82)		0	0	2	6	20
	M1E	51	15,84 (13,20)	-8,31	0	6	12	25	42
Ansiedade	M2E	51	7,53 (9,02)		0	2	4	10	42
	M1C	49	3,96 (4,87)	-0,92	0	0	2	5	20
	M2C	49	3,04 (4,19)		0	0	1	5	18
	M1E	51	13,06 (12,00)	-5,92	0	3	10	22	42
	M2E	51	7,14 (9,61)		0	0	4	9	40

DP: desvio padrão; M1C: momento 1 grupo controle; M1E: momento 1 grupo estudo; M2C: momento 2 grupo controle; M2E: momento 2 grupo estudo.

A Tabela 12 apresenta as informações sobre o Questionário de Qualidade de Vida - OMS (WHOQOL-BREF) separadas pelos domínios avaliados pelo instrumento. No domínio físico, o GC apresentou médias semelhantes nos dois momentos. A média foi de 62,54 (DP 12,90) para 63,41 (DP 14,11) pontos (aumento de 0,87 pontos). Já o GE apresentou um aumento da pontuação média de 61,48 (DP15,56) para 68,98 (DP 10,91) pontos, perfazendo um aumento de 7,5 pontos ao término da pesquisa.

No domínio psicológico, o GC apresentou comportamento semelhante ao domínio físico, com médias inicial e final de 64,80 (DP 14,88) e 65,73 (DP 14,34) pontos respectivamente, ou seja, aumento de 0,93 pontos. No GE, a média inicial foi de 56,94 (DP18,08) e final de 68,14 (DP 13,30), demonstrando um possível aumento da qualidade de vida, referente aos aspectos psicológicos de 11,20 pontos. As relações sociais apresentaram comportamento semelhante entre os grupos controle e estudo. Ambos demonstraram aumento da pontuação média durante o estudo em aproximadamente 5 pontos. A diferença entre os grupos nos dois momentos também foi semelhante.

Já o domínio meio ambiente apresentou uma aparente diferença entre os grupos. A pontuação média do GC foi 63,39 (DP19,06) para 67,73 (DP17,64) pontos, com um aumento de 4,34 pontos. No GE, o aumento da pontuação foi o mais expressivo de todos os domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF. A pontuação foi de 54,78 (DP 20,74)

para 67,89 (DP 18,29) pontos, demonstrando um aumento de 13,11 pontos ao fim da pesquisa.

Tabela 12 - Informações gerais do Questionário de Qualidade de Vida - OMS (WHOQOL-BREF) por tempo e grupo.

Domínio	Momento / grupo	n	Média (DP)	Dif. média	Min	Q0.25	Q0.5	Q0.75	Max
Físico	M1C	49	62,54 (12,90)	+0,87	35,71	53,57	64,29	71,43	96,43
	M2C	49	63,41 (14,11)		25,00	57,14	64,29	71,43	96,43
	M1E	51	61,48 (15,56)	+7,50	21,43	53,57	60,71	71,43	96,43
	M2E	51	68,98 (10,91)		46,43	60,71	67,86	75,00	92,86
Psicológico	M1C	49	64,80 (14,88)	+0,93	29,17	54,17	66,67	75,00	91,67
	M2C	49	65,73 (14,34)		33,33	58,33	66,67	79,17	91,67
	M1E	51	56,94 (18,08)	+11,20	12,50	45,83	58,33	68,75	95,83
	M2E	51	68,14 (13,30)		41,67	58,33	66,67	79,17	91,67
Relações sociais	M1C	49	70,92 (16,50)	+5,10	25,00	58,33	75,00	83,33	91,67
	M2C	49	76,02 (14,99)		41,67	66,67	75,00	83,33	100,0
	M1E	51	71,41 (15,21)	+5,55	33,33	58,33	75,00	83,33	100,0
	M2E	51	76,96 (15,24)		41,67	66,67	75,00	91,67	100,0
Meio Ambiente	M1C	49	63,39 (19,06)	+4,34	18,75	53,13	65,63	78,13	96,88
	M2C	49	67,73 (17,64)		31,25	56,25	68,75	84,38	100,0
	M1E	51	54,78 (20,74)	+13,11	3,13	43,75	56,25	71,88	93,75
	M2E	51	67,89 (18,29)		25,00	56,25	68,75	79,69	100,0

DP: desvio padrão; M1C: momento 1 grupo controle; M1E: momento 1 grupo estudo; M2C: momento 2 grupo controle; M2E: momento 2 grupo estudo.

A Tabela 13 apresenta as informações referentes às questões 1 e 2 do WHOQOL-BREF, que não fazem parte dos domínios apresentados anteriormente. As respostas foram agrupadas em “Boa ou Muito boa”, e “Nem ruim nem boa, ruim, muito ruim”, na questão 1, e em “Satisfeito ou Muito Satisfeito” ou “Nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito” na questão 2. Na questão 1, observamos discretas alterações e de formas semelhantes entre os grupos e momentos. Em ambos os grupos houve pequena redução das respostas negativas (Nem ruim nem boa, ruim, muito ruim) e aumento das positivas (Boa ou Muito Boa) entre o início e o término da pesquisa. Já na questão 2, a diferença entre os dois momentos parece ser mais significativa, principalmente no GE. No início do estudo, 38 (74,5%) participantes assinalaram as opções “Nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito”; já ao término, 30 (58,8%). Obviamente, as respostas destes participantes foram alteradas para

“Satisfeito ou Muito Satisfeito” que foram de 13 (25,5%) para 21 (41,2%) ao final da pesquisa.

Tabela 13 - Resumo da pontuação Questões 1 e 2 do Questionário de Qualidade de Vida - OMS (WHOQOL-BREF) por tempo e grupo.

Momento e grupo	M1C	M2C	M1E	M2E
Questão 1/ Nem ruim nem boa, ruim, muito ruim	21 (42,9%)	19 (38,8%)	23 (45,1%)	20 (39,2%)
Questão 1 /Boa ou Muito Boa	28 (57,1%)	30 (61,2%)	28 (54,9%)	31 (60,8%)
Questão 2/ Nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito	22 (44,9%)	20 (40,8%)	38 (74,5%)	30 (58,8%)
Questão 2/ Satisfeito ou Muito Satisfeito	27 (55,1%)	29 (59,2%)	13 (25,5%)	21 (41,2%)

M1C: momento 1 grupo controle; M1E: momento 1 grupo estudo; M2C: momento 2 grupo controle; M2E: momento 2 grupo estudo.

6.3.1.1 Análises de regressão – Estudo 3

Apresentaremos, inicialmente, um resumo dos modelos de regressão escolhidos para cada desfecho. Após, faremos a exposição detalhada de todos os passos desenvolvidos na análise de regressão do desfecho bem-estar psicológico para se chegar ao modelo final da regressão. Para os demais desfechos, serão apresentados apenas as informações do modelo final.

Para o desfecho bem-estar psicológico, foi selecionada através do critério AIC a distribuição Normal Assimétrica (SN2), cujas funções de ligação para os parâmetros da média (μ), dispersão (σ) e assimetria (ν) são dados respectivamente pelas funções identidade (μ) e logarítmica (σ e ν). Para o desfecho orientação espiritual, foi selecionada através do critério AIC a distribuição Normal truncada (NOtr), cujas funções de ligação para os parâmetros são as mesmas do desfecho citado acima. Após a escolha das distribuições, foram realizados o teste de normalidade de Shapiro Wilk para avaliar a adequação para o ajuste do modelo, e ambas se mostraram adequadas ($W = 0,99038$, $p = 0,2027$).

Para o desfecho satisfação de vida, foi selecionada através do critério AIC a distribuição Beta Generalizada do tipo II (GB2), cujas funções de ligação para os parâmetros da média (μ), dispersão (σ), assimetria (ν) e cauda pesada (τ) são dados pela

função logarítmica. Pelo teste de normalidade de Shapiro Wilk ($W = 0,9915$, $p = 0,2921$), a distribuição mostrou-se adequada para o ajuste do modelo.

Para o desfecho religiosidade organizacional, foi selecionada através do critério AIC a distribuição Poisson Truncada inflacionada em 4 (inf4POtr), cujas funções de ligação para os parâmetros da média (μ) e inflação no ponto 4 (σ) são dados pela funções logarítmico e logito. As estimativas dos parâmetros da distribuição ajustada foram de 2,35 pontos para a média e probabilidade de 13,7% de inflação no ponto 4. Teste de normalidade de Shapiro Wilk ($W = 0,9902$, $p = 0,1968$).

Para o desfecho religiosidade não organizacional, foi selecionada através do critério AIC a distribuição Poisson Truncada inflacionada em 2 (inf2POtr), cujas funções de ligação para os parâmetros da média (μ) e inflação no ponto 2 (σ) são dados pela funções logarítmico e logito. As estimativas dos parâmetros da distribuição ajustada foram de 3,27 pontos para a média e probabilidade de 24,91% de inflação no ponto 2. Teste de normalidade de Shapiro Wilk ($W = 0,9759$, $p = 0,1602$).

Para o desfecho religiosidade intrínseca, foi selecionada através do critério AIC a distribuição Binomial Negativa Truncada (NBIt), cujas funções de ligação para os parâmetros da média (μ) e dispersão (σ), ambos dados pela função logarítmica. As estimativas dos parâmetros da distribuição ajustada foram de 4,96 pontos para a média e 0,22 pontos para dispersão. Teste de normalidade de Shapiro Wilk ($W = 0,9740$, $p = 0,0915$).

Para os desfechos estresse e depressão, foram selecionadas através do critério AIC a distribuição Poisson Dupla (DPO), cujas funções de ligação para os parâmetros da média (μ) e dispersão (σ) são dados pela função logarítmica. As estimativas dos parâmetros da distribuição ajustada foram de 6,67 e 3,76 pontos, respectivamente, para a média e de 4,70 e 9,33 pontos, respectivamente, para a dispersão. Os testes de normalidade de Shapiro Wilk foram $W = 0,9908$, $p = 0,2321$, e $W = 0,99164$, $p = 0,3054$, respectivamente.

Para o desfecho ansiedade, foi selecionada através do critério AIC a distribuição Binomial Negativa tipo I inflacionada de Zeros (ZINBI), cujas funções de ligação para os parâmetros da média (μ), dispersão (σ) e inflação em zero (ν) são dados pela função logarítmica para média e dispersão e logito para inflação em zero. As estimativas dos parâmetros da distribuição ajustada foram de 6,00 pontos para a média, 0,72 pontos para a dispersão e probabilidade de inflação em zero de 26,81% ($\exp(-1,0041)/(1 + \exp(-1,0041))$). Teste de normalidade de Shapiro Wilk ($W = 0,9926$, $p = 0,4117$). Em todos

os testes de normalidade descritos, as distribuições mostraram-se adequadas para os ajustes dos modelos.

Para os desfechos qualidade de vida, questões 1 e 2, foram selecionadas através do critério AIC a distribuição Binomial (BI), cuja função de ligação para o parâmetro da média (μ) se dá pela função logito. A média nesta análise representa a probabilidade de resposta das alternativas “Muito ruim, Ruim ou Nem ruim nem boa” ou “Nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito”, respectivamente. As estimativas dos parâmetros das distribuições ajustadas foram de 41,5% (0,415) pontos para a média para os dois desfechos. Pelo teste de normalidade de Shapiro Wilk ($W = 0,9955$, $p = 0,8208$), a distribuição mostrou-se adequada para os ajustes dos modelos (iguais nos dois modelos).

Para o desfecho qualidade de vida domínio físico, foi selecionada através do critério AIC a distribuição Weibull tipo III (WEI3), cujas funções de ligação para os parâmetros da média (μ) e dispersão (σ), ambo com funções de ligação logarítmica. As estimativas dos parâmetros da distribuição ajustada foram de 64,08 pontos para a média, 5,34 pontos para a dispersão. Pelo teste de normalidade de Shapiro Wilk ($W = 0,98957$, $p = 0,1545$), a distribuição mostrou-se adequada para o ajuste do modelo.

Para o desfecho qualidade de vida, domínio psicológico, foi selecionada através do critério AIC a distribuição Weibull (WEI), cujas funções de ligação para os parâmetros da média (μ) e dispersão (σ), ambo com funções de ligação logarítmica. As estimativas dos parâmetros da distribuição ajustada foram de 69,80 pontos para a média, 4,73 pontos para a dispersão. Pelo teste de normalidade de Shapiro Wilk ($W = 0,9863$, $p = 0,0595$), a distribuição mostrou-se adequada para o ajuste do modelo.

Para o desfecho qualidade de vida, domínio meio ambiente, foi selecionada através do critério AIC a distribuição Normal truncada (NOtr), cujas funções de ligação para os parâmetros da média (μ), dispersão (σ) e assimetria (ν) são dados respectivamente pelas funções identidade (μ) e logarítmica (σ e ν). As estimativas dos parâmetros da distribuição ajustada foram de 66,39 pontos para a média, 3,10 pontos para a dispersão. Pelo teste de normalidade de Shapiro Wilk ($W = 0,98884$, $p = 0,1269$), a distribuição mostrou-se adequada para o ajuste do modelo.

Para o desfecho qualidade de vida, domínio relações sociais, foi selecionada através do critério AIC a distribuição Normal truncada (NOtr), cujas funções de ligação para os parâmetros da média (μ), dispersão (σ) e assimetria (ν) são dados respectivamente pelas funções identidade (μ) e logarítmica (σ e ν). As estimativas dos

parâmetros da distribuição ajustada foram de 78,36 pontos para a média, 2,94 pontos para a dispersão. Pelo teste de normalidade de Shapiro Wilk ($W = 0,99038$, $p = 0,2027$), a distribuição mostrou-se adequada para o ajuste do modelo.

A seguir apresentaremos um quadro que sumariza essas informações (Figura 5):

Figura 5 - Quadro descritivo do tipo de cada desfecho e suas respectivas distribuição, tipo de função, efeito de interação e se é heterocedástico.

Variáveis	Distribuição	Função	Interação	Heterocedástico
Bem-estar psicológico	Normal Assimétrica (SN2)	Logarítmica	Sim	Sim
Satisfação de vida	Beta Generalizada do tipo II (GB2)	Logarítmica	Não	Sim
Orientação espiritual	Normal truncada (NOtr)	Logarítmica	Não	Sim
Religiosidade organizacional	Poisson Truncada inflacionada em 4 (inf4POtr)	Logarítmica e logito	Não	Sim
Religiosidade não organizacional	Poisson Truncada inflacionada em 2 (inf2POtr)	Logarítmica e logito	Não	Sim
Religiosidade intrínseca	Binomial Negativa Truncada (NBIt)	Logarítmica	Não	Não
Estresse	Poisson Dupla (DPO)	Logarítmica	Sim	Não
Depressão	Poisson Dupla (DPO)	Logarítmica	Sim	Não
Ansiedade	Binomial Negativa tipo I inflacionada de Zeros (ZINBI)	Logarítmica e logito	Não	Sim
WHOQOL questão 1	Binomial (BI)	Logito	Não	NA
WHOQOL-BREF questão 2	Binomial (BI)	Logito	Não	NA
WHOQOL-BREF domínio físico	Weibull tipo III (WEI3)	Logarítmica	Não	Sim
WHOQOL-BREF domínio psicológico	Weibull (WEI)	Logarítmica	Não	Sim
WHOQOL-BREF domínio relações sociais	Normal truncada (NOtr)	Logarítmica	Não	Não
WHOQOL-BREF domínio meio ambiente	Normal truncada (NOtr)	Logarítmica	Não	Sim

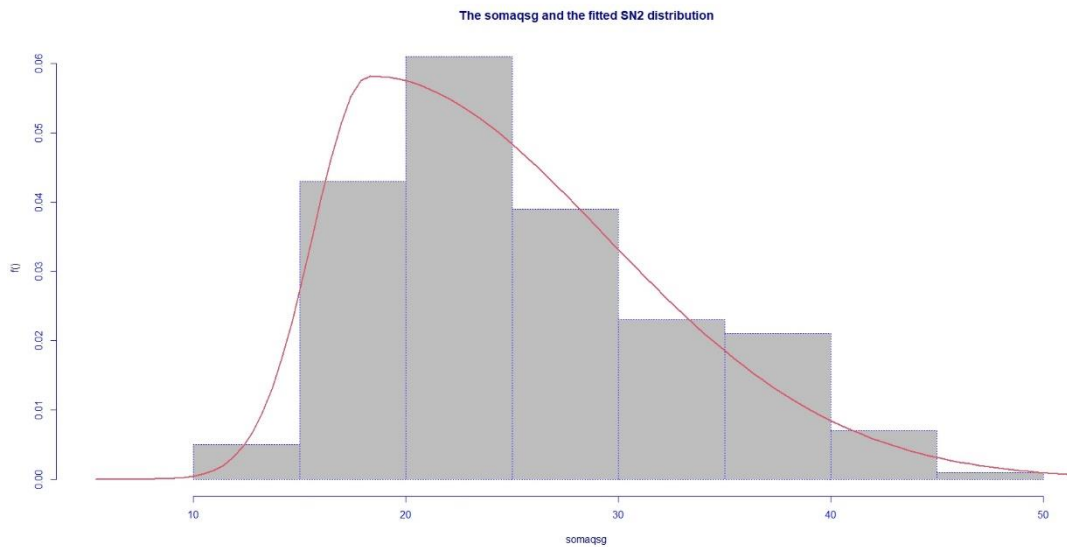
NA: não se aplica

Fonte: Elaborada pela autora.

A seguir, apresentaremos a análise completa do modelo de regressão escolhido para a interpretação do desfecho bem-estar psicológico. Neste desfecho, cuja distribuição escolhida é Normal Assimétrica (SN2), na Figura 6 podemos notar os

valores observados (barras) e ajustados (curva). As estimativas dos parâmetros da distribuição ajustada foram de 18,34 pontos para a média, 5,44 pontos para a dispersão e assimetria a direita de 2,02 pontos. Pelo teste de normalidade de Shapiro Wilk ($W = 0,99038$, $p = 0,2027$), a distribuição mostrou-se adequada para o ajuste do modelo.

Figura 6 - Distribuição ajustada desfecho bem-estar psicológico.



Fonte: Elaborado pelo Programa R.

O passo seguinte foi a avaliação dos efeitos relacionados aos grupos e aos momentos de avaliação. Na inserção dos efeitos principais, tem-se, na Tabela 14, que somente o parâmetro momento apresenta significância estatística. Pelo ajuste do modelo, na avaliação após o procedimento de intervenção (M2), os participantes apresentam, em média, uma pontuação 4,1587 pontos a menos no que na avaliação efetuada antes da intervenção. A dispersão estimada no modelo da Tabela 14 foi de 5,8873 pontos ($\exp(1,7728)$) e assimetria de 1,5930 pontos ($\exp(0,4656)$).

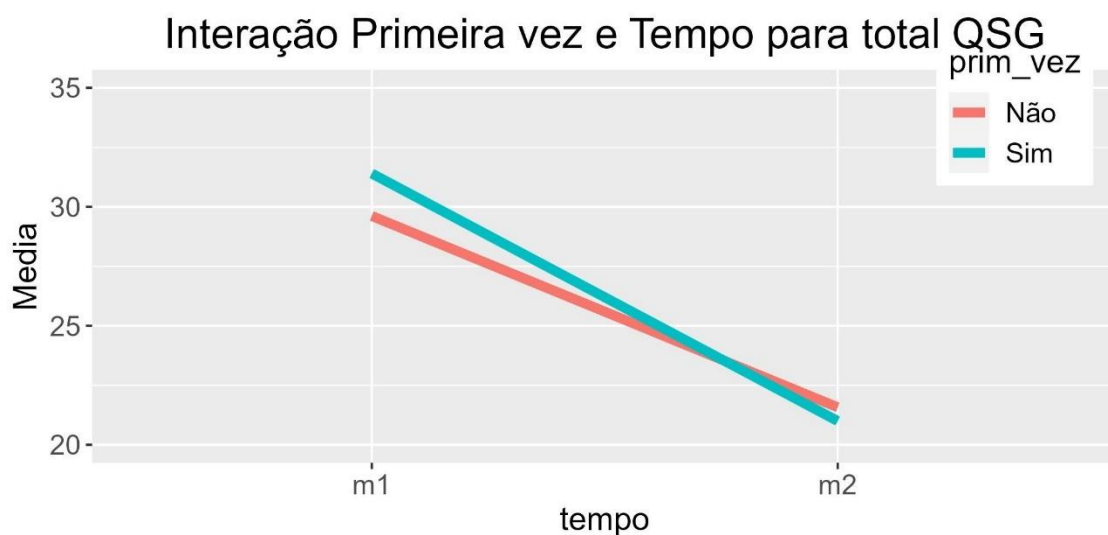
Tabela 14 - Estimativas dos efeitos principais grupo e tempo do desfecho bem-estar psicológico.

Variável	Estimate	SE	t value	p
μ (Intercept)	22,0934	1,5224	14,5123	0,0000***
GE	0,9828	0,8975	1,0951	0,2748
M2	-4,1587	0,9077	-4,5818	0,0000***
σ (Intercept)	1,7728	0,0837	21,1800	0,0000***
v (Intercept)	0,4656	0,1536	3,0306	0,0028**

SE: standard error; GE: grupo estudo; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

No entanto, pelo gráfico de interação (Figura 7), não parece muito plausível a independência dos efeitos. Por esta razão, testou-se o acréscimo do efeito de interação entre grupo e tempo no ajuste. Na Tabela 15, pode-se observar que o referido efeito de interação apresentou significância estatística, o que indica que a variação da média entre os grupos depende do momento avaliado e vice-versa. A dispersão estimada no modelo da Tabela 15 foi de 4,1996 pontos ($\exp(1,4350)$).

Figura 7 - Gráfico de interação de grupo e tempo do desfecho bem-estar psicológico.



Fonte: Elaborado pelo Programa R.

Tabela 15 - Estimativas dos efeitos de interação grupo e tempo do desfecho bem-estar psicológico.

Variável	Estimate	SE	t value	p
μ (Intercept)	22,0431	1,2034	18,3178	0,0000***
GE	4,4441	1,2764	3,4816	0,0006***
M2	-0,9884	1,1713	-0,8438	0,3998
GE M2	-6,7585	1,7092	-3,9541	0,0001***
σ (Intercept)	1,7935	0,0599	29,9559	0,0000***
ν (Intercept)	0,3165	0,1067	2,9656	0,0034**

SE: standard error; GE: grupo estudo; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

Através da aplicação do método delta, calculou-se as estimativas de variação da média para cada situação cujos valores estão na Tabela 16. Na comparação entre os grupos separados por tempo, tem-se que, na primeira avaliação (M1), o GE apresentou uma pontuação média de 4,44 pontos a mais do que no GC, enquanto que, na segunda avaliação, o GE apresentou uma pontuação média de 2,31 pontos a menos do que o GC. Já entre os momentos, tem-se que para o GE a pontuação média foi de 7,7470 pontos a menos na segunda avaliação com relação à primeira avaliação. Para o GC não ocorreu variação significativa na pontuação média.

Tabela 16 - Estimativas dos valores médias do modelo interação grupo e tempo do desfecho bem-estar psicológico.

Variável	Estimate	SE	z.ratio	<i>p</i>
GE - GC M1	4,4441	1,2764	3,4816	0,0005***
GE - GC M2	-2,3145	1,1725	-1,9740	0,0484*
M2 - M1 GC	-0,9884	1,1713	-0,8438	0,3988
M2 - M1 GE	-7,747	1,313	-5,9001	0,0000***

SE: standard error; GE: grupo estudo; GC: grupo controle; M1: momento 1; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$
 ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

Na Tabela 17, tem-se a inclusão das demais variáveis sociodemográficas aos efeitos de grupo e tempo ajustados na Tabela 15. Também podemos observar que idade apresentou significância estatística. A dispersão estimada no modelo da Tabela 17 foi de 3,1168 pontos ($\exp(1,1368)$).

Tabela 17 - Estimativas dos valores dos parâmetros modelo completo do desfecho bem-estar psicológico.

Variável	Estimate	SE	t value	p
μ (Intercept)	27,8909	2,7988	9,9655	0,0000***
GE	5,3135	1,2608	4,2144	0,0000***
M2	-1,4887	1,2528	-1,1883	0,2362
Idade	-0,0961	0,0413	-2,3268	0,0211*
Sexo M	-0,5996	1,0194	-0,5882	0,5571
Cor Não Branca	-0,8203	0,9345	-0,8778	0,3812
Divorciado Viúvo	2,4096	1,4154	1,7024	0,0904
Solteiro	1,1094	1,1000	1,0086	0,3145
Pós-graduação	0,3624	1,1780	0,3076	0,7587
Superior	0,6010	1,3310	0,4515	0,6521
Renda variável	1,1365	1,1290	1,0067	0,3154
Sem renda	2,2724	1,3250	1,7150	0,0880
GE M2	-7,7080	1,7133	-4,4988	0,0000***
σ (Intercept)	1,8009	0,0500	36,0072	0,0000***
ν (Intercept)	0,0050	0,1480	0,0340	0,9729

SE: standard error; GE: grupo estudo; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

A aplicação do procedimento do stepwise (Tabela 18) manteve todas as variáveis já significantes no modelo completo, e a aplicação do teste da Razão de Verossimilhanças (TRV = 6,7826, df = 8, $p = 0,5603$) mostrou que as variáveis removidas não contribuíam de forma significativa para o modelo. A dispersão estimada no modelo da Tabela 18 foi de 6,0436 pontos ($\exp(1,7990)$). O teste de normalidade dos resíduos do modelo ($W = 0,9923$, $p = 0,3776$) confirma a adequação do ajuste proposto.

Tabela 18 - Estimativas dos valores dos parâmetros do modelo do desfecho bem-estar psicológico por seleção por stepwise.

Variável	Estimate	SE	t value	p
μ (Intercept)	27,7590	2,2814	12,1677	0,0000***
GE	5,2437	1,2549	4,1786	0,0000***
M2	-1,1782	1,2221	-0,9641	0,3362
Idade	-0,1143	0,0363	-3,1502	0,0019**
GE M2	-7,4150	1,7267	-4,2942	0,0000***
σ (Intercept)	1,7990	0,0551	32,6440	0,0000***
ν (Intercept)	0,1955	0,1186	1,6489	0,1008

SE: standard error; GE: grupo estudo; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

A partir do modelo escolhido, pode-se interpretar os demais parâmetros que não dependem da interação entre grupo e tempo. Para cada ano de idade a mais, espera-se uma redução média de 0,1143 pontos na pontuação do bem-estar psicológico.

No caso do desfecho bem-estar psicológico, algumas variáveis também apresentaram significância estatística para o parâmetro de dispersão. Na Tabela 19, temos os valores estimados após a aplicação do procedimento stepwise para o parâmetro de dispersão, dados os parâmetros já presentes na média. Os parâmetros que apresentaram significância estatística para o parâmetro de dispersão, além de grupo e tempo, foram sexo, situação conjugal e tipo de renda.

Tabela 19 - Estimativas dos valores do modelo stepwise dispersão do desfecho bem-estar psicológico.

Variável	Estimate	SE	t value	p
μ (Intercept)	27,2196	1,9248	14,1416	0,0000***
GE	4,4287	1,2574	3,5222	0,0005***
M2	-1,1751	0,9266	-1,2682	0,2063
Idade	-0,1015	0,0330	-3,0729	0,0024***
GE M2	-6,2395	1,5435	-4,0424	0,0001***
σ (Intercept)	1,6027	0,1380	11,6105	0,0000***
GE	0,2404	0,1078	2,2301	0,0269*
M2	-0,2144	0,1026	-2,0895	0,0380*
Sexo M	-0,2679	0,1200	-2,2326	0,0268*
Divorciado Viúvo	0,4044	0,1600	2,5274	0,0123*
Solteiro	0,2376	0,1152	2,0622	0,0406*
Renda variável	-0,1137	0,1347	-0,8441	0,3997
Sem renda	0,3503	0,1449	2,4184	0,0166*
v (Intercept)	0,1838	0,1033	1,7797	0,0768

SE: standard error; GE: grupo estudo; M2: momento 2, * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

Novamente, através da aplicação do método delta, agora com a presença das covariáveis, calculou-se as estimativas de variação da média para cada situação de grupo e tempo na Tabela 20. Na comparação entre os grupos separados por tempo, tem-se que, na primeira avaliação (M1), o GE apresentou uma pontuação média de 4,4287 pontos a mais do que no GC, enquanto que, no M2, não ocorreu variação significativa na média. Já entre os momentos, tem-se que, para o GE, a pontuação média foi 7,4147 pontos a menos na segunda avaliação com relação à primeira. Para o GC, não ocorreu variação significativa na pontuação média.

Tabela 20 - Estimativas dos valores de AR do modelo stepwise grupo e tempo do desfecho bem-estar psicológico.

Variável	Estimate	SE	z.ratio	p
M2 - M1 GC	-1,1751	0,9266	-1,2682	0,2047
M2 - M1 GE	-7,4147	1,2515	-5,9248	0,0000***
GE - GC M1	4,4287	1,2574	3,5222	0,0004***
GE - GC M2	-1,8108	1,0240	-1,7684	0,0770

SE: standard error; GE: grupo estudo; GC: grupo controle; M1: momento 1; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$
 ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

A seguir, apresentaremos os modelos finais de estimativas de aumento relativo (AR) ou de OR (*odds ratio* ou razão de chance) dos demais desfechos.

Para o desfecho nível de satisfação de vida, no M2, espera-se um aumento de 2,3% na pontuação média, independentemente do grupo. Com relação aos dados sociodemográficos, no caso da média, tem-se para cada ano de idade a mais espera-se uma redução média de 0,23% ($1 - 0,9977$) na pontuação. Para respondentes do sexo masculino, espera-se uma redução média de 3,02% ($1 - 0,9698$) na pontuação média de satisfação de vida que os participantes do sexo feminino. Em respondentes que declararam cor Não Branca, espera-se uma redução média de 8,34% ($1 - 0,9166$) na pontuação média em comparação com os que declararam cor Branca. No caso da dispersão, tem-se para a idade que para cada um ano a mais, espera-se um aumento de 2,53% na dispersão. Para o nível de satisfação de vida, espera-se um aumento na pontuação de 1,0230 pontos independente do grupo (Tabela 21).

Tabela 21 – Modelo final explicativo do desfecho satisfação de vida.

Variável	Estimate	p	AR
μ (Intercept)	3,5968	0,0000***	
M2	0,0227	0,0274*	1,0230
Idade	-0,0024	0,0000***	0,9977
Sexo M	-0,0307	0,0058**	0,9698
Cor: Não Branca	-0,0871	0,0000***	0,9166
σ (Intercept)	3,6215	0,0000***	
Idade	0,0250	0,0000***	1,0253
M2-M1 GC	1,0230	0,0262*	
M2-M1 GE	1,0230	0,0262*	

AR: aumento relativo; GE: grupo estudo; GC: grupo controle; M1: momento 1; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

Já na variável orientação espiritual, estima-se que pessoas com ensino superior e pós-graduação apresentem níveis de orientação espiritual superiores às pessoas com nível educacional médio ou menor em 3,89 e 5,10 pontos respectivamente. As demais variáveis sociodemográficas não foram significativas no modelo.

Com relação à dispersão, estima-se para a idade que, para cada um ano a mais, espera-se uma redução de 1,91% ($1 - 0,9809$) na dispersão, enquanto que para sexo tem-se que os participantes do sexo masculino possuem uma dispersão de 103,59% maior do que os participantes do sexo feminino. Com relação às médias finais por grupo, observamos valores estimados mais elevados (5,47 pontos) no GE que o GC nos dois momentos da pesquisa (Tabela 22).

Tabela 22 - Modelo final explicativo do desfecho orientação espiritual.

Variável	Estimate	<i>p</i>	AR
μ (Intercept)	17,9310	0,0000***	
GE	5,4705	0,0000***	
Pós-graduação	5,1007	0,0000***	
Superior	3,8896	0,0012**	
σ (Intercept)	1,7642	0,0000***	
Idade	-0,0192	0,0096**	0,9809
Sexo M	0,7109	0,0000***	2,0359
GE-GC M1	5,4705	0,0000***	
GE-GC M2	5,4705	0,0000***	

AR: aumento relativo; GE: grupo estudo; GC: grupo controle; M1: momento 1; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

Em relação à religiosidade organizacional, pelo ajuste do modelo, o GE apresenta, em média, uma pontuação 61,84% ($1 - 0,3816$) menor do que o GC. O GE apresenta uma chance 75,12% ($1 - 0,2488$) menor que apresentar inflação no ponto 4 (resposta “algumas vezes por ano” no questionário DUREL) do que o GC. As variáveis demográficas não foram significativas no modelo final deste desfecho (Tabela 23).

Tabela 23 - Modelo final explicativo do desfecho religiosidade organizacional.

Variável	Estimate	<i>p</i>	AR/OR
μ (Intercept)	1,4004	0,0000***	
GE	-0,9634	0,0000***	0,3816
σ (Intercept)	-1,3558	0,0003***	
GE	-1,3909	0,0342*	0,2488****

AR: aumento relativo; OR: odds ratio; GE: grupo estudo; M2: momento 2; *OR; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$; ****OR.

No desfecho religiosidade não organizacional, tem-se que, para o GE, a pontuação média foi 41,28% (1 – 0,5872). Para a idade, tem-se que, para cada um ano a mais, espera-se uma redução de 2,29% (1 – 0,9771) na pontuação média. Na comparação entre os grupos, separados por tempo, tem-se que, no M1, o GE apresentou uma pontuação média de 41,28% (1 – 0,5872) menor do que no GC, enquanto que, na segunda avaliação, o GE apresentou uma pontuação média de 64,16% (1 – 0,3584) menor do que no GC. Já entre os momentos, tem-se que, para o GE, a pontuação média foi 41,74% (1 – 0,5826) menor no M2 com relação à M1. Para o GC, não ocorreu variação significativa na pontuação média (Tabela 24).

Tabela 24 - Modelo final explicativo do desfecho religiosidade não organizacional.

Variável	Estimate	<i>p</i>	AR
μ (Intercept)	2,4431	0,0000***	
GE	-0,5324	0,0028**	0,5872
Idade	-0,0231	0,0000***	0,9771
σ (Intercept)	-1,3262	0,0000***	
GE-GC M1	0,5872	0,0025**	
GE-GC M2	0,3584	0,0000***	
M2-M1 GE	0,5826	0,0093**	

AR: aumento relativo; GE: grupo estudo; GC: grupo controle; M1: momento 1; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

No desfecho religiosidade intrínseca, observamos que, mesmo na presença das covariáveis, não houve diferença entre os grupos ou entre tempos. Para cada ano de idade a mais, espera-se uma redução média de 2,1% na pontuação. Espera-se que os participantes do sexo masculino tenham pontuações médias superiores às mulheres em 40,74%, os que tem renda variável tendem a ter 26,64% de pontuação superior que os de outros tipos de renda (Tabela 25).

Tabela 25 - Modelo final explicativo do desfecho religiosidade intrínseca.

Variável	Estimate	<i>p</i>	AR
μ (Intercept)	2,4379	0,0000***	
Idade	-0,0212	0,0000***	0,9790
Sexo M	0,3417	0,0017**	1,4074
Renda variável	0,2362	0,0451*	1,2664
σ (Intercept)	-2,3039	0,0000***	

AR: aumento relativo; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

No desfecho estresse, a partir do modelo escolhido, para cada um ano de idade a mais, espera-se uma redução média de 2,21% ($1 - 0,9779$) na pontuação. Os participantes do sexo masculino apresentaram uma pontuação média de 29,66% ($1 - 0,7034$) menor do que os participantes do sexo feminino (Tabela 30). Na comparação entre os grupos, separados por tempo, no M1, o GE apresentou uma pontuação média de 66,64% maior do que no GC, enquanto que, no M2, não ocorreu variação significativa na média. Já entre os momentos, tem-se que para o GE a pontuação média foi 43,54% ($1 - 0,5646$) menor na segunda avaliação com relação à primeira avaliação. Para o GC, não ocorreu variação significativa na pontuação média, conforme demonstra a Tabela 26.

Tabela 26 - Modelo final explicativo do desfecho estresse.

Variável	Estimate	<i>p</i>	AR
μ (Intercept)	2,7736	0,0000***	
GE	0,5107	0,0002***	
Idade	-0,0224	0,0000***	0,9779
Sexo M	-0,3519	0,0041**	0,7034
GE M2	-0,4956	0,0169*	0,6092
σ (Intercept)	1,1801	0,0000***	
GE-GC M1	1,6664	0,0001***	
M2-M1 GE	0,5646	0,0000***	

AR: aumento relativo; GE: grupo estudo; GC: grupo controle; M1: momento 1; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

No desfecho depressão, para cada um ano de idade que aumenta, reduz a pontuação da depressão em 2,61%. Estima-se que o sexo masculino apresente pontuação 56,57% menor que as mulheres. O tipo de renda apresentou uma influência muito grande na pontuação, e estima-se que as pessoas com renda variável apresentem 83,97% a mais na pontuação média de depressão, assim como os sem renda, com 56,16% a mais quando comparados aos que possuem renda fixa.

Na comparação entre os grupos, separados por tempo, no M1, o GE apresentou uma pontuação média de 98,03% maior do que no GC, enquanto no M2 não ocorreu variação significativa. Já entre os momentos, tem-se que, para o GE, a pontuação média foi 57,79% ($1 - 0,4221$) menor na segunda avaliação com relação à primeira avaliação. Para o GC, não ocorreu variação significativa na pontuação média (Tabela 27).

Tabela 27 - Modelo final explicativo do desfecho depressão.

Variável	Estimate	<i>p</i>	AR
μ (Intercept)	2,2655	0,0000***	
GE	0,6832	0,0018**	
M2	-0,0299	0,9044	
Idade	-0,0265	0,0003***	0,9739
Sexo M	-0,5522	0,0078**	0,5757
Renda variável	0,6096	0,0019**	1,8397
Sem renda	0,4457	0,0258*	1,5616
GE M2	-0,8325	0,0135*	
σ (Intercept)	1,6474	0,0000***	
GE-GC M1	1,9803	0,0015**	
M2-M1 GE	0,4221	0,0001***	

AR: aumento relativo; GE: grupo estudo; GC: grupo controle; M1: momento 1; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

Na ansiedade, para cada um ano de idade a mais espera-se uma redução média de 2,20% ($1 - 0,9780$) na pontuação. Os participantes do sexo masculino apresentaram uma pontuação média de 39,79% ($1 - 0,6021$) menor do que os participantes do sexo feminino. Nas estimativas de variação da média, o efeito de interação deixou de ser significativo no modelo. Após a aplicação do método para o referido parâmetro de inflação em zero após a inserção das variáveis independentes, percebe-se que a diferença continua existindo apenas entre os grupos. A probabilidade de ocorrência de zeros no GE é 53,11% ($1 - 0,4689$) menor do que o GC (Tabela 28).

Tabela 28 - Modelo final explicativo do desfecho ansiedade.

Variável	Estimate	<i>p</i>	AR/OR
μ (Intercept)	2,6270	0,0000***	
Idade	-0,0223	0,0016**	0,9780
Sexo M	-0,5073	0,0043**	0,6021
σ (Intercept)	-0,5624	0,0252*	
v (Intercept)	-1,0224	0,0112*	
GE	-1,0199	0,0352*	0,3606****
GE-GC M1	0,4689	0,0319*	
GE-GC M2	0,4689	0,0319*	

AR: aumento relativo; OR: odds ratio; GE: grupo estudo; M2: momento 2; *OR; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$; ****OR.

Com relação aos desfechos de qualidade de vida, vamos iniciar pela questão 1 do WHOQOL-BREF. Os que declararam ser solteiros tem a chance de possuir

classificação “Muito ruim, ruim ou Nem ruim nem boa” 2,4 vezes maior do que entre os que declararam ser casados (Tabela 29).

Em análise da questão 2 do WHOQOL-BREF, entre os participantes do GE, a chance de possuir classificação “Muito insatisfeito, Insatisfeito ou Nem satisfeito nem insatisfeito” é 3,12 vezes maior do que entre os participantes do GC. No caso da idade, tem-se que, para cada ano de idade a mais, espera-se uma redução de 3,97% ($1 - 0,9603$) na chance de responder “Muito insatisfeito, Insatisfeito ou Nem satisfeito nem insatisfeito” (Tabela 29).

Tabela 29 - Modelo final explicativo dos desfechos qualidade de vida questão 1 e questão 2.

Desfecho WHOQOL	Variável	Estimate	<i>p</i>	OR
Questão 1	μ (Intercept)	-0,5142	0,0785	
	Solteiro	0,8762	0,0073**	2,4017
Questão 2	μ (Intercept)	1,5520	0,0062**	
	GE	1,1370	0,0003***	3,1173
	Idade	-0,0405	0,0014**	0,9603

OR: odds ratio; GE: grupo estudo; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

No desfecho físico da qualidade de vida, no caso da média, para cada ano de idade a mais, espera-se um aumento de 0,51% na pontuação média. Em respondentes que declararam cor não branca, espera-se uma pontuação média de 6,42% ($1 - 0,9358$) a menos do que os respondentes que declararam cor branca. No caso da dispersão, para cada ano de idade a mais, espera-se um aumento de 2,29% na pontuação da dispersão do (Tabela 40). Na comparação entre os grupos, tem-se que a pontuação média foi 6,08% maior no GE com relação ao GC (Tabela 30).

Tabela 30 - Modelo final explicativo do desfecho qualidade de vida domínio físico.

Variável	Estimate	<i>p</i>	AR
μ (Intercept)	3,9426	0,0000***	
GE	0,0591	0,0122**	1,0608
Idade	0,0050	0,0000***	1,0051
Cor Não Branca	-0,0664	0,0057**	0,9358
σ (Intercept)	0,8433	0,0000***	
idade	0,0227	0,0000***	1,0229
GE-GC M1	1,0608	0,0114*	
GE-GC M2	1,0608	0,0114*	

AR: aumento relativo; GE: grupo estudo; GC: grupo controle; M1: momento 1; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

No desfecho qualidade de vida, domínio psicológico, as variáveis grupo e tempo não foram significativas. Para cada ano de idade a mais, espera-se um aumento de 1,97% na dispersão da pontuação média. Para respondentes do GE, espera-se uma pontuação de 21,92% (1 – 0,7808) a menos na dispersão do que os respondentes do GC. No caso do M2, tem-se que a pontuação da dispersão é de 36,63% maior com relação ao M1 (Tabela 31).

Tabela 31 - Modelo final explicativo do desfecho qualidade de vida domínio psicológico.

Variável	Estimate	<i>p</i>	AR
μ (Intercept)	4,2370	0,0000***	
σ (Intercept)	0,7769	0,0002***	
GE	-0,2474	0,0343*	0,7808
M2	0,3121	0,0062**	1,3663
Idade	0,0195	0,0000***	1,0197

AR: aumento relativo; GE: grupo estudo; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

No desfecho qualidade de vida, domínio meio ambiente, no caso da média, tem-se a pontuação média no M2 é de 10,31 pontos a mais do que no M1; já com relação à renda, tem-se que os participantes que possuem renda variável possuem 12,27 pontos a menos na média do que os participantes com renda fixa. Em relação a idade, a cada ano a mais, tem-se 0,73 pontos a mais na pontuação.

No caso da dispersão, os participantes com nível educacional pós-graduação e superior possuem, respectivamente, uma dispersão de 41,57% e 74,80% maior que os participantes do com nível educacional ensino médio ou menor, enquanto que, para sexo, tem-se que os participantes do sexo masculino possuem uma dispersão de 30,70% (1 – 0,6930) menor do que os participantes do sexo feminino. Nas estimativas de variação da média, na comparação entre os tempos, tem-se que a pontuação média foi 10,31 pontos a mais no M2 com relação à primeira avaliação, independentemente do grupo (Tabela 32).

Tabela 32 - Modelo final explicativo do desfecho qualidade de vida domínio meio ambiente.

Variável	Estimate	<i>p</i>	AR
μ (Intercept)	35,1270	0,0000***	
M2	10,3118	0,0001***	
Idade	0,7362	0,0000***	
Renda variável	-12,2760	0,0003***	
σ (Intercept)	2,7063	0,0000***	
Sexo M	-0,3667	0,0033**	0,6930
Pós-graduação	0,3476	0,0284*	1,4157
Superior	0,5585	0,0015**	1,7480
M2-M1 GC	10,3118	0,0001***	
M2-M1 GE	10,3118	0,0001***	

AR: aumento relativo; GE: grupo estudo; GC: grupo controle; M1: momento 1; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

Em análise ao domínio relações sociais da qualidade de vida, a aplicação do procedimento do stepwise manteve somente nível educacional. No M2, espera-se uma pontuação de 7,51 pontos a mais do que as respostas na primeira avaliação. Em respondentes com pós-graduação, espera-se uma pontuação média de 15,6440 pontos a mais do que os respondentes com Escolaridade \leq Médio, para os de nível Superior 12,4512 a mais com relação ao Ensino Médio ou menos. Nas estimativas de variação da média, na comparação entre os grupos, tem-se que a pontuação média foi 7,5090 pontos a mais na segunda avaliação com relação à primeira avaliação independente do grupo (Tabela 33).

Tabela 33 - Modelo final explicativo do desfecho qualidade de vida domínio relações sociais.

Variável	Estimate	<i>p</i>	AR
μ (Intercept)	62,3965	0,0000***	
GE	0,3262	0,9112	
M2	7,5090	0,0119*	
Pós-graduação	15,6440	0,0000***	
Superior	12,4512	0,0017**	
σ (Intercept)	2,8526	0,0000***	
M2-M1 GC	7,5090	0,0111*	
M2-M1 GE	7,5090	0,0111*	

AR: aumento relativo; GE: grupo estudo; GC: grupo controle; M1: momento 1; M2: momento 2; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$. *** $p < 0,001$.

6.3.1.2 Discussão dos resultados quantitativos

Os determinantes dos transtornos mentais elencados pela Organização Mundial de Saúde incluem fatores individuais, como a capacidade de gerir seus pensamentos e emoções, mas também componentes sociais, econômicos, políticos, ambientais, entre outros. Além disso, as pessoas com problemas de saúde mental registram taxas de incapacidade e mortalidade proporcionalmente mais elevadas (World Health Organization, 2021). Além da relação direta com os transtornos mentais, esses determinantes levam ao aumento do consumo de bebidas alcoólicas e consumo de substâncias, o que pode agravar os quadros já instalados.

Este ciclo de agravos de saúde mental, associado à incapacidade laboral, piora a condição ao induzir os indivíduos e agrava as condições socioeconômicas. Diante desses dados alarmantes de agravos de saúde mental prevalentes na sociedade, o cuidado nesse campo precisa envolver a sociedade de forma abrangente. É nesse contexto que incluímos, nas redes de cuidado, os equipamentos populares de cura, entre eles os centros espíritas, como avaliado no presente estudo e de particular presença no cenário brasileiro.

Presume-se que pessoas que procuram por auxílio em uma instituição religiosa, que, neste caso, se propõe a realizar um tratamento espiritual para alívio das dores físicas e emocionais, tendem a estar com algum nível de sofrimento psíquico. Em nosso estudo, os níveis de bem-estar psicológico (BEP) medidos no início da pesquisa (M1) revelaram baixos níveis de BEP no GE e níveis medianos no GC. Entretanto, ao serem submetidos à intervenção, observamos uma modificação importante nos níveis de BEP, com uma melhora nesses índices entre os participantes do GE. No GC, a redução estimada não teve significância estatística.

Estudos que avaliam intervenções religiosas e espirituais em outros contextos observaram melhora nos construtos de saúde mental avaliados quando as pessoas foram submetidas a alguma intervenção. Estudos randomizados controlados com a oferta de serviços de capelania religiosa observaram aumento do *coping* positivo e redução de ansiedade e estresse pré-operatório no grupo que passou pela intervenção (Bay *et al.*, 2008; Hosseini *et al.*, 2013). Outro estudo, com pacientes internados em unidade hospitalar, evidenciou melhora significativa no padrão do sono e na saúde espiritual dos participantes que receberam o programa de cuidado espiritual (Yousofvand *et al.*, 2023). Estudos que avaliaram bem-estar após intervenção espírita demonstraram melhora dos

índices de bem-estar em pacientes cardiovasculares, pessoas vivendo com HIV e pacientes pré-cirúrgicos (Carneiro *et al.*, 2017; 2018; 2020).

Com relação ao nível de satisfação de vida, observamos um aumento desses níveis de satisfação de vida no segundo momento da pesquisa nos GE e GC. Importante considerar que o aumento da satisfação com a vida pode ter ocorrido ao acaso, visto que isso também foi observado no GC. Entretanto, não podemos afirmar que o TE não tenha contribuído neste processo também aos participantes do GE. Como observado nos dados descritivos, o aumento médio neste grupo foi superior ao GC. A satisfação de vida é um construto mais estável quando comparado a outros elementos que compõem o bem-estar subjetivo como os afetos positivos e afetos negativos (Diener *et al.*, 1999), e isso pode ser um motivo para mudanças menos discriminantes em prazos mais curtos como é o caso dessa pesquisa. Embora alguns estudos com intervenções espirituais ou religiosas tenham encontrado diferença entre os GE e GC pós-intervenção nos níveis de satisfação de vida utilizando o mesmo instrumento (Bulut; Çekiç; Altay, 2023) ou utilizando outro instrumento que avalia o mesmo construto (Abdi *et al.*, 2019), há também, na literatura, estudos que corroboram a alteração desse construto somente alguns meses após a intervenção (Zhang *et al.*, 2023), reforçando a possível estabilidade.

Ao analisar os níveis de orientação espiritual, observamos que o GE apresentou uma estimativa de pontuação superior ao GC nos dois momentos do estudo. Importante considerar que os participantes do GC manifestaram altos índices de crença religiosa ou espiritual, pois mais de 91% deles declararam ter uma religião ou se considerar espiritualizado. No que se refere às informações coletadas pelo instrumento utilizado, este aborda o nível de importância da dimensão espiritual para o indivíduo e como isso é utilizado em sua vida. A constatação deste GC estudado é que ter uma crença religiosa ou espiritual não necessariamente tem relação com a importância dos aspectos espirituais na vida do indivíduo. Por outro lado, o GE apresentou índices superiores na média e na estimativa por regressão. O fato de ter uma orientação espiritual mais elevada pode influenciar na busca por tratamentos religiosos e espirituais.

Um estudo que avaliou o nível de espiritualidade com esse mesmo instrumento em um grupo de médicos que trabalham com terminalidades, apontou correlações diretas entre os índices de SSRS e o *coping* positivo e qualidade de vida (Plauto *et al.*, 2022). Outro estudo prospectivo avaliou níveis de orientação espiritual pelo SSRS entre outros parâmetros em pessoas com Doença de Chron, apontaram que níveis de orientação espiritual mais elevados estiveram associados à remissão da doença após

acompanhamento de dois anos, e sugerem que os profissionais de saúde devem estar atentos às crenças espirituais dos seus pacientes, pois estas podem influenciar no processo saúde-doença-cuidado (Campos *et al.*, 2021).

Com relação às variáveis sociodemográficas discutidas, as análises de regressão demonstraram que para cada ano que aumenta a idade teremos melhores níveis de bem-estar psicológico. Entretanto, a satisfação de vida piora com o aumento da idade. Embora os construtos bem-estar psicológico e satisfação de vida possam ter definições diferentes, eles podem ter alguma correlação (Ryff, 1989), guardando proximidade em relação aos desfechos associados a esses fenômenos. Contudo, no nosso estudo observamos divergências com relação à idade, um melhorando com a idade e o outro piorando. Estudos com amostras maiores são indicados para investigar melhor esses achados e suportar análises mais robustas.

Além disso, estima-se piores níveis de satisfação de vida no sexo masculino e em pessoas de cor não branca. O nível de satisfação de vida relacionada ao sexo é uma informação que parece depender de outras variáveis, segundo a amostra estudada. Estudos com amostras diversas encontram relações variadas ao avaliar esse construto por sexo. Vimos, na literatura, estudos sem diferença entre os sexos (Bardagi; Hutz, 2010), como outros com níveis menores em adolescentes do sexo masculino ou homens adultos em outros estudos (Wendt *et al.*, 2019; Toledo; Campos, 2023). Aventamos que, em relação à cor ou raça, poderia existir uma relação com a classificação socioeconômica. Entretanto, o tipo de renda não teve significância estatística neste estudo. Ter nível de instrução superior ou com pós-graduação teve correlação com níveis mais elevados de orientação espiritual. Este fato encontrado em nosso estudo diverge de um estudo realizado em pessoas com epilepsia, que demonstrou relação dos níveis de orientação espiritual com níveis de instrução menores (Tedrus; Fonseca; Hoëhr, 2014).

Observamos, neste Estudo 3, que a religiosidade organizacional foi maior no GE em mais de 60%, independentemente do momento, e que esse mesmo grupo tem 75% de chance a menos de responder que frequenta a instituição religiosa algumas vezes ao ano. Embora o TE não tenha sido o determinante para maiores níveis de religiosidade organizacional, observamos que este grupo frequenta mais as instituições religiosas que o GC. Outra observação constatada é o aumento na religiosidade não organizacional, ou seja, o tempo que a pessoa se dedica a seus momentos de oração, leituras evangélicas, meditações, entre outras formas de transcendência pessoal.

Como isso é parte das indicações terapêuticas do TE, esse aumento foi observado apenas no GE. E, no M2 da pesquisa, essa diferença entre a pontuação dos grupos foi superior a 64%. A relação entre práticas de oração ou conexão transcendental com melhoras em construtos de saúde mental, ou de dor, estão evidenciadas na literatura (Illueca; Doolittle, 2020; Rossato *et al.*, 2021; Jarego *et al.*, 2023). Além disso, estudos demonstram que níveis mais elevados de religiosidade estão associados a melhores desfechos em saúde mental (Vitorino *et al.*, 2018; Gonçalves *et al.*, 2018).

Já a religiosidade intrínseca foi semelhante nos dois grupos no início da pesquisa, e a pontuação não foi alterada de forma significativa ao final da pesquisa. Com relação às variáveis sociodemográficas, observamos que a RI aumenta com a idade, que homens tem níveis mais baixos, assim como ter renda variável está associada a menores níveis de RI. No estudo de Campos *et al.* (2021), a RI foi associada a remissão de doença de Crohn após dois anos de seguimento. Os estudos que utilizam a DUREL para medir os níveis de religiosidade geralmente o fazem para comparar os níveis entre os grupos estudados, e não avaliam novamente no desfecho, o que dificulta a comparação com os nossos dados (Carneiro *et al.*, 2017; Carneiro *et al.*, 2018a; Carneiro *et al.*, 2020b; Zacaron *et al.*, 2021).

Com relação aos construtos de saúde mental, estresse e depressão, observamos níveis mais elevados em participantes do GE no início da pesquisa. No momento 2, observamos alterações importantes nesses dois construtos. O estresse, no GE, teve redução de 43,54%, e o GC manteve-se sem alteração significativa. Com relação à depressão, a redução média foi ainda mais significativa, de 57,79%, também sem alteração significativa na média da pontuação dos participantes do GC.

Já no construto ansiedade, embora a redução da pontuação média no GE tenha sido de quase 6 pontos a menos, na análise de regressão essa diferença não foi significativa. Entretanto, a probabilidade de ocorrência de 0 (sem sintomas de ansiedade) é 53,11% menor no GE. Amostras maiores poderão esclarecer melhor esses achados.

Estudos com intervenções espíritas encontraram resultados diversos nos construtos avaliados neste estudo. Por exemplo, no estudo realizado por Carneiro *et al.* (2020a), encontraram redução dos índices de ansiedade, estresse e depressão nos 2 grupos pesquisados (intervenção e controle). Já em outro estudo, o grupo que recebeu o passe espírita apresentou reduções mais significativas na ansiedade e depressão (Zacaron *et al.*, 2021). Outro estudo encontrou melhora significativa na ansiedade, mas

não na depressão (Carneiro *et al.*, 2017), e outro demonstrou redução da depressão mais acentuada no grupo que recebeu o passe espírita, mas sem diferença estatística significativa (Carneiro *et al.*, 2020b). Importante mencionar que o tempo de utilização das terapias, e o tempo entre uma medida e outra diferem nos estudos, e isso pode ser uma explicação para a diversidade dos resultados.

Outros estudos com terapias em outros contextos religiosos revelaram redução nos níveis de ansiedade (Elham *et al.*, 2015; Penberthy *et al.*, 2017), ansiedade e depressão (Greer *et al.*, 2011; Aggarwal *et al.*, 2023), e redução dos níveis de depressão e melhora da qualidade de vida (Pramesona; Taneepanichskul, 2018). Embora haja controvérsias nos resultados de terapias espíritas, os nossos resultados de visível redução da pontuação média da depressão coadunam com a maioria dos estudos de R/E e depressão, demonstrando a relação inversa entre essas variáveis (Smith; McCullough; Poll, 2003; Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021; Scorsolini-Comin *et al.*, 2021).

A relação da frequência religiosa e remissão da depressão foi evidenciada em outro estudo brasileiro (Mosqueiro *et al.*, 2021), e podem contribuir com a explicação de nossos resultados em que o GE apresentou maiores índices de religiosidade organizacional. A literatura científica com relação à ansiedade é controversa. Embora tenhamos evidências positivas entre a R/E e níveis mais baixos de ansiedade (Sternthal *et al.*, 2010; Elham *et al.*, 2015), as evidências existentes não são tão contundentes como na depressão (Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021), e isso foi verificado neste Estudo 3 também.

Com relação às variáveis sociodemográficas, nos desfechos de saúde mental estresse, depressão e ansiedade, verificamos que, nos três construtos de saúde mental, as pontuações médias reduzem com o aumento da idade. E que pessoas do sexo masculino apresentaram níveis menores de ansiedade, estresse e depressão, com uma diferença mais expressiva na depressão, com 56,57% a menos que no sexo feminino. Resultados semelhantes, com menores níveis de ansiedade, estresse e depressão em homens também foram encontrados em outros estudos que avaliaram a relação desses construtos com os níveis de espiritualidade (Martins *et al.*, 2022) ou somente a ansiedade e estresse mais baixos (Caetano *et al.*, 2022), e outro com maiores níveis de espiritualidade, mas também de ansiedade e depressão em mulheres (Rassoulilian; Gaiger; Loeffler-Stastka, 2021). Outro fato constatado no domínio depressão é que pessoas sem renda ou com renda variável apresentaram níveis mais elevados, sendo 56,16% e 83,97%, respectivamente.

Outros desfechos de saúde mental como a ansiedade e depressão são mais amplamente pesquisados nos contextos de terapias espirituais ou religiosas e referem desfechos positivos entre esses construtos (Alp; Yucel, 2021; Elham *et al.*, 2015; Carvalho *et al.*, 2014; Pramesona; Taneepanichskul, 2018; Gonçalves *et al.*, 2015; Zacaron *et al.*, 2021; Carneiro *et al.*, 2020a). Associações semelhantes foram apontadas em revisões sistemáticas e metanálises, demonstrando relações positivas (Santos *et al.*, 2022; Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021; Diego-Cordero *et al.*, 2022b; Coelho-Júnior *et al.*, 2022). Entretanto, é importante considerar que os autores dos estudos de revisão afirmam a dificuldade de comparar os resultados dessas investigações devido à heterogeneidade da metodologia dos estudos, o que implica fragilidade das evidências e sugerem novos estudos (Santos *et al.*, 2022; Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021; Coelho-Júnior *et al.*, 2022).

Nos domínios da qualidade de vida, assim como as respostas às questões 1 e 2 do instrumento, poucas diferenças significativas foram verificadas entre os grupos e entre os tempos. Ao analisar a questão 1, cuja pergunta é “Como você avalia a sua qualidade de vida?”, somente a variável situação conjugal apresentou diferença significativa, demonstrado que os solteiros têm 2,4 vezes mais chances de responder as respostas “Muito ruim, Ruim ou Nem ruim nem bom”, ou seja, os solteiros consideram sua qualidade de vida pior que os casados.

A questão 2, cuja pergunta é “Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?”, observamos que o GE tem 3,12 mais chances de ter respostas “Muito insatisfeito, Insatisfeito, ou Nem satisfeito nem insatisfeito” comparado ao GC. Isso significa que os participantes do GE têm piores níveis de satisfação com sua qualidade de vida. Os dados descritivos apontam que 74,5% dos participantes do GE assinalaram as respostas “Muito insatisfeito, Insatisfeito, ou Nem satisfeito nem insatisfeito”. Com o aumento da idade, espera-se uma redução nas chances de o participante responder as respostas neutras ou negativas citadas. A idade parece ter impacto positivo também na pontuação do domínio físico, contribuindo para o aumento da pontuação deste domínio com o aumento da idade. Entretanto, a dispersão esperada na pontuação deste domínio também aumenta com a idade em 2,29%.

No domínio físico, observamos que as pessoas do GE têm níveis que qualidade de vida superiores ao GC, independentemente do momento. Ou seja, o TE parece não ter impactado na alteração da qualidade de vida neste domínio mesmo que a média da

pontuação no GE tenha aumentado em 7,5 pontos. Outro fato é que nas pessoas que declaram cor não branca espera-se uma pontuação 6,42% menor.

No domínio psicológico, não foram observadas diferenças significativas na pontuação média entre os grupos e tempos. O aumento na média de 11,2 pontos no GE no M2 não foi suficiente para demonstrar diferenças na significância estatística. As diferenças se deram apenas nos parâmetros de dispersão, que aumenta com a idade, reduz a dispersão na pontuação do GE, e, no M2, espera-se aumento na dispersão da pontuação desse desfecho.

O domínio meio ambiente apresentou aumento médio de mais de 10 pontos no M2 nos dois grupos, e a renda variável é uma variável negativa para esse desfecho, pois pessoas nesta situação tiveram 12 pontos a menos quando comparadas com as de renda fixa. A variabilidade das pontuações são maiores nas pessoas com nível de instrução superior e pós-graduação, e o sexo masculino apresentou dispersão menor. A pontuação média maior no M2 também ocorreu no domínio relações sociais, em 7,5 pontos nos dois grupos. E o nível de instrução impactou na pontuação média das pessoas com nível superior e pós-graduação em médias superiores a 10 pontos.

Observamos, portanto, que o tratamento espiritual não contribuiu na alteração da qualidade de vida dos participantes desse estudo, e talvez esse desfecho não seja uma medida ideal para este tipo de estudo, pois a qualidade de vida inclui elementos que não mudam a curto prazo, e resultados semelhantes foram observados em outros estudos (Ichihara *et al.*, 2019; Vermandere *et al.*, 2016). Importante ressaltar que, embora essa pesquisa tenha avaliado os desfechos no período de quatro semanas, o tratamento espiritual pode ser realizado de forma contínua, a depender somente da decisão e comprometimento do participante. Talvez em pessoas que realizam o TE por períodos mais prolongados poderiam ter desfechos diferentes em construtos mais estáveis como é o caso da qualidade de vida e da satisfação de vida.

Por fim, pudemos observar que desfechos positivos, ou construtos sem efeitos a serem atribuídos ao tratamento espiritual estudado, foram demonstrados nesta pesquisa. Há que se considerar que, ao nosso conhecimento, este foi o primeiro estudo quantitativo que avaliou desfechos de saúde mental em participantes utilizando como intervenção religiosa e espiritual o tratamento mencionado neste estudo. Embora possa haver características próprias dos centros espíritas, nos propomos a estudar um método descrito na literatura espírita, e que é aplicada em outros locais além dos centros espíritas pesquisados, não somente no Brasil, mas em outros países como Argentina, Honduras,

Guatemala, Cuba, Angola, Moçambique e Portugal³. A padronização de um método visa a atender a grande lacuna na literatura científica de que a falta de métodos padronizados de intervenções religiosas prejudica a construção de evidências mais robustas.

³ Informações obtidas em conversa com a Sra. Rosana Maria Ferreira Borges, Secretária Geral do Conselho Diretor da Concafras.

6.3.2 Resultados qualitativos – Estudo 3

Na análise dos dados das entrevistas, foram produzidos 93 códigos que, posteriormente, foram agrupados em subtemas e, por fim, em temas. Esses elementos estão sumarizados na Figura 8.

Figura 8: Quadro de códigos, subtemas e temas gerados na análise dos dados.

Códigos	Subtemas	Temas
<ul style="list-style-type: none"> ○ auxílio de outra religião ○ busca por auxílio em diversas terapias procura da cura em diversos cenários 	----	Busca por auxílio em cenários diversos
<ul style="list-style-type: none"> ○ crença que outro precisa de ajuda ○ filhos ○ insatisfação com a vida ○ problemas conjugais ou familiares ○ sintomas físicos ○ sobrecarga familiar ○ tratamento intercessório 	Motivos do Tratamento Espiritual (TE)	Motivos para o TE
<ul style="list-style-type: none"> ○ familiar com problema de saúde mental (SM) ○ percepção ruim de sua vida pessoal ○ profundidade da dor ○ sintomas de SM ○ vazio existencial 	Sintomas de SM relatados	
<ul style="list-style-type: none"> ○ fé em Deus como protetor contra o suicídio ○ pensamento suicida ○ suicídio de ente ○ tentativa de suicídio (pessoa ou familiar) 	SM e relação com suicídio	
<ul style="list-style-type: none"> ○ busca de conhecimento sobre aspectos espirituais ○ doença em consequência do desequilíbrio mental e espiritual ○ mediunidade ○ obsessão ○ problemas espirituais ○ problemas que não podem ser resolvidos por meios formais 	Problemas espirituais	
<ul style="list-style-type: none"> ○ contato com experiências prévias de outras pessoas ○ relato de outra pessoa 	Recomendações pessoais ou de terceiros	
<ul style="list-style-type: none"> ○ desespero ○ piora da SM (obsessão) ○ procura por tratamento quando está muito ruim (último recurso) 	TE como último recurso - conflitos diversos	

continua

<ul style="list-style-type: none"> ○ crença na cura ○ crença na organização da vida/ resolução de problemas ○ crença no auxílio do TE ○ cura sem acreditar ○ expectativa diversa (qualquer auxílio) ○ não acredita no TE ○ problemas com rotina/procrastinação/desânimo ○ TE com resultados similares a práticas integrativas complementares (PIC) 		Expectativa com o TE
<ul style="list-style-type: none"> ○ acolhimento/pertencimento 	Acolhimento e suporte social	Efeitos positivos e repercussões
<ul style="list-style-type: none"> ○ cura física ○ efeitos do TE (físico) ○ relato de cura atual ○ TE como alívio/redução de sintomas 	Efeitos físicos	
<ul style="list-style-type: none"> ○ TE melhora ansiedade ○ efeitos do TE (SM) ○ TE como alívio/redução de sintomas 	Efeitos em SM	
<ul style="list-style-type: none"> ○ satisfação com TE ○ sensações positivas devido a conexão espiritual ○ sentimento pós TE 	Afetos positivos e negativos	
<ul style="list-style-type: none"> ○ efeitos do TE 	Sono	
<ul style="list-style-type: none"> ○ surpreso com a cura ○ auxílio imediato ○ efeito mais rápido que o TTO formal ○ efeito superior à expectativa 	Efeitos rápidos	
<ul style="list-style-type: none"> ○ experiência prévia com o TE ○ relato de cura prévia 	Experiências prévias	
<ul style="list-style-type: none"> ○ auxílio mútuo ○ efeito do TE intercessório ○ consequências além daquilo que foi buscar ○ TTO intercessório como auxílio para quem faz 	Tratamento intercessório auxílio mútuo	
<ul style="list-style-type: none"> ○ efeitos do TE 	Melhora das relações sociais, execução de atividades diárias	
<ul style="list-style-type: none"> ○ impressões / percepções do TE ○ opinião sobre TE ○ frustração com a expectativa criada para resolução imediata ○ cura como merecimento 	Percepções pessoais	
<ul style="list-style-type: none"> ○ outro tipo de melhora, não no que foi buscar nem sempre a cura é imediata ○ TE como parte do processo de melhora 	Outros efeitos	

continua

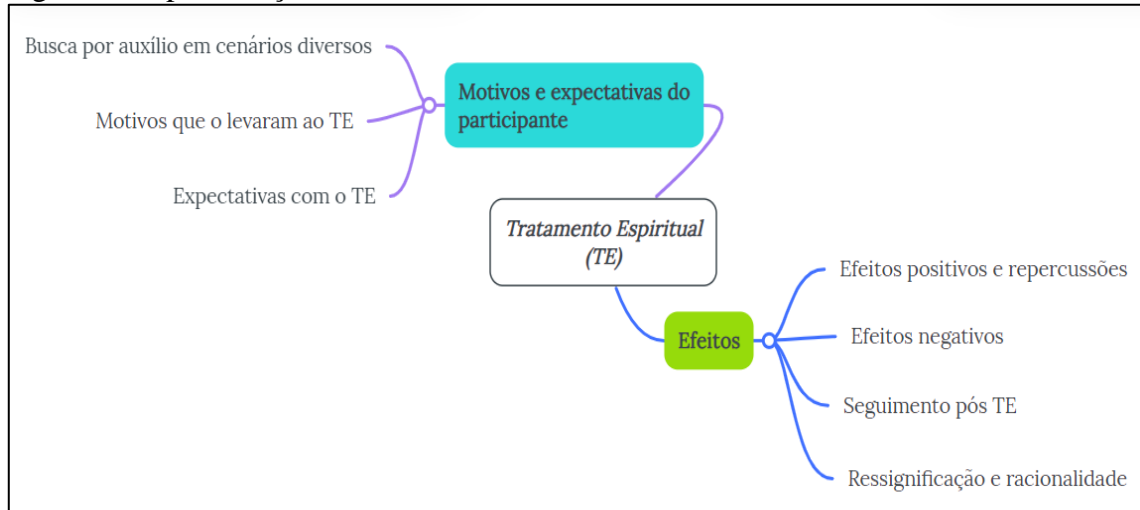
<ul style="list-style-type: none"> ○ dúvida sobre a efetividade do TE ○ efeito sem resolução ○ efeitos do TE com piora / efeitos negativos ○ TTO intercessório sem resolução 	Efeitos negativos	Efeitos negativos
<ul style="list-style-type: none"> ○ desistência do TE ○ dificuldade em cumprir o TE ○ Não concluir o TE não é perdido ○ persistência no TE mesmo com adversidades ○ TE completo 	Dificuldades e desistências do TE	
<ul style="list-style-type: none"> ○ continuidade de atividades do CE ○ necessidade de continuar TE para obter mais resultados ○ persistência no TE ○ processo contínuo ○ TE contínuo ○ TE diversas vezes ○ tratamento consecutivo 	Alta, Continuidade do TE, vários TE	Seguimento pós TE
<ul style="list-style-type: none"> ○ fé raciocinada ○ percepção da autoajuda ○ TE como início do estudo da doutrina ○ conhecimento como auxílio ○ TE como conhecimento 	Conhecimento/ esclarecimento	Resignificação e racionalidade
<ul style="list-style-type: none"> ○ percepção de necessidade de enfrentar problemas TE como auxiliar na mudança da vida orientações de autocuidado ○ TE como marco de mudanças na vida ○ vínculo afetivo com o TE ○ mudança comportamental após TE reequilíbrio 	Mudança de comportamento	

TE = tratamento espiritual; SM = saúde mental

Fonte: Elaborada pela autora.

Os resultados e a discussão da análise qualitativa serão apresentados em dois blocos principais, sendo o primeiro sobre os motivos e expectativas para a busca do tratamento espiritual, e o segundo sobre os efeitos do tratamento realizado. A Figura 9 sumariza a definição dos temas e como eles serão apresentados nesta Tese.

Figura 9: Representação dos blocos e temas criados.



Fonte: Elaborada pela autora.

6.3.2.1 Motivos e expectativas para a busca do tratamento espiritual

A seguir, esses temas serão detalhados refletindo os percursos, razões e expectativas que permeiam as pessoas que procuraram por tratamento espiritual no período estudado. Posteriormente, serão discutidos a partir da literatura científica.

6.3.2.1.1 Tema 1: Busca por auxílio em cenários diversos

Os participantes demonstraram, em suas falas, que procuraram por terapias diversas ou percorreram itinerários terapêuticos diversos antes do tratamento espiritual realizado. Esses percursos incluíram práticas integrativas e complementares (PIC), mas também curandeiros, chás ou receitas caseiras e espaços religiosos variados. As situações apresentadas contextualizam como os participantes chegaram ao centro espírita como mais um equipamento sociocultural na busca por auxílio na resolução de seus problemas.

Observa-se, nas falas a seguir, que expressões como “tudo o que você imaginar” e “todas as terapias alternativas que estiveram ao meu alcance eu topei experimentar” podem expressar a busca persistente por auxílio em cenários diversos para seus problemas de saúde, em que o sujeito, diante de sua dor ou doença, aceita ser submetido a todo tipo de tratamento, mesmo que não tenha um efeito científico comprovado:

Eu já havia procurado muitos tratamentos, em várias religiões, é... as vezes o pessoal falava, ah... vai em tal lugar, é... o pessoal faz um... um trabalho, faz uma garrafada, faz um remédio. Então, assim, tudo que me ensinavam eu ia, né? E... e buscava esse tratamento. E também ia... fui em várias igrejas também, né? Participar, pra buscar esse tratamento e nada. Ah... igreja tal, alguém foi, fez uma campanha e deu certo, alguém benzeu. Então, tudo que você imaginar, eu já tinha procurado. (P-57)

Procurei outras terapias além da terapia psicológica, então nós buscamos a constelação sistêmica — nós eu e minha mãe, por isso eu falo nós, tá? Porque é sempre nós duas. Mas eu busquei a constelação sistêmica, busquei apometria, Barra de Access, mesa quântica, enfim... Todas as terapias alternativas que estiveram ao meu alcance eu topei experimentar. (P-3)

Além dos itinerários terapêuticos em espaços diversos, há aqueles que procuraram equipamentos religiosos variados. Alguns participantes demonstraram a ineficiência da aproximação do espaço religioso a longo prazo, não obstante a dificuldade pessoal em prosseguir com o acompanhamento proposto pela instituição.

Voltei a frequentar a igreja católica, porque eu tinha me afastado, e isso me ajudou e foi suficiente durante um tempo. (P-03)

Já procurei o Vale do Amanhecer⁴, voltei duas vezes nele, mas eu não consegui prosseguir com o acompanhamento" (P-83)

Eu fiz, eu já fiz um tratamento num terreiro que eu ia e que eu fui lidando com essas questões familiares também. (P-76)

A procura por tratamento em sistemas de saúde formais antes do tratamento espiritual foi manifestada por vários participantes, demonstrando a integração entre esses sistemas na experiência de diversos frequentadores. Os principais profissionais mencionados foram o psicólogo e o psiquiatra, sendo os tratamentos mais citados a psicoterapia e o apoio medicamentoso, em uma ligação importante com o contexto da assistência em saúde mental:

⁴ Movimento espiritualista doutrinário que combina em sua formação aspectos de outras religiões, com influências do catolicismo, do espiritismo e espiritualismo, influências das religiões de matriz africana, entre outras] (Santos, 2023).

Já, já procurei tratamento médico, estou fazendo o acompanhamento com psiquiatra, psicóloga também. E, só que eu... eu estava sentindo que isso não estava bastando, que não estava servindo só isso. (P-78)

6.3.2.1.2 Tema 2: Motivos que o levaram ao tratamento espiritual

Há uma diversidade de motivos que levaram os participantes a procurarem o tratamento espiritual, envolvendo problemas de saúde física, mental ou espiritual. Em relação aos primeiros, há relatos de problemas estritamente físicos, como um problema na visão, ou pela associação entre uma doença física com um comprometimento psicológico:

Eu fui diagnosticado com essa doença diverticular que o problema maior é a dor que você enfrenta né. Não só, assim, a dor física, mas também quanto as dores, assim, posso dizer da alma. As pessoas ao seu redor veem você ali, mas não sabem o que você está passando aquele momento. (P-18)

As queixas de saúde mental mais frequentemente relatadas parecem ter relação com doenças muito prevalentes na atualidade, como a ansiedade e a depressão. Há, ainda, menções a oscilação de humor, dificuldades de relacionamento, problemas com o abuso de álcool, tabaco e substâncias psicoativas e casos de depressão mais graves, repercutindo em dores físicas:

Ultimamente, eu tenho tido muita oscilação de humor. É... problemas de relacionamento com amigos, pessoas próximas, principalmente dificuldade em conseguir me abrir, uma cobrança, uma autocobrança excessiva. E, nos últimos dias, é... eu tenho piorado essa questão do desânimo, estresse, mau humor ou essa falta de sentido mesmo de não conseguir me controlar. (P-07)

Depressão! Início de depressão, né? Já estava num... num quadro depressivo, e estava acontecendo vários probleminhas de saúde também, queda de pressão. Minha pressão não passava de oito ponto quatro, oito ponto cinco, oito ponto seis, no máximo ia até oito ponto seis. Eu fiquei assim por mais de uma semana. E... Indisposição, indisposta, com a mente meio perturbada. (P-49)

Tirar essa angústia que se torna dor física, porque a dor no peito é muito grande, o aperto no peito é muito grande, 24 horas por dia. (P-03)

Eu estou procurando pra eu diminuir a bebida. (P-15)

Houve, ainda, em menor frequência, os relatos de que procuraram o tratamento espiritual por motivos estritamente espirituais, como a mediunidade ou obsessão:

Agora voltei porque eu estava ouvindo vozes, brigando muito em casa..., pode ser que nem era eu. (P-35)

É devido a minha alta mediunidade. (P-91)

Ela começa a chorar, [...]. Ela fica toda assim diferente, ela fica pálida, trava, tipo assim era um gesto diferente, né? Eu até pensei assim, ah, vai ver é alguma coisa mal que tá nela, né? Aí, por isso a gente procurou isso aqui. (P-08)

Possível caso de obsessão. (P-04)

Observamos, também, narrativas de insatisfação com a vida sem um motivo aparente, no qual o participante relata um “vazio existencial”. A busca o tratamento espiritual emerge como um sentido na vida, como demonstrado a seguir:

É, essa questão, esse sentido... É... eu tenho uma casa, eu tenho família, sou mãe, tenho a minha mãe, eu tenho um bom emprego, sou formada. Então, teoricamente, eu posso dizer que eu tenho uma vida normal e estável, mas eu não entendo essa insatisfação e essa busca de... esse desespero, essa falta, esse vazio que eu sinto dentro de mim" (P-07)

E aí, por conta disso, eu tinha muitas questões, muitas dificuldades, tristeza sem razão aparente, às vezes, é... eu tinha problemas de relacionamento, problemas com bebida, eu... eu saía e não tinha controle... cheguei até a... a usar algumas coisas... é... drogas e tive vários... vários conflitos internos. Essa tristeza, assim, o vazio existencial na minha alma, sempre parecia que nada preenchia e eu vivia procurando fora, vivia procurando essas coisas externas, indo em festa, e só me preocupava com esse tipo de coisa, não me preocupava com nada mais, vivia pra isso. E aí, chegou um momento que, realmente, acho que a dor foi tão grande na minha vida, que não foi mais suficiente aquilo ali, parecia que... é... eu tinha que... precisava de alguma coisa acontecer pra eu sair daquele ciclo que eu estava. (P-58)

Algumas participantes manifestaram a procura devido problemas conjugais ou familiares, desde conflitos interpessoais, sobrecarga por ser o cuidador de familiares e até mesmo devido ao divórcio:

Tive que parar de trabalhar, pra cuidar do meu pai, da minha mãe, que a minha mãe tem começo de Alzheimer, meu pai já está numa idade, com câncer, é... tratamento de câncer, né? Já faz muitos anos. (P-56)

Aí eu busco uma ajuda assim nessa parte emocional..., porque eu estou passando por um divórcio e não está sendo fácil. (P-89)

Participaram, também, pessoas que procuravam o tratamento espiritual para terceiros, geralmente um familiar próximo, denominado no espiritismo como tratamento intercessório. Embora em algumas falas o participante queira manifestar que a necessidade de tratamento é para outra pessoa, observa-se que os reflexos da dor e do problema do outro (familiar) repercutem no participante, assim como o tratamento também:

Bom, agora eu estou procurando um tratamento espiritual não necessariamente pra mim né pra meu filho que é usuário de drogas. (P-69)

Como o meu tratamento intercessório, então, muito dessas mudanças minhas, acaba interferindo diretamente na pessoa que eu tô... pela qual eu tô fazendo o tratamento. Então, eu acho que tá sendo muito positivo. Em termos gerais, tá? Ele tá me ajudando bastante. Até a me conhecer mesmo. (P-63)

Eu estou sentindo pra mim uma certa tristeza em relação a minha mãe, sabe. Eu vejo o modo como ela trata de forma diferente, nós, como filhos. Eu...não recebo o mesmo tipo de atenção que a minha irmã, que é muito mais agressiva psicologicamente falando... Então, eu fiquei magoado, bastante magoado, cheguei a perder uma noite de sono e como já tinha acontecido algumas outras coisas meio ruins que me deixaram um pouco depressivo, eu resolvi iniciar um tratamento em interseção da minha mãe pra ver se reduz um pouco o orgulho dela e melhorar. (P-44)

Alguns participantes que procuraram o tratamento espiritual manifestaram intenções e pensamentos suicidas, ou tentativas de suicídio já realizadas. No caso de um participante, por mais de uma vez:

Aí eu fiquei muito mal, tava uma crise de ansiedade, muita dor no peito assim, tava se sentindo... queria morrer. Na realidade, é isso! Eu queria sumir, queria, né? Falar assim, é o único jeito pra minha vida, né? (P-56)

Às vezes eu penso muito no suicídio, porque a gente acaba desistindo da vida, a gente não vê o mesmo motivo assim, não se alegra, não tem entusiasmo mais em viver. Você se vê, assim, vivendo por obrigação. (P-78)

Porque a minha tentativa de suicídio foi há duas semanas. (P-03)

Houve situações em que o participante demonstrou estar no tratamento espiritual diante de uma série de acontecimentos ruins em sua vida, de forma concomitante. Esses acontecimentos estariam, segundo suas percepções, relacionados a causas espirituais:

E aí veio tudo junto. A perda do meu emprego, meu marido querendo me deixar. E aí, eu não consegui. O meu mundo desabou, assim. É como se eu tivesse num poço sem fundo. E no dia que eu vim, eu estava, eu acho, que no pior momento, no pior momento, assim, aquele momento que você se humilha pra pessoa não ir embora. Pelo amor de Deus, não vai embora! (P-11)

Beleza, passou um tempo, eu senti no meu coração, que tava me dando muito desespero, muita angústia... muita angústia, porque parece que tudo foi acontecendo ao mesmo tempo. Eu fiquei doente, meu filho ficou doente e, assim, veio aquele desespero, né? E eu comecei a perceber que muitas coisas estavam acontecendo e que não seria só uma coisa física, seria o espiritual mesmo. (P-49)

A busca do tratamento espiritual a partir das indicações de outras pessoas também foi relatada. Essas indicações revelam uma validação social acerca dos benefícios dos tratamentos, mobilizando em novos frequentadores a obtenção dos mesmos resultados:

Meus pais vieram já no mês passado pra casa pra fazer o tratamento deles e eles gostaram muito, tiveram evolução. (P-12)

Porque eu vi o... o resultado que ele obteve. Aliás, não foi nem ele, foi o pai dele, que obteve os resultados, e o pai dele é advogado como eu e me transmitiu a respeito, eu... eu participei de todo o tratamento dele como médico e fiquei sabendo de tudo, e ele não ficou bom com o tratamento médico, e no centro espírita ele ficou bom. Ele fez o tratamento, no caso, em Uberlândia, e fez também em... em Goiânia, e lá também no... na Trindade, se eu não estou enganado. Em centro espírita. (P-64)

A demonstração de que já havia procurado um tratamento médico ou de outro profissional da saúde foi citada por diversos participantes, e vários demonstraram uma ineficiência do tratamento formal já realizado. Isso foi um dos fatores que o incentivaram a procura pelo tratamento espiritual.

Então, a parte médica já tá sendo feita, com acompanhamento psicológico, mas vejo que não está surtindo aquele efeito. Está muito moroso, muito vagaroso, né? (P-63)

E a psicóloga fala uma coisa e pra mim não está acontecendo nada, né? Tipo assim, não estou vendo evolução, né?. (P-08)

6.3.2.1.3 Tema 3: Expectativas com o tratamento espiritual

Alguns participantes manifestaram expectativas de que o tratamento espiritual pudesse auxiliar a resolver problemas atuais, desejando retornar às atividades habituais ou retomar a vida como antes:

Espero que voltem a ser como era antes, porque aconteceram muitas mudanças com essa prisão. Perdi o emprego, meu círculo de... contatos que eu tinha, em boa parte, ele foi desfeito... Então agora eu me encontro em uma situação não muito confortável como eu tinha antes de ter acontecido essa prisão. (P-02)

Eu quero me sentir bem, eu quero voltar, né? A ser como eu era antes, hoje eu tenho bastante dificuldade de, de fazer as coisas, de ter vontade pra sair, de ter entusiasmo, né? Então, eu, aos poucos, eu tô voltando, depois que eu vim pra cá, eu sinto um pouco mais de prazer em voltar com a minha vida. (P-11)

Outros acreditam que o tratamento espiritual poderia auxiliar na resolução de problemas de saúde mental por eles enfrentados, podendo ser complementares aos tratamentos já realizados em equipamentos formais de saúde:

A minha expectativa é me tornar melhor, né? Tanto na parte... é, espiritual, obter conhecimento, é... conseguir me livrar mesmo, assim, dessa depressão e ansiedade que já me acompanha aí tem alguns anos, né? Já troquei de médico, já troquei de remédio várias vezes e é como se o tratamento ele começasse bem e no meio do caminho ele começasse a desandar, né? Então assim, então... eu... a minha cabeça, ela mexe muito comigo, meus pensamentos, e eu queria entender mais sobre isso, porque eu tenho assim algo que eu acredito que seja um pouquinho de mediunidade, né? Então, assim, eu queria exercer, exercitar, aprender a lidar com isso também. (P-83)

Alguns participantes pareceram ser parcimoniosos em suas expectativas. Assim, verbalizam que se seus problemas não pudessem ser resolvidos por completo, esperavam que eles fossem minimizados:

Crer que esse problema que eu tenho aqui na minha cabeça, assim, que eu serei curada...e, assim, eu não receber aquela cura esse "sarou", mas que eu consiga viver bem, entendeu? [...] Mas que eu consiga com isso levar a minha vida até quando Deus permitir. (P-19)

Não espero que todos os problemas da minha vida vão sumir assim né, da noite pro dia. Mas eu procuro que eu me sinta mais tranquila pra pelo menos tentar resolver ou pra encarar de uma forma mais leve e espero que as coisas também fluam melhor. Que eu consiga organizar tudo que eu quero organizar de uma forma mais espiritualizada também, né. Que me traga mais conforto. (P-51)

Nem todos os participantes acreditavam no tratamento, alguns desconfiavam ou duvidavam da sua efetividade. Não obstante, a dúvida sobre a efetividade já aconteceu em experiências anteriores:

Não nego que tem um pouco de receio que não consiga, entendeu? É como se metade de mim acredita e a outra metade não, ou seja, espiritualmente eu acredito e carnalmente eu não acredito, seria mais ou menos isso. (P-23)

Não vou dizer que na época eu não criei tanta expectativa muito porque eu não tinha muita fé. Mas eu fui curada. E agora eu quero fazer novamente, porque eu tenho problema. (P-19)

Embora a dúvida ou a parcimônia estejam presentes nas falas de alguns participantes, a crença na cura também foi relatada pelos voluntários:

Receber a cura, de me libertar dessa dor insuportável, né? Porque é uma dor, assim, muito forte. (P-57)

Eu quero crer que ficarei bom, que ficarei curado. (P-64)

Outros relatam expectativa de um processo de autoconhecimento e aprendizagem, ou de um direcionamento da vida, e que esse processo de conhecimento dos aspectos espirituais poderia contribuir com a saúde mental:

Eu quero aprender mais, eu quero saber o porquê que eu estou aqui, que que eu tenho que fazer. Que tem coisas que eu não consigo entender, coisas que acontecem. (P-35)

Eu sinto que eu tenho essa necessidade de estar aqui de poder aprender, de querer evoluir espiritualmente, né. (P-43)

Expectativa de encontrar alguma resposta, não sei se alguém me consiga fazer com que eu enxergue, eu sei que muito de mim... eu encontrar um, um caminho, mas que alguém me, me ajude, me auxilie. (P-07)

Tratando-se de tratamento intercessório, alguns participantes manifestaram a expectativa de que acreditam ser um processo de mais difícil resolução do que quando é a própria pessoa procurando o tratamento:

Eu espero que não vai ser fácil, eu vou ter muito mais obstáculos, principalmente, eu acho que quando ele é intercessório, eu acho que a energia é tanto positiva quanto negativa, quanto contra, ela é muito maior, mas eu sei que eu vou ter que repetir isso, mais algumas vezes, não vai ser só um tratamento, eu creio que vai ser um pouquinho mais demorado. (P-63)

6.3.2.2 Efeitos do Tratamento espiritual

6.3.2.2.1 Tema 4: Efeitos positivos e repercussões

Descrevemos, neste tema, as percepções de efeitos positivos relatados pelos participantes em função do tratamento espiritual realizado durante este estudo. Alguns participantes da pesquisa relataram o sentimento de acolhimento recebido pela equipe dos centros espíritas, o que contribuiu com a participação das atividades e seguimento do tratamento espiritual como demonstrado:

Aí eu tomei um banho e vim, quatro e pouco da tarde. É... Uma senhora bem amorosa que me atendeu e falou, pra mim, vim a noite, que dezenove e trinta tinha triagem, que era uma segunda-feira. (P-11)

Então me senti bem aqui, me senti bem acolhido, estou aprendendo bastante. (P-02)

Entre os diversos relatos de percepção de efeitos positivos, observamos relatos de curas físicas descritas pelos participantes, atribuindo-as ao tratamento realizado:

E aí ele mandou eu fazer exame, e nesse exame ele constatou que eu não tinha mais o problema físico que eu tinha, que desapareceu. Entrevistador: Ou seja, o cisto que você tinha no ovário não... não apareceu mais no exame? Participante 85: Não. Não apareceu. Não apareceu no exame. (P-85)

Foi uma coisa impressionante. Eu tinha que comprar umas medicações e eu fui pra casa apaguei, dormi, não tomei nenhum tipo de medicamento, fui tomando só chá de ervas medicinais, né. ... Passei na quinta, chegando sexta eu falei "não vou comprar remédio nenhum". Eu já estava muito melhor ... Logo em seguida, fui me tornando outra pessoa, porque eu não sentia mais dores, mal-estar, já voltei a dormir melhor... Eu passava noites em claro... Quando eu não estava em casa queixando de dor, eu estava no hospital tomando medicamento na veia. (P-18)

Os principais efeitos relatados foram relacionados à remissão de sintomas de adoecimento mental, variando de percepção de afetos positivos, como calma, tranquilidade, e redução de afetos negativos, como pensamentos negativos, raiva e nervosismo:

Tenho me mantido mais calma, tenho conseguido me concentrar melhor e tenho conseguido evitar de me sentir extremamente ansiosa (P-03)

Ah! Eu me sinto bem, eu sinto paz, né? Tranquilidade, confiança, aumentou a minha autoestima (P-11)

Eu percebi as mudanças de pensamentos, porque eu tinha muitos pensamentos negativos e aí eu permanecia naqueles pensamentos negativos. Hoje, eu tenho os pensamentos negativos ... eu sei que aquilo está errado. Eu faço prece e aí eu saio daquela frequência (pensamento). (P-22)

Talvez, mais estado de calma, é... Mais capacidade de pensar, né? Esperar um pouco para enfrentar as adversidades do dia a dia, né? A gente tem um pouco mais de calma, mais de raciocínio, para pensar de uma forma diferente, né? Para poder encarar a adversidade. Principalmente isso, a gente consegue uma calma, talvez, dentro da gente pra... falar assim, como resolver essa situação, né? Eu creio que ajuda sim, eu acho que a gente resolve realmente com base na fé, alguma força que está ali na gente, (P-39)

Sim, eu tive várias mudanças, tô... é, né? Me policiando muito, também, mas eu tô mais tranquila, mais calma, é... desacelerei, meu coração tá mais harmonioso... é, as atitudes, as vezes, de pensamento negativo, ficava brava com qualquer coisa, né? Hoje, as vezes, eu até fico, mas eu já entro na linha, peço perdão, já... já sei que isso vai atrair coisas ruins, então, eu estou mudando o meu pensamento, está positivo, vai dar certo, e, pra mim, foi muito bom, muito bom, graças a Deus. Eu estava meio perdida... Eu tava, não estava acreditando em mais nada e, hoje, acredito. (P-56)

Percepções de melhora ou redução de sintomas mais graves de saúde mental também foram relatados, como redução da ansiedade, estresse e de pensamentos suicidas, além de melhora do sono:

A ansiedade, por exemplo, o coração mais leve! A... A cólera, a raiva, qualquer coisinha eu ficava irritada. Agora, eu estou mais serena, estou mais tranquila, estou mais, assim, bem comigo mesma, coração mais tranquilo. (P-37)

Acordo tranquilo, parecendo mais leve, né. O dia ele rende mais, os horários, nós terminamos o dia sem fadiga, sem cansaço, aquela sensação de cabeça cheia, nada disso acontece (P-17)

Os meus pensamentos continuam ruins, continuam de suicídio, porém não com a frequência que estavam. Então e de outras formas. Então eu acredito que está me ajudando muito o tratamento espiritual. (P-68)

Assim, quando eu vim, eu estava buscando... é... a ter umas noites mais tranquilas, eu estava com dificuldade pra dormir, eu acordava muitas vezes à noite e, esses dias, eu dormi mais tranquilo, tive mais... é... conseguir descansar mais, não acordava tão cansado e com isso influenciou tudo, no dia, disposição, é... me ajudou bastante nesse sentido. (P-50)

Então pra mim esse tratamento foi muito bom, sabe. Eu tenho um problema muito sério em relação a insônia e a ansiedade. E eu observo que com o tratamento eu consigo dormir melhor, eu consigo ter uma concentração melhor. Então esse tratamento pra mim é muito válido. (P-19)

Foram percebidos e relatados pelos participantes que os efeitos foram mais rápidos que o imaginado, sobretudo quando há a comparação com tratamentos realizados anteriormente:

Eu era um pouco receosa na efetividade do tratamento, mas é a primeira vez de todas as vezes que eu tive depressão que eu tenho uma melhora tão rápida. Eu estou tomando medicamento há quinze dias, vinte dias e eu nunca tive nenhum resultado com medicamento nessa velocidade. (P-68)

Eu faço terapia né? Passo por psicóloga, psiquiatra e a evolução que eu tive aqui em três semanas... Eu já faço, passo com um psicólogo faz uns quatro meses e, em três semanas, eu evolui muito mais aqui. Lógico, eu continuo com os tratamentos tudo, mas eu achei que aqui me ajudou muito. (P-78)

Tanto, que no primeiro dia, eu não conseguia nem conversar muito bem, que eu sentia muita vontade de chorar, eu estava num desespero, uma situação muito ruim. Hoje, eu estou muito melhor... Vendo resultado já. (P-49)

Ao serem entrevistados no início da pesquisa, uma das perguntas foi sobre ser a primeira vez que realizavam o tratamento espiritual. Quando a resposta a essa pergunta era negativa, pedia-se que o participante relatasse como foram suas experiências anteriores. Diante dessa pergunta, alguns participantes relataram supostas curas atribuídas por eles ao tratamento espiritual realizado no mesmo local, ou em centros espíritas diferentes:

Aí eu resolvi fazer o tratamento ... me senti, assim, uma melhora incrível. Eu tive muitas sequelas (da Covid-19) nas minhas mãos no meu maxilar, na minha cabeça e no meu ombro por causa da situação que eu fiquei pronada e eu tive uma melhora incrível. Eu não conseguia fechar as minhas mãos, não conseguia levantar meu braço. Comer, toda vez que eu ia comer eu tinha aquela sensação de que havia uma folga e doía muito o meu ouvido. E aí eu passei e fiz a primeira cirurgia na época espiritual que foi online. Não vou dizer que na época eu não criei tanta expectativa muito porque eu não tinha muita fé. Mas eu fui curada. (P-19)

Eu estou vivo aqui por... por crédito de Deus, porque já tirou de mim vários nódulos, todos comprovados. (P-81)

Mas eu tive também uma outra cura, né, ... tive o descolamento de retina e foi uma cirurgia assim de imediato, de urgência. ... E assim, eu não tinha explicações, porque eu perdi totalmente a visão. E eu voltei a enxergar, posso dizer que... foi uma coisa impressionante. (P-18)

Eu tive eu tive duas cirurgias espiritual e tenho marcas tá? Eu tenho provas, tenho tudo. Eu fiz uma cirurgia com dezessete anos no rim. Tem um sinal da cirurgia do rim. E eu tinha três metástases no meu fígado e eu fiz a cirurgia em (cidade do estado de Goiás). ... Lá eu fui chamado pra falar com o médium vidente e lá ele falou que eu ia fazer uma cirurgia no fígado e foi realmente e eu passei doze dias, cinco dias praticamente com diarreia porque o espírito disse pra mim que eu ia ter, e pra mim não cortar, e depois de cinco dia uma queimação no meu corpo terrível, passei mais seis dias. Quando eu fui fazer uma avaliação com o dr. Alexandre⁵ (médico oncologista), ele viu a tomografia e falou que não tinha nada... (P-69)

Observamos, nas falas dos participantes que realizaram o tratamento intercessório, ou seja, para outra pessoa, que as mudanças aconteceram tanto na pessoa intercedida, mas também em quem estava realizando, promovendo, portanto, um auxílio mútuo:

Eu notei uma pequena melhora nela, mas eu não sei dizer se é em razão das orações e ações que eu fiz aqui no Centro Espírita que de alguma forma me foram recompensadas ou se porque os aprendizados que eu tive aqui assistindo as palestras me ajudaram de alguma forma a conversar melhor com a minha mãe... O conhecimento que eu recebo, o palestrante aqui, muito bom. (P-44)

⁵ Nome fictício para preservar o anonimato.

Nossa! Foram muitas mudanças na realidade! Quando eu comecei fazer o tratamento, praticamente a gente não conversava mais... uma situação assim bem, perdão pela expressão, pé de guerra mesmo... é, não me atendia no telefone, assim... a gente tava numa situação bem, bem complicada mesmo. Hoje, assim, não que mudou completamente da água com vinho, mas assim, a gente tem uma convivência muito mais tranquila, muito mais... você consegue ver o muito mais afetuosa, a pessoa ela tá mais tranquila, tá mais branda, aquela agressividade, aquela, sabe? Que, que eu sentia às vezes, assim, com, não só comigo, mas assim com relação ao ambiente, o resto da família... é, tá completamente mudada, tá mais amorosa, tem... você consegue ver muito nítida essa mudança, essa, essa calma, essa brandura que tá voltando... Ele tá me ajudando bastante. Até a me conhecer mesmo. (P-63)

Percebemos, em algumas entrevistas, que os pacientes citaram a mudança positiva nas relações sociais, por meio de modificações de características que os afastavam das pessoas ao seu redor, como reduzir o ciúme, ter mais paciência, aumento da interação:

Paciência. Esse daí eu aprendi a ter. Eu não tinha a paciência, nesse me ajudou e muito. E a questão também familiar, ciúme. Eu tinha muito. Esse que veio a paciência que me controlou bastante. (P-01)

Então no sentido vamos dizer assim da socialização, da conversa, da interação aumentou muito depois que eu que eu comecei a fazer o tratamento e isso tem me ajudado. (P-02)

Alguns participantes avaliaram que o tratamento espiritual auxiliou na retomada dos cuidados espirituais, ou aumento da sua conexão espiritual, e, em consequência disso, refletiu em outras atitudes, como não agir com impulsividade:

E aí eu estava num ritmo bem acelerado e com a minha rotina em termos de oração, de prece, de evangelho um pouco deixado de lado. Então com o tratamento eu consegui voltar a isso, voltar a priorizar essa rotina, o que conseqüentemente vai me trazendo mais calma, mais serenidade, ficando menos agitada, dormindo melhor. (P-16)

Contando com o que eu tava sentindo no início do tratamento, eu senti uma melhora muito grande na minha paz espiritual que eu que eu via que tava em falta, que eu não tinha antes. Eu tava começando a ter uma calma maior, uma paciência, maior. Eu digo no meu dia a dia, eu não tô conseguindo mais perder a cabeça, então aí que eu tô notando o tratamento em si, né. (P-67)

Assim, mudança é mais assim a vossa força né? Que a espiritualidade dá força pra gente conduzir nossa vida e assim eu passei por uns problemas familiares que eu me desesperei mas logo eu já fui (para o tratamento espiritual) e já me tranquilizei. Se fosse em outros tempos eu ia estar desesperada até hoje. (P-76)

De um modo geral, os participantes relataram impressões positivas após terem realizado o TE, ou até que a cura alcançada foi em decorrência de uma espécie de “merecimento” em relação a aspectos da espiritualidade. Entretanto, um participante, apesar de ter manifestado uma impressão positiva, relatou frustração por não ter seu problema resolvido de imediato:

Eu acho que é muito... muito mais do que um tratamento espiritual ou físico, pra quem está procurando seja alguma dor física ou... ou espiritual. Eu acho que é percepção de vida, você passa a dar mais valor nas coisas que você tem, quando você participa das campanhas de caridade, você vê e... e passa a sentir mais a... as necessidades do outro e aprende com isso e, automaticamente, você já se torna mais grato a tudo que você tem e, pelo menos foi assim que aconteceu comigo. (P-90)

Eu gostei bastante, são palestras que fazem a gente refletir sobre as nossas atitudes. Eu acho isso muito necessário, porque, às vezes, a gente fica tão preso em julgar as atitudes alheia e esquece de ver as nossas próprias e é um momento seu, só, sozinho ali. A pessoa falando e você refletindo, e você percebe mais o que você precisa melhorar (P-78)

Sou muito bom com as pessoas, até minha mãe até meio que briga comigo pela minha bondade com as pessoas, né. E assim, essa... Por essa experiencia que eu tive, eu acho que eu tive um, tipo um bônus, um merecimento. (P-18)

É, eu achei que... sei lá, a gente ia chegar lá, alguém ia sentar com a gente e esclarecer todas as verdades da vida, né? Seria mais ou menos por... é, nessa linha assim [...] Entrevistador: Digamos que você queria uma resposta mais rápida, daí você viu que não era... não é desse jeito? Exatamente! Porque eu tenho esse defeito, eu sou muito imediatista, né, e aí, eu acho que, assim, isso acabou me frustrando um pouco. (P-83)

Foram relatados o respeito e o empenho dos trabalhadores do centro espírita. Uma das considerações relevantes foi a percepção do respeito oferecido pelos trabalhadores espíritas pela decisão de tratar ou não do paciente:

O tratamento é muito bom. Eu, eu gostei bastante, foi, assim, muito até mais do que eu esperava que fosse. É... eles respeitam o processo de cada um, entende? Às vezes, as pessoas chegam lá pra fazer o tratamento e acabam não conseguindo, seja porque não pode ir, ou porque não era o que esperava e eu percebi que eles respeitam muito a opinião do outro, a decisão do outro e eu gostei bastante. É um tratamento que, que eu gostei muito e com certeza na... uma boa oportunidade muito próxima, eu faria de novo. (P-90)

Alguns participantes relataram que, embora não tenham tido êxito no motivo principal que os levaram ao tratamento, notaram outros efeitos não esperados ou até mesmo superiores ao esperado:

Olha, fisicamente não, mas, mentalmente sim, fortaleceu mais a minha fé e... é... fortaleceu também a questão da minha própria autoanálise do que eu preciso melhorar, do que eu preciso me corrigir, porque eu sei que as doenças que nos acometem são advindas do nosso desequilíbrio. Então, serviu muito pra mim... é... meditar, focar bem nessa questão espiritual, visando a resolver problema espiritual, pra depois posteriormente sanar o programa físico. (M2 P-38)

Eu, é... por incrível que pareça, a gente vem, assiste as palestras que são maravilhosas, o passe, mas você num imagina que você vai ter uma transformação como você tem, entendeu? Você acha assim, ah, não vai resolver, né? Vai ser só, mas é uma coisa incrível, você ter uma mudança, assim, bem radical até, assim. Depende também de você, né? Lógico! Você tem que estar querendo fazer isso, mas é muito bom. (M2 P-56)

6.3.2.2.2 Tema 5: Efeitos negativos

Dois participantes de tratamento intercessório relataram não terem suas necessidades atendidas, ou seja, não perceberam mudanças na pessoa por qual estavam intercedendo. Outro participante disse que esperava por uma cirurgia espiritual em seus olhos, mas que não tinha acontecido até o momento do encerramento da pesquisa:

A pessoa que eu fiz até o momento não teve não teve nenhuma mudança. Pra mim foi bom como foi como pessoa penso que é me fez melhorar, enxergar um pouco melhor o mundo, entendeu? Mas pra pessoa que eu estou fazendo tratamento não teve diferença. Até o momento. (P-23)

E como eu faço interseção e... e a minha filha sentiu bem. Ela deu ânimo, ela jogou, assim, pra... sabe? Foi pra frente, acordou, levantou alegre e tal, enquanto que... eu me deu uma crise, assim, de... de ansiedade, desespero, como se tivesse agoniada assim. (P-28)

Eu achei que eu tive algum... alguma melhora, assim, no humor... Agora, o que eu esperava do... da cirurgia pra mim, como hoje, né? Não turvou minha vista e eu queria isso aí... que na parte médica eu já fiz exame não deu nada... Nessa área aí, mas não teve ainda. (P-34)

Efeitos controversos também foram observados. O participante relatou uma redução do estresse, entretanto, também referiu um aumento nas crises de ansiedade:

Percebi, eu tenho andado mais calma, mais paciente, é... menos nervosa. Mas, porém, por outro lado, eu tenho andado com mais crises de ansiedade. (P-83)

Relatos de queixas ou considerações negativas sobre o tratamento espiritual não foram observados nesta pesquisa. As manifestações de respostas, quando questionados sobre os aspectos negativos, sumariamente refletiram respostas positivas:

Não. Eu, eu não vejo nenhum aspecto negativo, porque tudo foi... a gente foi conversado, tudo aquilo que a... que a gente recebeu de... de informações... tudo foi cumprido e eu acho que não, não houve nada, assim, pra gente comentar... aspectos negativos. (P-20)

Não. Eu não vejo nada aqui pra alegar. Não vejo nada, na realidade, o contrário que poderia estar falando. Não tem como falar nada ao contrário! Tudo é feito da melhor forma possível, né? Da forma que tem que ser feita, não tem como você falar, não tem alguma coisa errada, alguma coisa disso. Não tenho nada a declarar a respeito disso! Realmente! (P-40)

Os participantes foram questionados se sentiram dificuldade em cumprir as etapas do tratamento espiritual. A maioria relatou não ter dificuldade, mas tivemos alguns que citaram situações de contratempos que dificultaram sua participação.

Não, não tive dificuldade nenhuma. (P-89)

Muito. Parece que quando você começa a fazer, tudo vira obstáculo, até mesmo, um dos requisitos é você evitar bebidas, comidas pesadas, carne, nos dias de tratamento, sempre tinha um jantar, ou sempre tinha alguma coisa. Furava o pneu do carro, alguma coisa acontecia para desviar, é incrível. Pelo menos comigo foi bem complicado, foi difícil ter as três semanas com rigor mesmo. (P-63)

6.3.2.2.3 Tema 6: Seguimento pós TE

Quando questionados se os participantes tiveram alta do tratamento, vários relataram que permaneceram em tratamento, e essa decisão foi deles. Foi percebido que, na maioria das vezes, os médiuns que realizam as triagens deixam a critério do participante a decisão por sua alta ou não, a depender da sua percepção de melhora ou evolução. Além disso, a decisão por permanecer no tratamento tanto ocorre por querer obter mais resultados positivos, como por ainda não ter tido resultado considerado positivo, como esperado:

Disse a ele (ao triagistas) que eu tinha a intenção de prosseguir com o tratamento. Porque eu cheguei à conclusão de que eu não estou ainda bem como eu quero estar. Eu tive uma melhora sim acredito que vou melhorar mais ainda. (P-15)

Permaneço em tratamento. Não tive alta por escolha minha. A triagista pediu pra mim que eu optasse, se eu gostaria ou não de permanecer, então pela efetividade do tratamento, pelas percepções minhas, eu decidi permanecer no tratamento. (P-67)

Outros participantes, que já haviam realizado tratamento espiritual anteriormente, consideraram que o TE precisa ser um processo contínuo:

Eu acho que é um processo contínuo, né? Que demora realmente, porque... quando você está tratando principalmente sentimentos, né? (P-22)

Eu acho que a minha evolução mentalmente pra enxergar as coisas de outro modo, né. E por mim mesmo, pra tentar me fortalecer, como se fosse um remédio. Sabe? Que eu não posso ficar sem (P-43)

6.3.2.2.4 Tema 7: Ressignificação e racionalidade

Vários participantes manifestaram a percepção da importância do esclarecimento obtido no tratamento espiritual. Seja sobre os aspectos espirituais, ou sobre autoconhecimento, estes foram determinantes na contribuição de sua efetividade. O conhecimento contribuiu para a autopercepção de suas aflições e como resolvê-las, assim como o contato com outros problemas, vivenciados nas campanhas de caridade, favoreceram o aumento do sentimento de gratidão:

Eu acho que é uma... tem uma frase que eu li uma vez, que fala que a verdade liberta. Eu acho que é isso. Quando você faz o tratamento, você conhece... com esses fenômenos, que você não sabia da existência antes e você começa a ver que é exatamente isso que você está passando. E aí, quando você sabe o que você está passando, você consegue vencer aquilo ali. Não fica nebuloso, nem uma coisa impossível de que você nunca acha uma solução. (P-58)

É bem esclarecedor, porque tem muita coisa assim que você... que acontecia com você, mas você não sabia o porquê, né? Então, o tratamento em si ele vem esclarecer, né? Todos os percalços, né, que acontecem na sua vida, né? Então, ele vem, assim, elucidar muita coisa que antes você fala... nossa, porque que acontece isso? Porque eu? Porque, né? (P-91)

Eu acho que é muito... muito mais do que um tratamento espiritual ou físico, pra quem está procurando seja alguma dor física ou... ou espiritual. Eu acho que é percepção de vida, você passa a dar mais valor nas coisas que você tem, quando você participa das campanhas de caridade, você vê e... e passa a sentir mais a... as necessidades do outro e aprende com isso e, automaticamente, você já se torna mais grato a tudo que você tem e, pelo menos foi assim que aconteceu comigo (P-90)

Outro relato importante foi sobre a necessidade de mudança de comportamento com base no conhecimento obtido no tratamento. Alguns participantes citaram que as noções da sua autogestão emocional e de resolução de seus problemas são fundamentais para a obtenção dos resultados positivos:

Quando eu decidi fazer no primeiro tratamento eu não notei muita diferença. No segundo tratamento também já não foi tanto. Eu comecei a notar a evolução a partir do terceiro tratamento. Porque não é só a questão espiritual não. Como eu te falei, é uma questão psicológica, você vem aqui, assiste uma palestra, você tem um aprendizado, de certa forma você aprende a aceitar aquilo que você não consegue mudar e a discernir aquilo que você consegue mudar, aquilo que você tem o poder de mudar. (P-44)

As percepções, eu percebi que depende 90% de mim e 10% das pessoas que estão ao meu redor. Acho que esse foi o maior choque que a gente tem. (P-03)

O tratamento, em si, é maravilhoso, porque faz com que você encontre com você mesmo, faz com... com que você enxergue os seus pontos negativos, o que está acontecendo com você, e continua te levantando pra evolução. Para você sair daquela... daquela mesmice e buscar ajuda. Então, foi muito bom. (P-37)

Olha, me ajudou muito. Né? Não só do lado físico meu, mas como o lado espiritual... espiritual que eu cresci muito né? É... mudando algumas alguns hábitos infelizes né? É... e não úteis, né? Nas minhas atitudes e nos meus atos. Então assim, pra mim foi assim maravilhoso né? Esse tratamento, como eu disse, não só o físico me auxiliou, mas como também né? É... o espiritual. O meu lado emocional, espiritual, o meu lado do equilíbrio, né? Da sintonia, do equilíbrio seu, da paz interior (P-85)

Foram manifestadas considerações de que o TE foi importante para a pessoa se reequilibrar diante dos problemas vivenciados. Mesmo quando compreendem que o TE não resolveu seus problemas, referem a sua repercussão, de alguma forma, positiva:

Com o tratamento eu consegui, não resolveu cem por cento, mas pelo menos eu consegui achar o meu eixo de novo. Eu consegui me reencontrar perante a sociedade e isso aí acabou melhorando o casamento, melhorou vários segmentos, né? Mas não depende só da gente, né?... Então, é a minha parte eu consegui recuperar naquele momento, agora eu tô tentando recuperar o outro lado da minha da minha moeda. (P-63)

Para outros participantes, o tratamento foi um marco de mudanças drásticas em sua vida, que puderam ser percebidas em termos como “nova chance”:

E daqui adiante eu penso que Deus está me dando uma nova chance, uma nova oportunidade de mudar o sentido da minha vida, o qual eu vinha levando, talvez. (P-18)

Mudei da água pro vinho, parei de beber, parei de sair, eu mudei os valores da minha vida, de acordo com o que eu aprendi aqui na doutrina, mudou tudo... tudo, eu sou outra pessoa... antes, claro, a mesma pessoa, né, mas educada, assim, espiritualmente... muito diferente. (P-58)

Referência. Eu chamo isso de um marco para as minhas mudanças porque o que eu busco aqui é uma mudança comportamental. Então eu trago isso como uma referência para que a partir daqui eu atue da forma que eu que eu quero. (P-15)

A percepção de aumento de resiliência e empatia também foi relatada:

Os seus problemas não acabam, mas você se sente mais forte. Alguma coisa me fortalece, minha fé... Deus, né? (P-11)

A gente passa a se policiar mais, né? E passa a se colocar no lugar do outro. Mesmo aquele, por exemplo, se alguém erra, né? Às vezes não erra porque quer. A gente também tem que se colocar no lugar do outro, né? E é muito difícil, isso, reconhecer o erro, né? (P-91)

Eu acho que é percepção de vida, você passa a dar mais valor nas coisas que você tem, quando você participa das campanhas de caridade, você vê e... e passa a sentir mais a... as necessidades do outro e aprende com isso e, automaticamente, você já se torna mais grato a tudo que você tem e, pelo menos foi assim que aconteceu comigo. (P-90)

6.3.2.3 Discussão dos resultados qualitativos – Estudo 3

Evidenciamos, nesta pesquisa, que o itinerário terapêutico das pessoas que procuram por tratamentos espirituais inclui cenários diversos, desde o uso de remédios caseiros, benzedadeiras, medicina alternativa e complementar, instituições religiosas diversas, bem como os espaços formais de cuidados em saúde. Embora essa pluralidade possa ser observada na população brasileira até mesmo como uma marca cultural, e já demonstrado em diversas pesquisas (Rabelo *et al.*, 1999; Langdon; Wiik, 2010; Langdon, 2014), pode, ainda, refletir que essa busca insistente se deu devido à angústia por não encontrar resolução em tempo oportuno para suas doenças ou dores, como demonstrado em falas como “tudo o que você pode pensar eu já tinha procurado”. Essa angústia emerge tanto a partir de tratamentos que não produziram os resultados esperados como diante de problemas complexos que exigem, de igual monta, tratamentos também complexos. Assim, o centro espírita parece ser um lugar onde essa complexidade é, de alguma forma, endereçada. Isso ocorre por esse equipamento justamente incluir e acolher problemáticas de diferentes ordens, também em uma assistência que igualmente recebe de demandas físicas até espirituais.

É imperioso retomar que é perceptível nas informações que a busca por resolução de seus problemas de saúde, na maioria das vezes, acontece, inicialmente, em espaços formais de cuidados, como consultas médicas ou de outros profissionais da saúde como psicólogos, e que, paralelo a esse cuidado, os participantes procuram por outras formas de cuidado, sejam informais, ou outras já formalizados e estabelecidos, como as PIC, embora com acesso reduzido à população. A procura por sistemas de saúde diversos – formais, informais ou populares – pode se dar de forma concomitante, o que é validado culturalmente, sem qualquer tentativa de hierarquizar esses sistemas (Langdon; Wiik, 2010). Os espaços religiosos, nesse sentido, também parecem ser mais porosos à expressão da concomitância desses sistemas, ou seja, verbalizando que os frequentadores não buscam o centro espírita com exclusividade, mas dentro de uma lógica de complementaridade e de integralidade (Silva; Scorsolini-Comin, 2020).

A busca por práticas de saúde consideradas alternativas é comum mesmo em países desenvolvidos, onde o acesso aos serviços de saúde pode ser melhor. Por exemplo, nos Estados Unidos, uma pesquisa nacional revelou que 38% da população utiliza alguma prática de medicina complementar alternativa (Horrigan, 2009), e quando se trata de grupos específicos, como idosos com ansiedade e depressão, 82% das pessoas

pesquisadas em um outro estudo referiu utilizar alguma prática de medicina complementar (Grzywacz *et al.*, 2006). Em países em desenvolvimento, a busca por curandeiros tradicionais, por exemplo, representa papel importante nos cuidados de saúde mental em países africanos (Green; Colucci, 2020).

A procura por instituições religiosas nem sempre tem relação com o cuidado em saúde, e pode ser interpretada como um entendimento que o sujeito tem de que saúde é resultante não só de aspectos de saúde física e mental, mas também espiritual. No Brasil, tratamentos espirituais associados ao tratamento formal foram anteriormente descritos por frequentadores da umbanda (Silva; Scorsolini-Comin, 2020) e espiritismo (Rabelo *et al.*, 1999; Lucchetti *et al.*, 2015a; Lucchetti *et al.*, 2015b), aspecto este corroborado pelos participantes do presente estudo.

Segundo a inteligibilidade espírita, em que a doença pode ser um produto da interferência de espíritos inferiores que dominam indivíduos vulneráveis à influência desses espíritos, denominada de obsessão (Camurça, 2016), observamos, nas falas dos participantes, a denominação da causa de suas aflições devido à obsessão, ou influências espirituais, expresso em trechos como “alguma coisa mal que tá nela” ou “pode ser que nem era eu”.

Ao analisar todas as causas citadas pelos participantes, é possível perceber que as definições por eles mencionadas apresentam ora diagnósticos estabelecidos pelo arcabouço médico-biomédico (doença diverticular, depressão), ora por uma definição própria, complementada pelo saber popular e cultural, como “dores da alma”, “angústia que se torna dor física”, “mente meio perturbada”, “tristeza sem razão”, retomando ao conceito de autoatenção, e da construção de uma etiologia e diagnose próprias, com base no meio social e cultural de que o indivíduo está inserido, como proposto por Menédez (2009). Essa pluralidade de motivos que levaram os participantes ao tratamento espiritual perpassa causas estritamente físicas, doenças biologicamente estabelecidas, quadros de adoecimento de saúde mental diagnosticados formalmente, além de motivos como perda do emprego, traição de cônjuges, divórcios, entre outros.

Outra constatação de diversidade de compreensão sobre a divisão do homem em corpo, alma e espírito pode ser percebida nas falas dos participantes quando dão ênfase em uma causa de doença exclusiva do corpo ou de um órgão exclusivo (intestinal, nos joelhos, ou quando dá ênfase que é uma causa física sem maiores detalhes) característicos do modelo ontológico baseado no anatomismo e especificismo etiológico proposto por Laplantine (2004). E, por outro lado, como citado pelo mesmo autor,

observamos as narrativas características do modelo relacional, com entendimento de um ser que está em desarmonia com seu equilíbrio pessoal, bem como em desequilíbrio com o cosmos e seu meio social, como observado nas causas relacionadas à necessidade de autoconhecimento, vazio existencial, e expectativas de se tornar uma pessoa melhor e mais equilibrada (Laplantine, 2004). Resultados semelhantes foram observados em narrativas de médiuns brasileiros sobre causas de problemas de saúde (Scalon; Scorsolini-Comin; Macedo, 2020).

O entendimento do sujeito de que algumas terapias (formais ou informais) auxiliaram de forma incompleta ou por um determinado período também emergiu. Com relação ao tratamento formal, as justificativas para a procura por tratamento espiritual dão-se por acharem que os motivos de seus problemas não são de ordem material, logo, não podem ser tratados por terapias médicas, como medicamentos, ou fisioterapia (por exemplo). Ou, ainda, alguns acreditam que algumas situações de problemas de saúde mental não têm origem somente em aspectos mentais e psicológicos, necessitando de um recurso espiritual como agregador ao processo terapêutico.

Uma possibilidade para a investidura neste tipo de tratamento possa ser pelo tratamento do ser em sua forma integral, diferente da visão biomédica e muito fragmentada dos serviços de saúde formais. Ou seja, o indivíduo procura por este tipo de atendimento para resolver problemas de contextos diversos de sua saúde, e que, em um contexto formal, possivelmente necessitaria recorrer a mais de um serviço de saúde. Além disso, observamos que as pessoas com problemas graves e diversos, que não enxergavam solução, avistaram o tratamento espiritual como o último recurso, podendo ser interpretado como uma resistência a procurar esse tipo de ajuda, ou como um “recurso divino” capaz de lhe auxiliar neste momento de intenso sofrimento.

Uma variedade de queixas de saúde mental motivou os frequentadores à busca por tratamento espiritual, sendo a maioria de diagnósticos de depressão, ansiedade e estresse. A busca de tratamento espiritual para tratar doenças de saúde mental revela a indissociação, ao menos ao saber popular, das doenças mentais com as espirituais. Por extensão, que as doenças de saúde mental podem ter causas nos aspectos espirituais e, conseqüentemente, o tratamento dos aspectos espirituais pode contribuir para os de saúde mental. Entretanto, a relação dos transtornos de saúde mental com aspectos religiosos ou espirituais não é restrita ao cunho popular, visto que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua versão de 1994 (DSM-4), incluiu a categoria problemas espirituais e psicológicos como uma possibilidade diagnóstica,

oportunizando aos profissionais a ampliação de sua visão sobre essas experiências (Menezes Júnior; Moreira-Almeida, 2009).

Outros autores já haviam demonstrado que as pessoas atribuem causas não humanas aos seus problemas de saúde mental, argumentando ser uma ação própria de espíritos ou congêneres, não tendo o indivíduo necessariamente culpa deste acontecimento (Rabelo *et al.*, 1999; Lucchetti *et al.*, 2015a; Ribeiro, 2015). Houve vários relatos de que o motivo do tratamento espiritual foi tentativa de suicídio pessoal ou de algum familiar. Com relação a esse tema, a literatura científica já evidenciou que a frequência religiosa pode reduzir as tentativas em suicídio (Van der Weele *et al.*, 2016; Lucchetti *et al.*, 2021), compondo, portanto, uma relação positiva da busca de auxílio em uma instituição religiosa.

Observamos, entre os participantes do estudo, pessoas que referiram estar realizando o tratamento intercessório, ou seja, para uma outra pessoa. Nas falas apresentadas, notamos como os participantes foram afetados pelo sofrimento de outrem, motivando a busca do tratamento espiritual, com manifestações de que, indiretamente, a pessoa sofria solidariamente pela dor do outro, ou que as adversidades enfrentadas pelo outro acabavam refletindo em seu relacionamento interpessoal entre eles. Ao mesmo tempo, a percepção de que o processo do tratamento poderia ser mais moroso pelo fato da pessoa necessitada não estar diretamente realizando o tratamento, ou nem mesmo sabia que estavam realizando um tratamento espiritual para ela. Ainda assim, o participante se dispôs a realizar o tratamento.

Pesquisas que avaliam tratamentos ou orações intercessórias não são uma novidade, embora sejam escassas e com metodologias controversas. Há uma consideração de que a intenção mental sozinha pode afetar os sistemas vivos a distância, sem limites pelas restrições usuais de espaço e tempo (Radin; Schlitz; Bauer, 2015). Alguns autores já se propuseram a realizar este tipo de pesquisa, inclusive em estudos randomizados e controlados (Whitford; Olver, 2012; Miranda *et al.*, 2020).

Foi expressa por vários participantes a expectativa de retorno a vida, rotina que tinham antes dos problemas enfrentados naquele momento. Ou seja, vislumbravam que a intempérie é algo passageiro, e que poderiam solucionar seus problemas com o tratamento procurado. O conceito de complementaridade do tratamento espiritual ao tratamento formal foi expresso por diversos participantes, demonstrando expectativas de uma efetividade combinada entre os tratamentos realizados (formal e espiritual), com vistas a resolver seus problemas, ou ao menos minimizá-los. A noção de

complementariedade, ou de não abandono do tratamento médico formal, é estimulada no contexto do espiritismo, e isso foi referido por alguns participantes que receberam essa orientação de trabalhadores espíritas que tiveram contato durante o seu tratamento. Essa noção de complementariedade há havia sido citada por outros autores (Lucchetti *et al.*, 2015a; Santos *et al.*, 2022).

A expectativa de cura foi evidenciada nas pessoas que citaram a busca do tratamento espiritual por motivos físicos, e todos já haviam procurado o sistema formal de saúde na tentativa de resolução de seus problemas anteriormente. Resultados semelhantes, da expectativa de cura provindo de um sistema religioso, ou ainda “de Deus” já foi evidenciado em um outro contexto, e essa expectativa é manifestada pela compreensão de que os tratamentos médicos promovem um controle, no caso de doenças mentais, mas a cura somente pode ser obtida por algo transcendente (Henriques; Oliveira Filho; Figueirêdo, 2015). Por outro lado, também notamos que nem todos os participantes acreditavam na eficácia do tratamento, criando expectativas menores, ou expectativas relacionadas ao autoconhecimento, busca por equilíbrio, percebendo o tratamento como um momento de aprendizado para autogestão dos seus problemas enfrentados.

Com relação aos efeitos obtidos pelos participantes e atribuídos ao tratamento espiritual, em resumo, parecem ser efeitos positivos. Entretanto, considerações diversas e talvez próprias da avaliação dos participantes desse tipo de tratamento merecem nossa avaliação pormenorizada. Iniciemos essa discussão apresentando o sentimento de acolhimento relatado. Alguns participantes consideraram o acolhimento recebido em um momento de profunda dor como um aspecto fundamental em sua decisão de tratar-se ou não. Sentir-se acolhido favorece a participação, e estreita os vínculos com o grupo social em questão, melhorando a adesão ao tratamento e também favorecendo a regulação emocional (Koenig; Al-Zaben; VanderWeele, 2020). Valorizar e empoderar esses locais de cuidados populares apreciando o modo como as pessoas são recebidas, de modo humanizado e integrado, também precisa ser enfatizado (Scalon; Scorsolini-Comin; Macedo, 2020).

Os relatos de efeitos positivos atribuídos especificamente ao TE variaram de situações de ordem física, como doenças ou sequelas de doenças, mas a maior parte dos relatos se ateve aos efeitos nos construtos de saúde mental. Sobre as mudanças ou melhoras físicas, foram relatados supostas curas neste tratamento realizado ou em tratamentos anteriores como desaparecimento de nódulos e cistos, cura de câncer,

melhora de doença inflamatória intestinal, melhora das sequelas de Covid-19, deslocamento de retina (cegueira segundo o participante), entre outras. Para os participantes, não há dúvida que o tratamento efetivo se deu em decorrência do TE. Outros estudos já verificaram alterações físicas atribuídas a terapias religiosas ou espirituais (Gonçalves; Vallada, 2018; Silva; Scorsolini-Comin, 2020; Zacaron *et al.*, 2021; Cunha; Scorsolini-Comin, 2023).

Embora existam vários trabalhos que avaliaram as repercussões de ordem física, as pesquisas que avaliam os efeitos de tratamentos espirituais e religiosos, em sua maioria, avaliam mais os desfechos na saúde mental dos participantes. Como mencionado e percebido neste presente estudo, a maior demanda, ao menos em centros espíritas, é por motivos de saúde mental. E como também discutido anteriormente que, ao menos ao saber popular, os distúrbios de saúde mental podem ser confundidos com os espirituais, e isso pode justificar a maior parte dos relatos estar atribuído às condições de saúde mental. Foram observados diversos relatos desses participantes se sentirem mais calmos, mais tranquilos, menos irritados, com redução de pensamentos negativos, melhora do sono e até mesmo de pensamentos suicidas. Todos os desfechos aqui apresentados já estão evidenciados na literatura científica (Gonçalves *et al.*, 2015; Carneiro *et al.*, 2017; 2018; 2020; Diego-Cordero *et al.*, 2022; Bulut; Çekiç; Altay, 2023; Yousofvand *et al.*, 2023).

Estudos qualitativos também procuram evidenciar essas relações segundo as percepções dos próprios usuários (Rabelo, 1993; Scalon; Scorsolini-Comin; Macedo, 2020; Silva; Scorsolini-Comin, 2020). Neste processo, embora não tenhamos dados numéricos ou de exames, característicos no modo cartesiano e positivista de se observar as alterações, temos que considerar e valorizar a interpretação que o sujeito faz de suas concepções de saúde e de doença, próprios dos modelos de autoatenção por eles definidos (Menéndez, 2009; Langdon, 2014).

Alguns participantes manifestaram que perceberam um efeito positivo mais rápido do que imaginavam. Coincidentemente, dois desses participantes citaram motivos de procura do TE devido à tentativa de suicídio. A percepção de uma melhora mais rápida que em tratamentos formais citados como tratamentos medicamentosos ou psicoterapias precisam ser valorizadas, pois podem ser ferramentas importantes para contribuir em casos graves como as tentativas de suicídio. No contexto do espiritismo e de sua inteligibilidade, isso pode ser explicado pela possível associação com casos

obsessivos, e que as melhoras céleres podem ser em decorrência da resolução da possível obsessão (Camurça, 2016).

Com relação ao tratamento intercessório, surgiram relatos de que a pessoa não tinha obtido melhoras, mas também tivemos relatos que perceberam melhoras não somente na pessoa que foi intercedida, mas também no próprio participante do TE. A literatura científica apresenta vários trabalhos de oração intercesória (Whitford; Olver, 2012; Radin; Schlitz; Bauer, 2015; Miranda *et al.*, 2020), mas o relato de melhora também na pessoa parece ser algo inédito. A justificativa que os participantes atribuem a essa melhora deve-se ao fato deles participarem das palestras, obtendo conhecimentos que auxiliam no processo de autoconhecimento e autogestão de suas emoções. Além disso, a pessoa recebe diretamente as outras formas de terapia como o passe e a água fluidificada, tendo estas, por si só, evidências científicas positivas (Cavalcante *et al.*, 2016; Carneiro, 2017; 2018; 2020; Zacaron *et al.*, 2021), além da palestra.

Modificações em aspectos gerais do cotidiano também foram manifestadas. Considerações sobre redução do ciúme, refletindo em melhores relações sociais, além de auxiliar em sua atenção aos cuidados espirituais foram considerados como efeitos positivos do TE. A relação da importância da R/E na vida das pessoas, mesmo que sem intervenções religiosas ou espirituais, já é um fator que está bem evidenciado na literatura científica. Portanto, influenciar que as pessoas valorizem sua R/E já contribui para melhores desfechos de saúde mental (Vitorino *et al.*, 2018; Gonçalves *et al.*, 2018; Illueca; Doolittle, 2020; Rossato *et al.*, 2021; Jarego *et al.*, 2023).

De um modo geral, os participantes tiveram impressões positivas sobre o TE. Uma observação negativa, em que o participante referiu frustração, foi em decorrência de ter criado uma expectativa que não é proposta pelo método; portanto, a mesma pessoa considerou não ter nenhum aspecto negativo sobre o processo do TE, assim como as limitações relatadas ao frequentar o TE foram de cunho pessoal, como imprevistos ocasionais do cotidiano. O fato de os participantes não terem relatado aspectos negativos sobre o TE é algo importante de ser discutido. Considerando que o trabalho do centro espírita é todo desenvolvido por voluntários, além de não exigir nenhum tipo de pagamento ou contribuição pelo serviço prestado, pode ser uma estratégia importante de terapia complementar a tratamentos formais de saúde, principalmente às condições de saúde mental, que têm atingido níveis preocupantes na atualidade (World Health Organization, 2021).

Consoante a isso, o acesso a médicos e psicólogos no estado de Mato Grosso não favorece a resolução oportuna de suas condições de saúde, visto que o estado dispõe de 2,29 médicos por mil habitantes em serviços públicos e privados, enquanto que o Distrito Federal tem mais que o dobro disso (5,6 médicos/1.000 habitantes) (Conselho Federal de Medicina, 2023). O número de psicólogos e psicanalistas que atuam no SUS no estado é ainda mais preocupante, perfazendo aproximadamente 0,174 profissionais a cada 1.000 habitantes (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2022).

Entretanto, temos que considerar que o tratamento espiritual não pode ser considerado como estratégia mágica de resolução de problemas. E isso foi evidenciado nos relatos dos participantes. Vários mencionaram que decidiram permanecer em TE após ter terminado o ciclo de quatro semanas por não terem, até aquele momento, resolvido suas condições de saúde. Contudo, demonstraram também que a permanência no TE se deve ao fato de terem percebido melhoras, dando credibilidade à intervenção. Também observamos relatos de participantes que consideram que o TE deve ser um processo contínuo, contribuindo com sua saúde integral. Situações de tempo prolongado de tratamento podem ter efeitos diferentes do que foi aqui estudado, e merecem o esclarecimento em novos estudos.

Com relação às terapias empregadas no TE e já mencionadas anteriormente, o esclarecimento, ou seja, a participação em palestras, parece ter um importante papel na contribuição dos efeitos positivos. Vários participantes relataram a importância desta terapia em seu processo de tratamento. As narrativas apontam para a compreensão da necessidade de mudança em pensamentos e atitudes que o auxiliam na resolução de seus problemas, sendo considerado por alguns participantes como um marco na sua transformação pessoal. Na literatura científica, parece não haver evidências do esclarecimento ou instrução evangélica como práticas terapêuticas isoladas, geralmente compondo o rol de terapias utilizadas pelos contextos religiosos.

Diante das diversas considerações positivas, e nenhum relato de interpretação negativa, temos que considerar, mais uma vez, que este tipo de terapia religiosa pode ser uma estratégia importante a ser difundida em realizada em outras localidades como auxiliar nos processos de demandas de naturezas diversas como as doenças físicas, de saúde mental ou espiritual. No entanto, é importante mencionarmos, analiticamente, que esse movimento pode ter ocorrido em função da desejabilidade social. Embora as pesquisadoras não estivessem a serviço dos equipamentos nos quais a pesquisa ocorreu, nem fossem ligadas institucionalmente a elas, os voluntários podem assumir que

determinadas respostas e posicionamentos podem ser melhor acolhidos pelos pesquisadores em função de suas expectativas e mesmo dos seus posicionamentos em campo. Assim, essas reflexões devem ser endereçadas na compreensão dos dados aqui compartilhados.

6.4 Resultado e Discussão – Estudo 4

6.4.1 Resultados – Estudo 4

Foram cadastradas 760 instituições espíritas nos estados Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e Distrito Federal. As instituições que dispunham de contato telefônico por WhatsApp ou e-mail foram convidadas a participar da pesquisa, sendo 268 (90,3%) delas por mensagem escrita pelo WhatsApp e 26 (9,7%) por e-mail. Obtivemos 52 respostas ao formulário de pesquisa, sendo oito delas excluídas, cinco por serem centros espíritas de outros estados do Brasil e três por serem respostas da mesma instituição preenchidas por pessoas diferentes. Nesta situação, foi considerada a somente as respostas dadas na primeira resposta ao formulário.

O total de respostas válidas foi 44, sendo que o estado com maior número de respostas foi o Mato Grosso (75,0%), depois Goiás (13,7%), e Mato Grosso do Sul (11,3%). Não obtivemos respostas de centros espíritas do Distrito Federal. Dos respondentes, 84,1% eram dirigentes, e o tempo médio de participação no centro espírita é de 15,9 anos. Esses dados foram sumarizados na Tabela 34.

Tabela 34 - Caracterização dos participantes da pesquisa do Estudo 4.

	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cadastros para contato					760	100,0
Contactados	268	35,3	492	64,7	760	100,0
WhatsApp	242	90,3%				
Email	26	9,7				
Nº centros participantes	44	16,4%	224	83,6	268	100,0
Exclusões outros estados	5	62,5			8	100,0
Exclusões repetidos	3	37,5				
Participantes por estado						
MT	33	75,0	91	12,7	124	26,6
GO	6	13,7	444	62,0	450	1,33
MS	5	11,3	63	8,8	68	7,35
DF	0	0,0	118	16,5	118	-
Total	44	100,0	716	100,0	760	35,3
Respondente é o dirigente	37	84,1	7	15,9	44	

Observamos que os motivos citados pelos frequentadores de centros espíritas foram, na maioria das vezes, problemas familiares (14,6%) ou caracterizados como problemas espirituais (14,6%), seguidos da obsessão, que também é de natureza espiritual seguindo a inteligibilidade espírita (13,9%). Os problemas de saúde mental e física também foram frequentemente relatados (13,5% e 11,6% respectivamente). Outros motivos também foram citados, como vícios em álcool (8,2%) e vícios em outras drogas (4,5%). Essas motivações foram sumarizadas na Tabela 35, a seguir.

Tabela 35 - Motivos citados para a procura em centros espíritas.

Motivos	n	%
Problemas familiares	39	14,6
Dificuldades espirituais/mediúnicas	39	14,6
Obsessão	37	13,9
Problemas de saúde mental	36	13,5
Problemas de saúde física	31	11,6
Problemas conjugais (separação)	27	10,1
Vício em álcool	22	8,2
Problemas no trabalho	18	6,7
Vício em drogas ilícitas	12	4,5
Abuso sexual	1	0,4
Não sei responder	2	0,7
Outros	2	1,1
Total	267	100,0

Os motivos de saúde física ou de saúde mental mais citados foram a depressão (22,7%), seguida de ansiedade (16,8%) e síndrome do pânico (15,1%). Motivos de ordem física representaram 15,7% das menções. O câncer foi citado por 10,3% dos representantes. Esses motivos foram sumarizados na Tabela 36.

Tabela 36 - Motivos de saúde física ou mental relatados na busca pelos centros espíritas.

Motivos	N	%
Depressão	42	22,7
Ansiedade	31	16,8
Síndrome do pânico	28	15,1
Dores físicas	29	15,7
Estresse	24	13,0
Câncer	19	10,3
Infertilidade	3	1,6
Esquizofrenia	6	3,2
Tentativa de suicídio	1	0,5
Prefiro não responder	1	0,5
Não sei responder	1	0,5
Total	185	100,0

A Tabela 37 nos apresenta as terapias espíritas realizadas pelos locais pesquisados. O passe e a água fluidificada foram citadas por todos os respondentes. O esclarecimento por meio das palestras (9,0%), assim como a leitura do Evangelho e estudo sistematizado também foram as terapias mais oferecidas pelos locais participantes deste estudo (7,9% para ambas). O culto do evangelho no lar também foi citado como uma terapêutica frequente (8,3%). Terapias menos frequentes, com indicação de medicamentos produzidos pelo centro espírita e prescrição de homeopatia e/ou fitoterapia, também foram relatados (0,4% ambas).

Tabela 37 - Terapias espíritas oferecidas no centro espírita para pessoas que buscam por auxílio.

Terapias espíritas	n	%
Passe	44	9,6
Água fluidificada	44	9,6
Palestra/Reunião Pública	41	9,0
Culto do Evangelho no Lar	38	8,3
Leitura do Evangelho segundo o Espiritismo	36	7,9
Estudo sistematizado da Doutrina espírita	36	7,9
Vibração	36	7,9
Empréstimo de livros espíritas	31	6,8
Atividades de caridade	31	6,8
Desobsessão	30	6,6
Corrente magnética	25	5,5
Tratamento espiritual	24	5,3
Doutrinação	15	3,3
Cirurgia Espiritual	8	1,8
Atendimento/consulta mediúnica	8	1,8
Indicação de medicamentos produzidos pelo centro espírita	2	0,4
Prescrição de homeopatia e/ou fitoterapia	2	0,4
Evangelização infantil	2	0,4
Recomenda a prática da caridade	1	0,2
Atendimento fraterno (diálogo)	1	0,2
Outros (laborterapias)	1	0,2
Total	456	100,0

Em relação aos encaminhamentos dados aos frequentadores (Tabela 38), a maioria citou indicar a triagem fraterna e tratamento espiritual como primeira opção (29,3%). E a participação em atividades oferecidas pelo centro espírita, como palestras, passe, água fluidificada como encaminhamento muito citado (23,2%). A recomendação de sugerir um tratamento no sistema de saúde oficial (médico ou de outros profissionais da saúde) também foi considerado importante por 12,1% dos participantes.

Tabela 38 - Encaminhados e indicações aos frequentadores que procuram o centro espírita com queixas de problemas de saúde física e/ou mental.

Indicações	n	%
Triagem fraterna e tratamento espiritual	29	29,3
Participar das atividades do centro espírita	23	23,2
Sugere tratamento com profissionais da saúde	12	12,1
Estude o Espiritismo	9	9,1
Recomenda o Culto do Evangelho no lar	8	8,1
Recomenda praticar a caridade	5	5,1
Incentivo à Reforma íntima	3	3,0
Coloca o nome para atendimento espiritual	3	3,0
Internação em hospital espírita	2	2,0
“Raio-x” espiritual com médium	1	1,0
Indicação de orações	1	1,0
Acolhimento (diálogo)	1	1,0
Indicação de chás	1	1,0
Incentivo ao cultivo da fé	1	1,0
Total	99	100,0

As práticas de caridade citadas foram a doação de roupas e calçados (15,6%), seguida de cestas básicas (14,7%) e livros espíritas (12,1%). Tais atividades foram sumarizadas na Tabela 39.

Tabela 39 - Atividades de caridade realizadas pelo centro espírita.

Atividades	n	%
Doação de roupas/calçados	36	15,6
Doação de cestas básicas	34	14,7
Doação de livros espíritas	28	12,1
Distribuição de sopa para a comunidade	26	11,3
Doação de outros materiais arrecadados	22	9,5
Doação de alimentos perecíveis (verduras/frutas)	21	9,1
Doação de kit de maternidade (enxoval)	17	7,4
Doação de roupas e alimentos para pessoas em situação de rua	16	6,9
Visita a enfermos em hospitais	11	4,8
Visita a institucionalizados em casas de repouso/asilos	10	4,3
Outras atividades	9	3,9
Prefiro não responder	1	0,4
Total	231	100,0

Foi abordado, entre as perguntas, se o centro espírita oferece outras práticas ou recursos terapêuticos além do já propostos pela Doutrina Espírita. A maioria dos participantes referiu que não oferece (52,5%). Entretanto, houve menções a

atendimentos médicos (13,1%), de psicólogos (9,8%) e de outros profissionais da saúde (9,8%), além de práticas integrativas e complementares (8,2%). Um centro espírita mencionou fazer indicações para atendimento em hospital espírita ligado ao mesmo, e também que faz a interface de atendimento com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) local. Esses dados foram sumarizados na Tabela 40.

Tabela 40 - Recursos complementares às terapias espíritas oferecidos aos frequentadores.

Recursos complementares	n	%
Não oferecemos nenhum recurso terapêutico além das terapias espíritas.	32	52,5
Atendimento médico	8	13,1
Atendimento psicológico	6	9,8
Atendimento de outro(s) profissional(ais) da saúde	6	9,8
Práticas integrativas e complementares*	5	8,2
Não sei responder	2	3,3
Atendimento em hospital psiquiátrico (ligado ao centro espírita)	1	1,6
CAPS (parceria)	1	1,6
Total	61	100,0

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; *Reiki, Musicoterapia, Constelação familiar, Cromoterapia. Outras terapias citadas: energização, psicoterapia reencarnacionista

Perguntamos também sobre a recomendação ou não de procura de serviços de saúde formais. A maioria (70,5%) citou que recomenda que a pessoa busque um profissional de saúde habilitado, sem indicar locais ou profissionais específicos. Outros disseram indicar o local de assistência (18,2%). Somente um centro espírita disse não interferir ou indicar. Esses achados foram sumarizados na Tabela 41, a seguir.

Tabela 41 - Recomendações de busca de tratamentos de saúde biomédicos.

Recomendação	n	%
Recomendamos que a pessoa busque um profissional de saúde habilitado, sem indicação de locais/profissionais.	31	70,5
Indicamos o local de assistência de saúde do bairro/cidade.	8	18,2
Não interferimos neste assunto.	1	2,3
Nenhuma das alternativas acima	1	2,3
Encaminha para tratamento espírita	1	2,3
Encaminha para Hospital espírita	1	2,3
Branco	1	2,3
Total	44	100,0%

6.4.2 Discussão – Estudo 4

A realização deste estudo nos permitiu algumas considerações: primeiro, que há uma dificuldade de fazer contato com os centros espíritas. O levantamento inicial revelou a presença de 760 instituições na região centro-oeste. Entretanto, observou-se que os dados públicos são incompletos ou desatualizados. Uma das federações estaduais não apresentou nenhum telefone de contato das instituições, o que inviabilizou o contato com todos os centros espíritas cadastrados. Embora alguns centros espíritas tivessem um telefone fixo para contato, as primeiras tentativas de ligação telefônica foram sem sucesso, e, por esse motivo, foi decidido o contato somente pelo aplicativo de mensagens WhatsApp e por e-mail para as Federações estaduais ou outros órgãos representantes, como é o caso da Aliança Espírita.

Outra constatação é que mesmo tendo conseguido contato por WhatsApp de 242 instituições, a adesão à participação na pesquisa foi baixa. Nenhum dos contatos por e-mail foi respondido. A falta de adesão pode levantar algumas possibilidades como a desconfiança sobre a credibilidade da pesquisa, ou a falta de interesse em contribuir com essas informações. A maior participação de centros espíritas foi do estado de Mato Grosso, e isso pode ser por dois motivos. A primeira é que os cadastros estavam mais completos, dispunham de telefones atualizados, o que facilitou a comunicação, e, também, o contato pessoal da pesquisadora com os centros espíritas participantes do Estudo 3, que, por sua vez, ajudaram a divulgar o Estudo 4 aos seus pares. Em outra pesquisa semelhante, a adesão à pesquisa foi em torno de 10% dos centros espíritas convidados. Considerando o número de centros contactados, obtivemos um número superior de respostas (16,4%), comparando com o estudo citado (Lucchetti *et al.*, 2015a).

Os motivos citados pelos representantes dos centros espíritas, de problemas familiares, de saúde física e mental, além dos problemas conjugais também foram os mais citados pelos participantes do Estudo 3. A exposição maior de dificuldades espirituais e obsessão relatados nos centros espíritas, mas não a mais citada pelos participantes do Estudo 3, pode ter três explicações. Supõe-se que a diferença de métodos na explicação do motivo (o estudo 3 foi qualitativo, e o 4 foi quantitativo), podem contribuir para respostas menos específicas no caso do Estudo 4. Além disso, os

participantes do Estudo 3 talvez não tenham o conhecimento sobre o espiritismo para que caracterizem seus problemas vivenciados como problemas espirituais ou obsessão. E, por fim, uma última suposição é que os representantes de centros espíritas caracterizem diversos males de saúde como relacionados a causas espirituais.

A referência ao aumento de depressão e de ansiedade como principais motivos de procura por centros espíritas parece ser o reflexo da sociedade, que também vivencia esses transtornos com mais frequência na atualidade (World Health Organization, 2013; 2021). Chama-nos atenção pela elevada frequência de menções à síndrome do pânico (15,1%), terceiro motivo mais citado, algo que parece pouco existir na literatura científica relacionado a tratamentos espirituais ou religiosos. O câncer foi citado por 10,3% dos representantes, ocupando a sexta posição entre os motivos citados. Na pesquisa realizada em São Paulo, o câncer foi o segundo motivo citado (43,1%), ficando atrás somente da depressão (45,1%).

O passe e água fluidificada foram as terapias mencionadas por todos os centros espíritas participantes. O passe é uma terapêutica muito característica deste contexto religioso, já foi relevada como a terapia mais utilizada em outra pesquisa (Lucchetti *et al.*, 2015a), e também foi a intervenção proposta em outros estudos (Cunha; Scorsolini-Comin, 2023). A água fluidificada provavelmente é uma terapia tão mencionada quanto o passe por ser a mais simples de ser oferecida, pois não requer mais do que um trabalhador para fluidificá-la, além da água. A cirurgia espiritual, alvo de muitas pesquisas etnográficas no passado (Greenfield, 2008; Aubrée; Laplantine, 2009), foi mencionada por 1,8% participantes. A corrente magnética, técnica de desobsessão, pesquisada no Estudo 3, foi citada uma das técnicas mais citadas (5,5%), comparando-se com outras formas de desobsessão que como a doutrinação.

Observamos que a indicação de tratamento espiritual é a prática mais citada. Importante considerar que, para muitos centros espíritas, todas as terapias já mencionadas, como passe, água fluidificada, desobsessão, corrente magnética, entre outras, compõem o rol de terapias relacionadas ao tratamento espiritual. E, por este motivo, justifica-se que, em pergunta anterior, 24 participantes afirmaram dispor de tratamento espiritual, ao passo que na pergunta seguinte, 29 relataram indicar a triagem e posterior tratamento. Há de se considerar, também, que a triagem existente em centros espíritas não necessariamente é para indicar somente tratamento espiritual. Pode, ainda, indicar outras atividades como a prática da caridade. Independentemente do impasse quantitativo, essas considerações nos apontam para a importância que a triagem e o

acolhimento tem nesses ambientes, proporcionado àquele que necessita atenção, cuidado e respeito às suas dores.

Uma característica marcante do espiritismo é sua relação com a caridade, sendo considerada como uma prática de virtudes que auxilia em processos obsessivos e até em melhora de condições de saúde mental (Lucchetti *et al.*, 2011). As práticas de caridade mais mencionadas pelos participantes foram as doações de vestimentas e de cestas básicas, e podem sugerir a preocupação com as necessidades básicas do ser humano. Essa característica não é própria do espiritismo, pois também é desenvolvida em outros setores, não somente religiosos e são muito presentes no Brasil. Outras atividades menos relatadas, mas não menos importantes, são a preocupação com pessoas em situação de rua, idosos institucionalizados e pessoas em hospitais, sendo esta última muito comum nos serviços de capelania já documentados (Anefalos *et al.*, 2018). A doação de livros espíritas chama-nos atenção, mostrando a relevância que os centros espíritas dão ao esclarecimento e aos processos formativos.

Não nos surpreende que a maioria dos centros espíritas não ofereça nenhum recurso terapêutico além dos já próprios de sua finalidade. Entretanto, conhecer que isso é uma prática de alguns locais pode contribuir com as pessoas que têm mais dificuldade de acessar esses serviços na rede pública. Como observamos anteriormente, no estado de Mato Grosso, por exemplo, o número de psicólogos na rede pública é muito preocupante (0,174 profissionais a cada 1.000 habitantes), com certeza muito aquém das necessidades da população (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2022). O contato ou encaminhamento ao CAPS local parece ser uma estratégia interessante de conexão dos serviços do terceiro setor, ou de centros religiosos com os serviços formais de saúde, algo que já vem sendo proposto pela literatura (Krah; Kruijf; Ragno, 2018; Green; Colucci, 2020; World Health Organization, 2021).

O espiritismo parece ter uma preocupação em mencionar a importância pela busca dos profissionais de saúde como complementar ao tratamento espiritual, e isso já foi demonstrado em outras pesquisas (Lucchetti *et al.* 2015a) e também está presente nos estudos sobre os hospitais espíritas (Lucchetti *et al.*, 2012a). Esta prática pode ser ancorada em estigmas passados em que os espíritas eram acusados de exercer ilegalmente a medicina, incorrendo em acusações de crimes a esta época (Moreira-Almeida; Almeida; Lotufo Neto, 2005).

Por fim, temos que considerar que, embora esse estudo não seja representativo da região centro-oeste, como proposto inicialmente, ele relevou e complementou o

conhecimento trazido pelo Estudo 3, além de algumas possibilidades de interlocução entre já existente com os serviços de saúde. A estratégia de contato não pareceu ser um método adequado e sugere-se que novos estudos possam ser propostos, articulando melhor com as entidades representativas.

7. Conclusão

Sumarizaremos, na presente seção, os principais desfechos, conclusões, limitações e sugestões para pesquisas futuras a partir desta Tese.

No Estudo 1, sobre o perfil de pessoas que procuram por tratamento espiritual, vimos que entre os anos pesquisados o de 2018 foi o mais procurado, sendo a procura principalmente por mulheres adultas. Na maior parte dos frequentadores, a afiliação religiosa não foi registrada, e o retorno médio à triagem fraterna (integrante ao tratamento) foi de duas vezes. Contudo, algumas pessoas chegaram a participar por mais de 10 vezes no mesmo ano, caracterizando o que foi citado no Estudo 3, sobre o tratamento realizado de forma contínua.

Um aspecto importante a ser enfatizado é que a busca pelo tratamento espiritual – no caso deste estudo, em um centro espírita – é realizada por pessoas que declaram possuir diferentes religiões. Assim, observamos que o cuidado espiritual realizado neste local não é exclusivo a seus adeptos, mas a quaisquer pessoas que frequentam esses espaços em busca de cura, de um tratamento, de uma assistência em saúde.

Algumas limitações precisam ser consideradas no Estudo 1. Por ser uma coleta de dados secundários, não tivemos acesso direto às fontes (formulário da triagem fraterna), e, dessa forma, algumas variáveis que poderiam ser analisadas não puderam ser coletadas, por exemplo, a causa da busca por tratamento espiritual. E, por esse motivo, tentamos encontrar respostas para essa lacuna no Estudo 3. A ausência da informação de afiliação religiosa, mesmo sendo um fenômeno a ser considerado como presente na população atual, poderia ser melhor investigada. A ausência de resposta pode ser interpretada uma falha no preenchimento, ou de pouca relevância no processo do tratamento. O fato de termos informações de somente um centro espírita não nos permite inferir a outros cenários as informações encontradas.

Algumas investigações futuras são sugeridas baseadas nos resultados do Estudo 1, como a necessidade de entendimento sobre a prevalência das mulheres na busca por tratamento espiritual e o que leva os frequentadores retornarem à triagem muitas vezes como identificado neste estudo. Além disso, é lícito estudar e propor meios de diálogo entre o tratamento espiritual e a assistência biomédica oficial, ampliando inteligibilidades com vistas à integralidade e em uma recusa à fragmentação do sujeito.

O Estudo 2, de revisão de escopo, demonstrou que as referências selecionadas são diversas em seus desenhos metodológicos. A maioria dos estudos apresentou o passe espírita em um contexto associado a outras terapias espíritas, como na prática de centros espíritas. O passe espírita foi utilizado sozinho apenas em ensaios clínicos randomizados,

comparado a grupos controle. A literatura cinzenta, apesar do alto risco de viés, demonstra sugestões que podem favorecer o desenvolvimento de pesquisas futuras, além de destacar a lacuna na divulgação desses estudos. Além disso, é importante aprofundar as evidências sobre o assunto para pensar sobre como atender e/ou incluir as diferentes necessidades religiosas/espirituais que surgem em cenários de saúde.

Os ensaios clínicos randomizados mostraram evidências do efeito positivo do passe espírita e instigam a expansão desse campo de pesquisa e aprofundamento, também considerando aspectos de humanização, levando em conta o campo ontológico do sujeito. Além disso, há também a necessidade de padronizar os desenhos metodológicos e técnicas utilizadas, em busca de construir evidências mais robustas para a prática.

O Estudo 3, de forma quantitativa, revelou um aumento significativo do bem-estar psicológico, na religiosidade não organizacional, além da redução dos sintomas de estresse e depressão somente nas pessoas que realizaram o tratamento espiritual. Esses resultados foram bem consistentes quando comparados ao grupo controle. Além disso, os níveis de orientação espiritual foram maiores no grupo que passou pela intervenção espiritual, independentemente do momento da pesquisa, assim como a religiosidade organizacional. Isso reforça a importância que a orientação espiritual tem não só pelo estímulo à busca por ajuda naqueles que têm maiores níveis, como revelou que ela pode contribuir em melhores desfechos de saúde. A satisfação com a vida aumentou nos dois grupos pesquisados no segundo momento.

As alterações positivas encontradas neste estudo relacionadas aos construtos de saúde mental, como no aumento do bem-estar psicológico, redução do estresse e depressão já são suficientes para que possamos divulgar esses resultados como uma medida eficaz nos efeitos positivos desses construtos. Entretanto, temos que ter parcimônia a considerar que a amostra tratada é relativamente pequena, e que estudos com amostras maiores são necessários.

Os construtos sem diferenças significativas em decorrência do TE foram religiosidade intrínseca, ansiedade, satisfação de vida e qualidade de vida. Com relação à ansiedade, parece ter havido uma tendência à significância estatística de redução no grupo estudo, entretanto, somente um novo estudo com amostras maiores poderá confirmar esse achado. Os demais construtos pesquisados e sem evidência de alteração em decorrência do TE foram a satisfação de vida e qualidade de vida. A ausência de mudança desses construtos podem ser explicadas pela estabilidade dessas medidas, não sendo apropriadas, portanto, para estudos longitudinais de curto prazo. Isso pode explicar também que a

religiosidade intrínseca, embora esta tenha aumentado na amostra deste estudo, não foi estatisticamente significativa, e que, possivelmente, não se altera em curto prazo.

Ao analisar os percursos, razões e expectativas de pessoas que procuraram por tratamentos espirituais em centros espíritas, observamos que o itinerário terapêutico se dá de diferentes modos, mas, de um modo geral, a maioria dos participantes desta pesquisa procurou primeiramente por tratamentos médicos ou outros profissionais de saúde, e, após o insucesso, ou insuficiência de resultados de acordo com perspectivas individuais, foi em busca de outras formas de cuidado. Os tratamentos por eles realizados, sejam médicos, espirituais ou outros, acontecem simultaneamente e, para os participantes, os tratamentos se complementam.

Os motivos que levaram os frequentadores desta pesquisa ao tratamento espiritual foram de etiologias diversas, variando de motivos físicos, em busca de resolução de sua dor ou problema físico, queixas de saúde mental, e até mesmo conflitos familiares e conjugais. Foi constatado que o motivo da procura pode ser devido a um diagnóstico de um profissional de saúde, ou, ainda, pode ser um diagnóstico com definições próprias, construídas de acordo pelo saber popular e cultural. Uma possibilidade para a investidura neste tipo de tratamento, segundo alguns participantes, é devido à possibilidade de um tratamento integral, e não apenas como resolução absoluta para o problema que o aflige diretamente. Ou, ainda, o participante deduz que conseguirá resolver problemas diversos com uma terapêutica única, neste caso, o tratamento espiritual.

Observamos nas falas dos participantes com queixas de saúde mental uma indissociação das doenças mentais com as espirituais, revelando que, para eles, o sofrimento mental pode não ser atribuído apenas ao diagnóstico recebido pelo profissional da saúde, ou que, devido à morosidade do alívio dos sintomas com o tratamento médico já instituído, buscam-se outras formas de cuidado para auxiliar na resolução dos problemas.

Sobre os efeitos ou repercussões relatados pelos participantes, observamos menções a processos de recuperação de ordem física, mencionando até mesmo comprovações por exames diagnósticos, mas a maioria dos relatos foi relacionado à saúde mental. Os transtornos de saúde mental mais relatados com suposta melhora foram a ansiedade, estresse, ideação suicida, além do aumento de afetos positivos, e redução de afetos negativos. Efeitos mais rápidos que tratamentos formais (medicamentosos ou psicoterápicos) também foram considerados como algo positivo. Outra consideração relevante mencionada por vários participantes foi a importância do esclarecimento,

proporcionando, assim, impactos de modificação de comportamentos e autogestão de emoções.

Temos que ressaltar que nenhum participante relatou aspectos negativos sobre o processo do tratamento, e poucas dificuldades em realizá-lo foram citadas. Este fato contribui, portanto, na indicação da terapia, mesmo para aqueles que não são frequentadores desse contexto religioso. Sabemos que a dificuldade em frequentar ambientes como centros espíritas dá-se devido a preconceitos estabelecidos culturalmente a ambientes espiritualistas ou espíritas. E a divulgação de pesquisas científicas como essa contribuem para a redução dos estigmas.

Considerando que o tratamento espiritual é ofertado o ano todo de forma ininterrupta nos locais pesquisados, de forma gratuita aos frequentadores, e que esses centros espíritas são referidos como equipamentos populares de cuidado e de acolhimento, a intervenção analisada pode ser um importante mecanismo de apoio às pessoas que frequentam esses locais e que apresentam situações que podem levar a sintomas de saúde mental insatisfatórios. Além de serem uma alternativa para controle de sintomas de depressão e estresse, podem contribuir no aumento dos índices de religiosidade, que, por sua vez, parecem cooperar com desfechos positivos de saúde mental.

Essas constatações são importantes para contribuir com a visão de complementariedade oferecida por esse tipo de tratamento, e que foi demonstrado no Estudo 4, visto que é uma prática de cuidado inserida na sociedade brasileira. O conhecimento da atuação deste e de outros sistemas de cuidado em saúde denominados como populares contribui para a redução do estigma sobre essas práticas de cuidado e amplia a visão para a existência de outros sistemas de saúde que vão além da visão estritamente biologicista do ser humano.

Importante reforçar que, no contexto do espiritismo, este tipo de tratamento deve ser gratuito e, portanto, pode ser uma estratégia importante de tratamento de sintomas de saúde mental para as pessoas que tenham dificuldade em acessar os serviços de saúde no Brasil, principalmente os serviços de saúde mental. Além disso, ainda que tenhamos realizado o estudo em dois centros espíritas locais, existem, somente em Cuiabá e Várzea Grande, cidade próxima à Cuiabá, um total de 19 centros espíritas que realizam o mesmo método de TE.

Uma característica do TE que pode ser considerada um ponto negativo é a necessidade de ir ao centro espírita por pelo menos oito dias para realizar um ciclo de

tratamento. Como estratégia a essa dificuldade, alguns centros espíritas, como, por exemplo, um dos centros participantes da pesquisa, oferecem o tratamento espiritual on-line. Esse tratamento busca oferecer as mesmas terapias do tratamento presencial e pode ser uma estratégia importante para as pessoas com dificuldade de acesso presencial. No entanto, ressaltamos que o tratamento on-line não foi objeto desta pesquisa, inclusive foi o motivo de exclusão de um participante que iniciou o tratamento presencial, mas o realizou parcialmente on-line.

Há de se ressaltar que, embora possam existir alterações metodológicas a depender do local, este tratamento sistematizado está descrito em literatura espírita e é utilizado por centros espíritas em todo o Brasil e no exterior. Essa estratégia de padronização do tratamento espiritual, embora não pareça ser relevante para a pessoa que o faz, é muito relevante para pesquisas científicas e para ampliar a divulgação e prática desta terapia. Lembremos que as revisões sistemáticas e metanálises enfatizam que a falta de padronização das intervenções religiosas e espirituais é um grande dificultador na construção de evidências mais robustas, e, portanto, investir em um método padronizado e com evidências científicas deve ser considerado prioritário até mesmo no investimento em mais pesquisas.

Nosso estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, por ser um estudo em que compôs o GE com participantes com morbidades diversas. Além disso, os participantes do GC não foram questionados se têm ou não alguma doença ou transtorno de saúde mental ou outra condição de saúde. Embora tenha considerado um método de tratamento espiritual padronizado na literatura, foi coletado em apenas duas instituições em uma mesma cidade, não podendo, portanto, representar o contexto brasileiro em geral. Além disso, os participantes que aceitaram participar da pesquisa não representam a totalidade das pessoas que procuraram o tratamento espiritual durante a coleta de dados. Diante disso, esses dados podem não representar todos os motivos, expectativas e desfechos das pessoas que procuram pelo tratamento. Acreditamos que a necessidade de exposição do motivo do seu tratamento pode ter limitado a participação dos frequentadores do tratamento espiritual nesta pesquisa.

Sugere-se novos estudos, principalmente quantitativos randomizados e controlados, com grupos mais homogêneos, em outras localidades ou multicêntricos, utilizando o mesmo método de tratamento espiritual aqui estudado. Além disso, estudos com tempo de seguimento maiores podem contribuir para avaliar a permanência dos efeitos nos construtos a longo prazo, e elucidar construtos mais estáveis que não

apresentaram alteração em nosso estudo. Estudos que avaliam o tratamento a longo prazo, ou seja, daqueles que permanecem em tratamento por mais de um ciclo, podem ser relevantes para demonstrar se há diferença na intervenção prolongada. Abordagens sobre elementos aqui apresentados como os desfechos positivos simultaneamente às pessoas em tratamento intercessório, e em grupos como com diagnóstico de síndrome do pânico também são sugeridos.

Por fim, os achados desta Tese auxiliam no conhecimento e construção de evidências acerca do tratamento espiritual oferecido por centros espíritas. Considerando que este tipo de terapia informal está inserido na sociedade, principalmente brasileira, esses achados nos ajudam a compreender a complexidade do apoio religioso-espiritual nos desfechos em saúde. As contribuições dos quatro estudos realizados esclarecem a dinâmica de procura por estes centros religiosos, e que a interconexão entre os cuidados formais, informais e populares, nos quais incluímos os religiosos e espirituais, já é corporificada pelo sujeito em busca de assistência. Dessa forma, ao que objetivamos avaliar, as evidências positivas na saúde mental de seus frequentadores foram demonstradas, e, diante disso, devem ser amplamente divulgadas, além de serem de conhecimento dos profissionais de saúde para possível recomendação de um tratamento integrado. A atuação das instituições pesquisadas, e de outras com as mesmas características, reforçam a importância do terceiro setor atuante no Brasil, que, mesmo diante de sua invisibilidade, contribuem nos processos não somente de saúde-doença-cuidado, mas também em práticas sociais que contribuem com a sociedade local.

Referências

ABDI, A.; SOUFINIA, A.; BORJI, M.; TARJOMAN, A. The Effect of Religion Intervention on Life Satisfaction and Depression in Elderly with Heart Failure. **Journal of Religion and Health**, v. 58, p. 823-832, 2019. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0727-7>

AGGARWAL, S.; WRIGHT, J.; MORGAN, A.; PATTON, G.; REAVLEY, N. Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. **BMC Psychiatry**, v. 23, n. 72, 2023. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05091-2>

ALMEIDA, A. A. S.; GOMES, A.; PIMENTEL, M. G. Um panorama histórico da trajetória do Espiritismo da França até o Brasil. **Interações**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 213-233, 2020.

ALP, F. Y.; YUCEL, S. C. The effect of therapeutic touch on the comfort and anxiety of nursing home residents. **Journal of Religion and Health**, v. 60, p. 2037-2050, 2021.

ANEFALOS, A.; BUARQUE E SILVA, W. A.; PINTO, R. M.; FERRARI, R. D.; BONI, F.; DUARTE, C. B.; REIS, R. R. Spiritist Hospital Chaplaincy in Brazil: 5 Years of Documented Experience. **Journal of Religion and Health**, v.57, n. 3, p. 1038-1051, 2018.

APÓSTOLO, J. L. A. Depressão, Ansiedade e Stress. *In*: Apóstolo, J. L. A. (ed.). **O conforto pelas imagens mentais na depressão ansiedade e estresse**. Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2010. E-book. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?isbn=9892600363>. Acesso em: 20 set. 2023.

ASUZU, C. C.; AKIN-ODANYE, E. O.; ASUZU, M. C.; HOLLAND, J. A socio-cultural study of traditional healers role in African health care. **Infectious Agents and Cancer**, n. 15, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13027-019-0232-y>

AUBRÉE, M.; LAPLANTINE, F. **A mesa, o livro e os espíritos: gênese, evolução e atualidade do movimento social espírita entre França e Brasil**. Tradução Maria Luiza Guarnieri Atik *et al.* Maceió: EDUFAL, 2009. 403 p.

AUGRAS, M. **A segunda-feira é das almas**. Rio de Janeiro: Pallas, 2012.

AZEREDO, Y. N.; SCHRAIBER, L. B. Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde. **Interface**, Botucatu, v 25, e190838, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190838>

BALBUENA, L.; BAETZ, M.; BOWEN, R. Religious attendance, spirituality, and major depression in Canada: a 14-year follow-up study. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 58, p. 225-232, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371305800408>

BARDAGI, M. P.; HUTZ, C. S. Satisfação de vida, comprometimento com a carreira e exploração vocacional em estudantes universitários **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 62, n. 1, 2010, p. 159-170. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229016557016>

BASTIANI, F. de; RIGBY, R. A.; STASINOPOULOUS, D. M.; CYSNEIROS, A. Y H. M. A.; URIBE-OPAZO, M. A. Gaussian Markov random field spatial models in GAMLSS. **Journal of Applied Statistics**, v. 45, n. 1, p. 168-186, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/02664763.2016.1269728>

BAY, P. S.; BECKMAN, D.; TRIPPI, J.; GUNDERMAN, R.; TERRY, C. The effect of pastoral care services on anxiety, depression, hope, religious coping, and religious problem solving styles: a randomized controlled study. **Journal of Religion and Health**, v. 47, p. 57-69, 2008.

BRAGDON, E. Spiritist Healing Centers in Brazil. **Seminars in Integrative Medicine**, v. 3, p. 67-74, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sigm.2005.02.001>

BRAGDON, E.; AZEVEDO, J. L. Mental Healthcare in Brazil's Spiritist Psychiatric Hospitals. **Journal for Spiritual & Consciousness Studies**, v. 36, n. 1, p. 6-16, 2013.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Reflecting on reflexive thematic analysis. **Qualitative Research in Sport, Exercise and Health**, v. 11, n. 4, p. 589-597, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>

BULUT, T. Y.; ÇEKİÇ, Y.; ALTAY, B. The effects of spiritual care intervention on spiritual well-being, loneliness, hope and life satisfaction of intensive care unit patients. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 77, 103438, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103438>

BURNHAM, K. P.; ANDERSON, D. R **Model Selection and Multi model Inference A Practical Information-Theoretic Approach**. 2. ed. New York: Springer-Verlag, 2002.

BUSCH, I. M.; MORETTI, F.; TRAVAINI, G.; WU, A. W.; RIMONDINI, M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. **The Patient – Centered Outcomes Research**, v. 12, p. 461-474, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>

CABRAL, M. E. G. S.; GUIMARÃES, M. B.; SOUSA, I. C. Usuários de práticas corporais: qualidade de vida e motivos de procura pelas práticas integrativas e complementares. In: SOUSA, I. C.; GUIMARÃES, M. B.; GALLEGÓ PÉREZ, D. F (org.). **Experiências e reflexões sobre medicinas tradicionais, complementares e integrativas em sistemas de saúde nas Américas**. Recife: ObservaPICS, 2021.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2022. **Psicólogos e psicanalistas que atuam na rede pública de saúde**. Disponível em: <https://dados.republica.org/dados/mapa-da-quantidade-de- psic%C3%B3logos-e-psicanalistas-que-atuam-na-rede-publica-de-saude-por-1-000-hab>. Acesso em: 28 out. 2023.

CAETANO, L. M.; SOUZA, J. M. de; COSTA, R. Q. F.; SILVA, D.; DELL'AGLI, B. A. V. Mental health of teachers: spirituality as a protective strategy in pandemic times.

Saúde e Pesquisa, v. 15, n. 2, e-10334, 2022. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n2.e10334>

CAMPOS, R. J. D. S.; LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; CHEBLI, L. A.; PEREIRA, L. S.; CHEBLI, J. M. F. Influence of Religiousness and Spirituality on remission rate, mental health, and quality of life of patients with active Crohn's Disease: a longitudinal 2-year follow-up study. **Journal of Crohn's and Colitis**, p. 55-63, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaa130>

CAMURÇA, M. A. Between karma and healing: Constitutive tension of Spiritualism in Brazil. **PLURA Revista de Estudos de Religião**, v. 7, n. 1, p. 230-251, 2016. Disponível em: <https://revistaplura.emnuvens.com.br/plura/article/view/1181>. Acesso em: 15 mai. 2023.

CARNEIRO, E. M.; BORGES, R. M. C.; ASSIS, H. M. N.; BAZAGA, L. G.; TOMÉ, J. M.; SILVA, A. P.; BORGES, M. F. 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 & Integrative Medicine**, 20180057, 2018a. DOI: <https://doi.org/10.1515/jcim-2018-0057>.

CARNEIRO, E. M.; BARBOSA, L. P.; BITTENCOURT, A. C. S.; SILVA, C. C.; ALMEIDA, C. O.; PIRES, R. B. M.; BORGES, M. F. Effect of the spiritist “passe” (spiritual healing) on the hematological response and complications of hospitalized newborns: A randomized clinical trial. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, p. 30-40, 2018b. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v7i1.1678>

CARNEIRO, E. M.; BARBOSA, L. P.; BITTENCOURT, A. C.; HERNÁNDEZ, C. G. *et al.* Effects of Spiritist “passe” (Spiritual healing) on stress hormone, pain, physiological parameters and length of stay in preterm newborns: a randomized, double-blind controlled trial. **Journal of Complementary and Integrative Medicine**, v. 15, n. 4, 2018c.

CARNEIRO, E. M.; BARBOSA, L. P.; MARSON, J. M.; TERRA JUNIOR, J. A.; MARTINS, C. J. P.; MODESTO, D.; RESENDE, L. A. P. R.; BORGES, M. F. 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, 2017.

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

CARNEIRO, E. M.; OLIVEIRA, L. F. A.; DA SILVA, D. A. A.; SOUSA, J. B. F.; TIMÓTIO, R. P.; BARBOSA NETO, O.; SILVA, A. P.; RODRIGUES JUNIOR, V.; RESENDE, L. A. P. R.; BORGES, M. F. Effects of the laying on of hands on anxiety, stress and autonomic response of employees in a hospital: A double-blind randomized controlled trial. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 52, 2020a. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102475>

- CARNEIRO, E. M.; TOSTA, A. D. M.; ANTONELLI, I. B. S.; SOARES, V. M.; OLIVEIRA, L. F. A.; BORGES, R. M. C.; SILVA, A. P.; BORGES, M. F. Effect of Spiritist "Passe" on Preoperative Anxiety of Surgical Patients: A Randomized Controlled Trial, Double-Blind. **Journal of Religion and Health**, v. 59, p. 1728-1739, 2020b. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00841-7>
- CARNEIRO, R. V.; VERVLOET, C. A. Terapia Fluídica: Apresentação de um Instrumento de Avaliação. **Jornal de Estudos Espíritas**, v. 6, p. 1-10, 2018.
- CARVALHO, C.C.; CHAVES, E. D. E. C.; IUNES, D. H., SIMÃO, T. P.; GRASSELLI, C. DA S. M.; BRAGA, C. G. Effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p.683-689, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400016>
- CARVALHO, P. P.; CUNHA, V. F.; SCORSOLINI-COMIN, F. Religiosidade/espiritualidade e adesão à Terapia Antirretroviral em pessoas vivendo com HIV. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 27, n. 1, p. 45-60, 2022.
- CAVALCANTE, R. S.; BANIN, V. B.; PAULA, N. A. M. R.; DAHER, S. R.; HABERMANN, M. C.; HABERMANN, F.; BRAVIN, A. M.; SILVA, C. E. C.; ANDRADE, L. G. M. 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, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.05.002>
- CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. T. L. N. Religion, health and cure: a study among neopentecostals. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 82-91, 2004.
- CHEN, Y.; VANDERWEELE, T. J. Associations of religious upbringing with subsequent health and well-being from adolescence to young adulthood: an outcome-wide analysis. **American Journal of Epidemiology**, v. 187, n. 11, p. 2355-2364, 2018.
- COELHO-JÚNIOR, H. J.; CALVANI, R.; PANZA, F.; ALLEGRI, R. F.; PICCA, A.; MARZETTI, E.; ALVES, V. P. Religiosity/Spirituality and Mental Health in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. **Frontiers in Medicine**, v. 9, 877213, 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica Brasileira 2023**. Disponível em: <https://demografia.cfm.org.br/dashboard/> Acesso em: 28 out. 2023.
- COURAS, R. N. D. A. **As cirurgias espirituais como prática terapêutica**: estudo de caso. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- CUNHA, C. R. O. B. J.; CUNHA, V. F.; SCORSOLINI-COMIN, F. Spiritist "Passe" (Spiritual Healing) as a Health Care Practice: Scope Review. **International Journal of Latin American Religions**, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s41603-023-00206-9>

- CUNHA, C. R. O. B. J.; SCORSOLINI-COMIN, F. Curas físicas atribuídas a tratamentos espirituais no Espiritismo: um relato de caso. **Fragments de Cultura**, v. 33, n. spe., p. 23-33, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18224/frag.v33iEsp.13487>
- CUNHA, C. R. O. B. J.; SCORSOLINI-COMIN, F. Magnetismo como prática complementar de saúde. In: SCORSOLINI-COMIN, F. (org.). **Práticas de cuidado interprofissional em saúde mental**. Ribeirão Preto: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2022. p. 135-148.
- CUNHA, V. F.; FELICIANO, T. A. S.; SCORSOLINI-COMIN, F. Religion, religiosity and spirituality: Conceptual differences in Brazilian psychotherapists' point of view. **Counselling Psychotherapy Research**, p. 1-9, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1002/capr.12639>
- CUNHA, V. F.; PILLON, S. C.; ZAFAR, S.; WAGSTAFF, C.; SCORSOLINI-COMIN, F. Brazilian nurses' concept of religion, religiosity, and spirituality: A qualitative descriptive study. **Research & Reviews: Journal of Nursing and Health Sciences**, v. 22, p. 1161-1168, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/nhs.12788>
- CUNHA, V. F.; ROSSATO, L.; SCORSOLINI-COMIN, F. Religião, religiosidade, espiritualidade, ancestralidade: tensões e potencialidades no campo da saúde. **Relegens Thréskeia: Estudos e Pesquisa em Religião**, v. 10, n. 1, p. 143-170, 2021.
- CUNHA V. F.; SCORSOLINI-COMIN F. Best professional practices when approaching religiosity/spirituality in psychotherapy in Brazil. **Counselling and Psychotherapy Research**, capr.12241, 2019a.
- CUNHA, V. F.; SCORSOLINI-COMIN, F. A Dimensão Religiosidade/Espiritualidade na Prática Clínica: Revisão Integrativa da Literatura Científica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 35, e35419, 2019b. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35419>
- DIAS-SCOPEL, R.; SCOPEL, D.; LANGDON, E. J. Gestação, Parto e Pós-parto entre os Munduruku do Amazonas: confrontos e articulações entre o modelo médico hegem nico e as práticas indígenas de autoatenção. **Ilha Revista de Antropologia**, v. 19, n. 1, p. 183-216, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5007/2175-8034.2017v19n1p183>
- DIEGO-CORDERO, R.; ACEVEDO-AGUILERA, R.; VEGA-ESCAÑO, J.; LUCCHETTI, G. The Use of Spiritual and Religious Interventions for the Treatment for Insomnia: A Scoping Review. **Journal of Religion and Health**, v. 61, p. 507-523, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01067-8>
- DIEGO-CORDERO, R. de; SUÁREZ-REINA, P.; BADANTA, B.; LUCCHETTI, G.; VEGA-ESCAÑO, J. The efficacy of religious and spiritual interventions in nursing care to promote mental, physical and spiritual health: A systematic review and meta-analysis. **Applied Nursing Research**, v. 67, 151618, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151618>

- DIENER, E.; EMMONS, R.; LARSEN, R.; GRIFFIN, S. The satisfaction with life scale. **Journal of Personality Assessment**, v. 49, p. 91-95, 1985. DOI: <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa490113>
- DIENER, E.; SUH, E. M.; LUCAS, R. E.; SMITH, H. L. Subjective well-being: three decades of progress. **Psychological Bulletin**, v. 125, n. 2, p. 276-302, 1999.
- ELHAM, H.; HAZRATI, M.; MOMENNASAB, M.; SAREH, K. The effect of need-based spiritual/religious intervention on spiritual well-being and anxiety of elderly people. **Holistic Nursing Practice**, v. 29, p. 136-143, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000083>
- FEUILLE, M.; PARGAMENT, K. Pain, mindfulness, and spirituality: A randomized controlled trial comparing effects of mindfulness and relaxation on pain-related outcomes in migraineurs. **Journal of Health Psychology**, n. 8, p.1090-1106, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105313508459>
- FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- FLORENCIO, Lutemberg de Araújo. **Engenharia de avaliações com base em modelos GAMLSS**. 2010. Dissertação. (Mestrado em Estatística) - Universidade Federal de Pernambuco.
- FUNK, R. H.; MONSEES, T. K. Effects of electromagnetic fields on cells: physiological and therapeutical approaches and molecular mechanisms of interaction: a review. **Cells Tissues Organs**, v. 182, n. 2, p. 59-78, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1159/000093061>
- GALANTER, M.; DERMATIS, H.; BUNT, G.; WILLIAMS, C.; TRUJILLO, M.; STEINKE, P. Assesment of spirituality and its relevance to addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 33, n. 3, p. 257-264, 2007.
- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAÚJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.
- GONÇALVES, A. M. S.; PILLON, S. C. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 1, p. 10-15, 2009.
- GONÇALVES, J. P. B.; LUCCHETTI, G.; MENEZES, P. R.; VALLADA, H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and

meta-analysis of randomized controlled clinical trials. **Psychological Medicine**, v. 45, p. 2937–2949, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291715001166>

GONÇALVES, J. P. B.; VALLADA, H. Religious and spiritual interventions in physical health. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 44, n. 4, p. 491-497, out./dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2018.v44.26391>

GONÇALVES, L. M.; TSUGE, M. L. T.; BORGHI, V. S.; MIRANDA, F. P.; SALES, A. P. de A.; LUCCHETTI, A. L. G.; LUCCHETTI, G. Spirituality, Religiosity, Quality of Life and Mental Health Among Pantaneiros: A Study Involving a Vulnerable Population in Pantanal Wetlands, Brazil. **Journal of Religion and Health**, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0681-4>

GREEN, B.; COLUCCI, E. Traditional healers' and biomedical practitioners' perceptions of collaborative mental healthcare in low- and middle-income countries: A systematic review. **Transcultural Psychiatry**, n. 1, p. 94-107, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363461519894396>

GREENFIELD, S. M. **Spirits with scalpels: The culturalbiology of religious healing in Brazil**. Routledge Taylor & Francis Group, 2008. 240 p.

GREER, T.; TIMOTHY, F. de; SMITH, J. A.; WATSON, S. Is there more to yoga than exercise? **Alternative Therapies in Health and Medicine**, v. 17, n. 3, p. 22-29, 2011.

GRZYWACZ, J. G.; SUERKEN, C. K.; QUANDT, S. A.; BELL, R. A.; LANG, W.; ARCURY, T. A. Older Adults' Use of Complementary and Alternative Medicine for Mental Health: Findings from the 2002 National Health Interview Survey. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 12, n. 5, p. 467-473, 2006. <https://doi.org/10.1089/acm.2006.12.467>

GUIMARÃES M. B.; NUNES, J. A.; VELLOSO, M.; BEZERRA, A.; SOUSA, I. M. As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n.1, p. 1-4, 2020.

GUREJE, O.; NORTJE, G.; MAKANJUOLA, V.; OLADEJI, B. D.; SEEDAT, S.; JENKINS, R. The role of global traditional and complementary systems of medicine in the treatment of mental health disorders. **Lancet Psychiatry**, n. 2, p. 168-177, 2015.

HENRIQUES, H. I. B., OLIVEIRA FILHO, P., & FIGUEIRÊDO, A. A. F. Speeches of caps users on therapeutic and religious practices. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 302-311, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p302>

HORRIGAN, B. J. New NHIS Survey Reveals That 38% of American Adults Use CAM. **Explore**, v. 5, n. 2 p. 71-73, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2008.12.006>

HOSSEINI, M.; SALEHI, A.; FALLAHI, K. M.; ROKOFIAN, A.; DAVIDSON, P. M. The effect of a preoperative religious/spiritual intervention on anxiety in Shia Muslim patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a randomized controlled trial. **Journal of Holistic Nursing**, v. 31, p. 164-172, 2013.

ICHIHARA, K.; OUCHI, S.; OKAY, A. S.; KINOSHITA, F.; MIYASHITA, M.; MORITA, T.; TAMURA, K. Effectiveness of spiritual care using spiritual pain assessment sheet for advanced cancer patients: A pilot non-randomized controlled trial. **Palliative and Supportive Care**, v. 17, p. 46-53, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951518000901>

ILLUECA, M.; DOOLITTLE, B. R. The Use of Prayer in the Management of Pain: A Systematic Review. **Journal of Religion and Health**, v. 59, p. 681-699, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00967-8>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico Brasileiro 2010**. 2012. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em: 28 out. 2023.

IVES, J. A.; VAN WIJK, E. P. A.; BAT, N.; CRAWFORD, C.; WALTER, A.; JONAS, W. B.; VAN WIJK, R.; VAN DER GREEF, J. Ultraweak Photon Emission as a Non-Invasive Health Assessment: A Systematic Review. **PLoS ONE**, n. 9, n. 2, e87401, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087401>

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, 2011.

JAIN, S.; IVES, J.; JONAS, W.; HAMMERSCHLAG, R.; MUEHSAM, D.; VIETEN, C.; VICARIO, D.; CHOPRA, D.; KING, R. P.; GUARNERI, E. Biofield Science and Healing: An Emerging Frontier in Medicine. **Global Advances in Health and Medicine**, v. 4, p. 5-7, 2015. DOI: <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.106.suppl>

JAREGO, M.; FERREIRA-VALENTE, A.; QUEIROZ-GARCIA, I.; DAY, M. A.; PAIS-RIBEIRO, J.; COSTA, R. M.; PIMENTA, F.; JENSEN, M. P. Are Prayer-Based Interventions Effective Pain Management Options? A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. **Journal of Religion and Health**, v. 62, p. 1780-1809, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01709-z>

KARDEC, A. **O livro dos espíritos**: filosofia espiritualista. 93ª ed. Trad. Guillon Ribeiro. FEB, 2013. 526 p.

KELLY, J. F.; BERGMAN, B.; HOEPPNER, B. B.; VILSAINA, C.; WHITE, W. L. Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States population: implications for practice, research, and policy. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 181, p. 162-169, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.09.028>

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, v. 2012. 33 p.

KOENIG, H. G.; AL-ZABEN, F.; VANDERWEELE, T. J. Religion and psychiatry: recent developments in research. **BJPsych Advances**, 11 p., 2020. DOI: <https://doi.org/10.1192/bja.2019.81>

KOENIG, H. G.; KING, D.; CARSON, V. B. **Handbook of religion and health**. 2 nd. Ed. Oxford University Press, 2012.

KOENIG, H. G.; PARKERSON, G. R.; MEADOR, K. G. Religion Index for Psychiatric Research. **The American Journal of Psychiatry**, v. 153, n. 6, p. 885-886, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.154.6.885b>

KRAH, E.; KRUIJF, J. de; RAGNO, L. Integrating Traditional Healers into the Health Care System: Challenges and Opportunities in Rural Northern Ghana. **Journal of Community Health**, v. 43, p. 157-163, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10900-017-0398-4>

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 3, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQkrZ4X7KxNrhvwjTB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 mai.2023

LAPLANTINE, F. **Aprender etnopsiquiatria**. Trad. R. A. Vasques. Brasiliense. 1988.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 3. ed. Trad. Valter Lelis Siqueira. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LESKOWITZ, E. Mesmer reconsidered: from animal magnetism to the biofield. **Explore**, v. 15, n. 2, p. 95-97, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.12.010>

LEWGOY, B. Chico Xavier e a cultura brasileira. **Revista de Antropologia**, n. 1, p. 53-116, 2001.

LI, S.; KUBZANSKY, L. D.; VANDERWEELE, T. J. Religious service attendance, divorce, and remarriage among US nurses in mid and late life. **PLoS One**, v. 13, n. 12, e0207778, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207778>

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. **Behavior Research and Therapy**, v. 33, n. 3, p. 335-343, 1995. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

LUCCHETTI, A. L. G.; LUCCHETTI, G.; LEÃO, F. C.; PERES, M. F. P.; VALLADA, H. 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, p. 404-421, 2015a. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9478-z>

LUCCHETTI A. L. G.; PERES M. F. P.; VALLADA, H. P.; LUCCHETTI, G. Spiritual Treatment for Depression in Brazil: An Experience From Spiritism. **Explore**,

The Journal of Science & Healing, v. 11, n. 5, p. 377-386, 2015b. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.07.002>

LUCCHETTI, G.; AGUIAR, P. R. D. C.; BRAGHETTA, C. C.; VALLADA, C. P.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; VALLADA, H. Spiritist Psychiatric Hospitals in Brazil: Integration of Conventional Psychiatric Treatment and Spiritual Complementary Therapy. **Culture, Medicine, and Psychiatry**, v. 36, p. 124-135, 2012a. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11013-011-9239-6>

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; PERES, M. F.; LEÃO, F. C.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). **Journal of Religion and Health**, v. 51, p. 579-586, 2012b. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9429-5>

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, 2021. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i26.7620>

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; BASSI, R. M.; NOBRE, M. R. S. Complementary Spiritist Therapy: Systematic Review of Scientific Evidence. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1155/2011/835945>

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. **São Paulo Medical Journal**, n. 131, p. 112-122, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-31802013000100022>

LYNCH, D. W. **Patient satisfaction with Spiritist healing in Brazil**. 1996. Dissertation. (Master of Arts Anthropology) - The University of Tennessee, Knoxville.

MACHADO, W. de L.; BANDEIRA, D. R. Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. **Estudos de Psicologia**, v. 29, n. 4, p. 587-595, 2012.

MARTINS, E. L. M.; SALAMENE, L. C.; LUCCHETTI, A. L. G.; LUCCHETTI, G. The role of positive behaviors, attitudes and virtues in the mental health of community-dwelling older adults: A 1-year follow-up study. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 154, 110721, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110721>

MATOS, L. C.; MACHADO, J. P.; MONTEIRO, F. J.; GRETEN, H. J. Perspectives, Measurability and Effects of Non-Contact Biofield-Based Practices: A Narrative Review of Quantitative Research. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 12, p. 6397, 2021.

MAVROGENIS, A. F.; QUAILE, A.; SCARLAT, M. M. The good, the bad and the rude peer-review. **International Orthopaedics**, v. 44, p. 413-415, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00264-020-04504-1>

MCCAULEY, J.; HAAZ, S.; TARPLEY, M. J.; KOENIG, H. G.; BARTLETT, S. J. A randomized controlled trial to assess effectiveness of a spiritually-based intervention to help chronically ill adults. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, n. 1, p. 91-105, 2011. DOI: <https://doi.org/10.2190/PM.41.1.h>

MELO, L. P.; CABRAL, E. R. M; SANTOS JÚNIOR, J. A. The health-disease process: a reflection based on medical anthropology. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 4, n. 3, p. 426-432, 2009.

MENDES, A. S.; ARANTES, T. C.; MARTINS, V. E.; NICOLUSSI, A. C. Práticas integrativas, espirituais e qualidade de vida do paciente com câncer durante o tratamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, 2020.

MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, Saberes e Estruturas**: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009.

MENESES, J. S. Os protestantes que curam: uma análise dos rituais de cura entre os pentecostais. **Revista Tomo**, n. 3, p. 141-157, 2000. DOI: <https://doi.org/10.21669/tomo.v0i0.4956>

MENEZES JÚNIOR, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 36, n. 2, p. 69-76, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000200006>

MILLER, L.; BANSAL, R.; WICKRAMARATNE, P.; HAO, X.; TENKE, C. E.; WEISSMAN, M. M.; PETERSON, B. S. Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression. **JAMA Psychiatry**, v. 71, n. 2, p. 128-135, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Glossário temático**: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2018. 180 p.

MIRANDA, T. P. S.; CALDEIRA, S.; OLIVEIRA, H. F.; IUNES, D. H.; NOGUEIRA, D. A.; CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C. Intercessory Prayer on Spiritual Distress, Spiritual Coping, Anxiety, Depression and Salivary Amylase in Breast Cancer Patients During Radiotherapy: Randomized Clinical Trial. **Journal of Religion and Health**, v. 59, p. 365-380, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00827-5>

MONTERO, P. **Da doença à desordem**: a magia na umbanda. Graal, 1985. 285 p.

MONTERO, P.; ANTUNES, H. F. A diversidade religiosa e não religiosa nas categorias censitárias do IBGE e suas leituras na mídia e produção acadêmica. **Debates do NER**, n. 38, p. 339-373, 2020.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; ALMEIDA, A. A. S. de; LOTUFO NETO, F. History of 'Spiritist madness' in Brazil. **History of Psychiatry**, v. 16, n. 1, p. 5-25, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1177/0957154X05044602>

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 2, p. 176-182, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255>

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PERES, M. F.; ALOE, F.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Portuguese version of Duke Religious Index – DUREL. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

MOSQUEIRO, B. P.; CALDIERARO, M. A.; MESSINGER, M.; COSTA, F. B. P.; PETEET, J. R.; FLECK, M. P. A. Religiosity, spirituality, suicide risk and remission of depressive symptoms: a 6-month prospective study of tertiary care Brazilian patients. **Journal of Affective Disorders**, v. 279, p. 434-442, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.028>

NAJAFABADI, A. T., P.; SAEED, M. P. A k-Inflated Negative Binomial Mixture Regression Model: Application to Rate-Making Systems. **Asia-Pacific Journal of Risk and Insurance**, v. 12, n. 2, p. 1-31, 2018.

NOLNA, S. K.; NTONÈ, R.; MBARGA, N. F.; MBAINDA, S.; MUTANGALA, W.; BOUA, B.; NIBA, M.; OKOKO, A. Integration of Traditional Healers in Human African Trypanosomiasis Case Finding in Central Africa: A Quasi-Experimental Study. **Tropical Medicine and Infectious Disease**, v. 5, p. 172, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/tropicalmed5040172>

NORTJE, G.; OLADEJI, B.; GUREJE, O.; SEEDAT, S. Effectiveness of traditional healers in treating mental disorders: a systematic review. **Lancet Psychiatry**, v. 3, p. 154-170, 2016.

NOVAES, C. S. **A influência da Terapia Complementar Espírita sobre a qualidade de vida e a autopercepção de saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

OTTO, R. **O sagrado**: os aspectos irracionais na noção do divino e sua relação com o racional. Trad. Walter O. Schlupp. Petrópolis: Vozes, 2007. 224 p.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **The BMJ**, v. 372, n. 71, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

PENBERTHY, J. K.; WILLIAMS, S.; HOOK, J. N.; LE, N.; BLOCH, J.; FORSYTH, J.; PENBERTHY, J. M.; GERMANO, D.; SCHAEFFER, K.; SCHORLING, J. Impact of a Tibetan Buddhist meditation course and application of related modern contemplative practices on college students' psychological well-being: A pilot study. **Mindfulness**, v. 8, n. 4, p. 911-919, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0665-y>

PERES, M. F. P.; OLIVEIRA, A. B.; LEÃO, F. C.; VALLADA, H.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Religious landscape in Brazil: Comparing different

- representative nationwide approaches to obtain sensitive information in healthcare research. **SSM – Population Health**, v. 6, p. 85-90, 2018.
- PETERMAN, J. S.; LABELLE, D. R.; STEINBERG, L. Devoutly anxious: the relationship between anxiety and religiosity in adolescence. **Psychology of Religion and Spirituality**, v. 6, n. 2, p. 113-122, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0035447>
- PETERS, M. D. *et al.* Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. **JBI Evidence Synthesis**, 2020.
- PHAM, T. V.; KOIRALA, R.; WAINBERG, M. L.; KOHRT, B. A. Reassessing the Mental Health Treatment Gap: What Happens if We Include the Impact of Traditional Healing on Mental Illness? **Community Mental Health Journal**, v. 57, p. 777-791, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00705-5>
- PINTO, E. C. P.; PINTO, J. R. R.; CALIO, Z.; PICARELLI, H.; PERES, M. F. P.; REIS, A. C. Effect of the mediumistic painting in the temporomandibular disorders, anxiety and sleep disturbances. **Advances in Tissue Engineering & Regenerative Medicine**, v. 5, n. 3, p. 68-72, 2019.
- PIRES, J. H. **Introdução à Filosofia Espírita**. 2. ed. São Paulo: FEESP, 1993.
- PLAUTO, M. S. B. de C.; CAVALCANTI, C. C. F.; JORDÁN, A. de P. W.; BARBOSA, L. N. F. Spirituality and quality of life of physicians who work with the finitude of life. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 1, e043, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210322>
- PRAMESONA, B. A.; TANEEPANICHSKUL, S. The effect of religious intervention on depressive symptoms and quality of life among Indonesian elderly in nursing homes: A quasi-experimental study. **Clinical Interventions in Aging**, v. 13, p. 473-483, 2018.
- PRÉCOMA, D. B. *et al.* Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2019. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf> . Acesso em: 28 out.2023.
- PRIETO-URSÚA, M.; JÓDAR, R. Finding Meaning in Hell. The Role of Meaning, Religiosity and Spirituality in Posttraumatic Growth During the Coronavirus Crisis in Spain. **Frontiers in Psychology**, v. 11, 567836, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567836>
- PUCHALSKI, C. M.; KING, S. D.; FERRELL, B. R. Spiritual considerations. **Hematology/Oncology Clinics**, v. 32, n. 3, p. 505-517, 2018.
- R CORE TEAM. R. **A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2022. Disponível em: <http://www.R-project.org/>. Acesso em: 10 mar. 2023.

RABELO, M. C. M. Religião e Cura: Algumas Reflexões Sobre a Experiência Religiosa das Classes Populares Urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 316-325, 1993.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf>. Acesso em 12 abr. 2023.

RADIN, D.; SCHLITZ, M.; BAUR, C. Distant Healing Intention therapies: An overview of the scientific evidence. **Global Advances in Integrative Medicine and Health**, 4(suppl), p. 67-71, 2015. DOI: <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.012.suppl>

RASIC, D.; ROBINSON, J. A.; BOLTON, J.; BIENVENU, O. J.; SAREEN, J. Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. **Journal of Psychiatric Research**, v. 45, p. 848-854, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.014>

RASSOULIAN, A.; GAIGER, A.; LOEFFLER-STASTKA, H. Gender Differences in Psychosocial, Religious, and Spiritual Aspects in Coping: A Cross-Sectional Study with Cancer Patients. **Women's Health Reports**, v. 2, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1089/whr.2021.0012>

RIBEIRO, M. A. L. Cuidar nos terreiros: análise das interpretações dos adeptos umbandistas sobre o vídeo veiculado pela Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde, em Teresina-PI. In: ANDRADE, J. T.; MELLO, M. L.; HOLANDA, V. M. S. (orgs.). **Saúde e cultura: diversidades terapêuticas e religiosas**. EdUECE, 2015. p. 88-112. Disponível em: <https://www.uece.br/eduece/wp-content/uploads/sites/88/2013/07/SAUDE-E-CULTURA-DIVERSIDADES-TERAPEUTICAS-E-RELIGIOSAS.pdf>. Acesso em: 12 maio 2023.

RIGBY, R. A.; STASINOPOULOS, D. M. Generalized additive models for location, scale and shape. **Journal of the Royal Statistical Society (Applied Statistics)**, v. 54, n. 3, p. 507-554, 2005. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3592732>. Acesso em: 12 mar.2023.

ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011.

ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Validity of the Brazilian version of WHOQOL-BREF in depressed patients using Rasch modelling. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000100019>

ROSA, L. B. D. **O Kardecismo em São Paulo e as experiências de cura**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ROSSATO, L.; CUNHA, V. F.; PANOBIANCO, M. S.; SENA, B. T. S. ; SCORSOLINI-COMIN, F. Religiosidade/espiritualidade na perspectiva de graduandos de enfermagem: relato de experiência grupal. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 9, n. 2, p. 1-11, 2021.

ROSSATO, L.; ULLÁN, A. M.; SCORSOLINI-COMIN, F. Religious and spiritual practices used by children and adolescents to cope with cancer. **Journal of Religion and Health**, v. 60, p. 4167-4183, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01256-z>

RUBIK, B. The Biofield Hypothesis: its Biophysical Basis and role in Medicine. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 8, n. 6, 2002. <https://doi.org/10.1089/10755530260511711>

RUBIK, B.; MUEHSAM, D.; HAMMERSCHLAG, R.; JAIN, S. Biofield Science and Healing: History, Terminology, and Concepts. **Global Advances Health in Medicine**, v.4 (suppl), p. 8-14, 2015. DOI: <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.038.suppl>

RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 57, n. 6, p. 1069-1081, 1989.

SAAD, M.; LUCCHETTI, G.; PERES, M. F. P.; MEDEIROS, R. Toward the Concept of ‘Spiritist Chaplaincy’. **Journal of Religion and Health**, v. 54, p. 1460-1469, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0011-z>

SAAD, M.; MOSINI, A.; MEDEIROS, R. Spiritist Complementary Therapies-Ways for Future Integration to Medicine. **Current Research in Complementary & Alternative Medicine**, v. 110, 2017. DOI: <https://doi.org/10.29011/CRCAM-110/100010>

SAMPAIO, J. A. **Experiência espiritual no contexto do acolhimento à pessoa em uso abusivo de drogas e sua família: uma ação integrada à clínica ampliada na estratégia saúde da família**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SANCHEZ, Z. V. D. M. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas**. 2006. Tese (Doutorado em Psicobiologia) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

SANCHIS, P. Pluralismo, transformação, emergência do indivíduo e de suas escolhas. *In: A grande transformação do campo religioso brasileiro*. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos (on-line)**, n. 400, 2012.

SANTOS, A. C. B.; SILVA, A. F.; SAMPAIO, D. L.; SENA, L. X.; GOMES, V. R.; LIMA, V. L. A. Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. **Revista NUFEN**, Belém, n. 2, p. 11-20, 2012.

SANTOS, F. C.; MACIEIRA, T. G. R.; YAO, Y.; HUNTER, S.; MADANDOLA, O. O.; CHO, H.; BJARNADOTTIR, R. I.; LOPEZ, K. D.; WILKIE, D. J.; KEENAN, G. M. Spiritual Interventions Delivered by Nurses to Address Patients’ Needs in Hospitals

or Long-Term Care Facilities: a systematic review. **Journal of Palliative Medicine**, v. 25, n. 4, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0578>

SANTOS, J. K. V. O movimento doutrinário e religioso Vale do Amanhecer como importante atrativo turístico da região administrativa de Planaltina e Brasília-DF. **Semana Acadêmica Revista Científica**, v. 11, 2023.

SANTOS, M. S. **Acesso à saúde e perfil diagnóstico em pacientes atendidos em grupo de tratamento espiritual para depressão**. 2022. Dissertação. (Mestrado em Psiquiatria) – Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.5.2022.tde-18012023-174119>. Acesso em: 15 mai. 2023.

SARRIERA, J. C.; SCHWARCZ, C.; CÂMARA, S. G. Bem-Estar Psicológico: análise fatorial da Escala de Goldberg (GHG-12) numa amostra de jovens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 293-306, 1996.

SCALON, E. F.; SCORSOLINI-COMIN, F.; MACEDO, A. C. A Compreensão dos Processos de Saúde-Doença em Médiuns de Incorporação da Umbanda. **Subjetividades**, Fortaleza, v. 20, n. 2, e10003, 2020. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i2.e10003>

SCHIENLE, A.; GREMSL, A.; WABNEGGER, A. Placebo Effects in the Context of Religious Beliefs and practices: A Resting-State Functional Connectivity Study. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, v. 15, 653359, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2021.653359>

SCORSOLINI-COMIN, F. Escuta é perfume: por uma clínica etnopsicológica. In: SCORSOLINI-COMIN, F.; BAIIRÃO, J. F. M. H. (orgs.). **Etnopsicologia e saúde**. São Carlos: Pedro e João Editores, 2023. p. 55-78.

SCORSOLINI-COMIN, F.; BAIIRÃO, J. F. M. H. (orgs). **Etnopsicologia e saúde**. São Carlos: Pedro e João Editores, 2023. <https://doi.org/10.51795/9786526504376>

SCORSOLINI-COMIN, F.; PATIAS, N. D.; COZZER, A. J.; FLORES, P. A. W.; HOHENDORFF, J. V. Mental health and coping strategies in graduate students in the COVID-19 pandemic. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, e3491, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5012.3491>

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Avaliação do Bem-Estar Subjetivo (BES): Aspectos Conceituais e Metodológicos. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 44, n. 3, p. 442-448, 2010.

SEMPLONIUS, T.; GOOD, M.; WILLOUGHBY, T. Religious and non-religious activity engagement as assets in promoting social ties throughout university: the role of emotion regulation. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 44, p. 1592–1606, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0200-1>

SILVA, B. N. S.; CAMPOS, L. A.; SILVA, W. R.; MARÔCO, J.; CAMPOS, J. A. D. B. Propriedades psicométricas da Satisfaction with Life Scale em adultos jovens

brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, e00169020, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00169020>

SILVA, L. M. F.; SCORSOLINI-COMIN, F. Na sala de espera do terreiro: uma investigação com adeptos da umbanda com queixas de adoecimento. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. e190378, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190378>

SILVA, S. L. A.; TORRES, J. L.; PEIXOTO, S. V. Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 783-792, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.15462018>

SMITH, T. B.; MCCULLOUGH, M. E.; POLL, J. Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. **Psychological Bulletin**, v. 129, n. 4, p. 614–636, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.4.614>

SOCIEDADE DE DIVULGAÇÃO ESPÍRITA AUTA DE SOUZA (ed). **Compreendendo a dor humana**. Taguatinga: Auta de Souza, 2008. 416 p.

SOCIEDADE DE DIVULGAÇÃO ESPÍRITA AUTA DE SOUZA (ed). **Corrente magnética: o magnetismo aplicado à desobsessão**. Taguatinga: Auta de Souza, 2012. 416 p.

SOCIEDADE DE DIVULGAÇÃO ESPÍRITA AUTA DE SOUZA. **Passe: caridade ensinada por Jesus**. Taguatinga/DF: Sociedade de Divulgação Espírita Auta de Souza, 2016. 384 p.

SOLERA-DEUCHAR, L.; MUSSA, M. I.; ALI, S. A.; HAJI, H. J.; MCGOVERN, P. Establishing views of traditional healers and biomedical practitioners on collaboration in mental health care in Zanzibar: a qualitative pilot study. **International Journal of Mental Health Systems**, n.1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-020-0336>

SPILMAN, S.K.; NEPPL, T. K.; DONNELLAN, M. B.; SCHOFIELD, T. J.; CONGER, R. D. Incorporating religiosity into a developmental model of positive family functioning across generations. **Developmental Psychology**, v. 49, n. 4, p. 762-774, 2013.

STASINOPOULOS, D. M.; RIGBY, R. A. Generalized additive models for location scale and shape (GAMLSS) in R. **Journal of Statistical Software**. v. 23, n. 7, 2007. <http://www.jstatsoft.org/v23/i07>.

STASINOPOULOS, D. M.; RIGBY, R. A.; HELLER, G.; VOUDOURIS, V.; DE BASTIANI, F. **Flexible Regression and Smoothing: Using GAMLSS in R**. Chapman and Hall/CRC. 2017.

STERNTHAL, M. J.; WILLIAMS, D. R.; MUSICK, M. A.; BUCK, A. C. Depression, anxiety, and religious life: a search for mediators. **Journal of Health and Behavior**, v. 51, n. 3, p. 343-359, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022146510378237>

- STROPPA, A.; COLUGNATI, F. A.; KOENIG, H. G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity, depression, and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 40, p. 238-243, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2365>
- SUZUKI, S. M.; SCORSOLINI-COMIN, F. Mediunidade e desenvolvimento humano: uma investigação com médiuns espíritas de Uberaba-MG, Brasil. **Memorandum**, Belo Horizonte, v. 38, p. 1-23, 2021.
- TAUNAY, T. C. D.; GONDIM, F. A. A.; MACÊDO, D. S.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; GURGEL, L. A.; ANDRADE, L. M. S.; CARVALHO, A. F. Validity of the Brazilian version of the Duke Religious Index (DUREL). **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 39, n. 4, p.130-135, 2012.
- TEDRUS, G. M. A. S.; FONSECA, L. C.; HÖEHR, G. C. Spirituality aspects in patients with epilepsy. **Seizure**, v. 23, p. 25-28, 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.seizure.2013.09.005>
- THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, p. 551-558, 1998.
- TOLEDO, L. C. de; CAMPOS, C. R. Burnout syndrome, life satisfaction, self-esteem and optimism of university professors during remote teaching. **EDUR Educação em Revista**, v. 39, e39136, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-469839136t>
- VAN DER WATT, A. S. J., VAN DE WATER, T., NORTJE, G., OLADEJI, B. D., SEEDAT, S., GUREJE, O. The perceived effectiveness of traditional and faith healing in the treatment of mental illness: a systematic review of qualitative studies. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, n. 53, p. 555-566, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1519-9>
- VAN DER WEELE, T. J.; LI, S.; KAWACHI, I. Religious service attendance and suicide rates. **JAMA Psychiatry**, v. 74, n. 2, p. 197-198, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2780>
- VAN DER WEELE, T. J.; LI, S.; TSAI, A. C.; KAWACHI, I. Association Between Religious Service Attendance and Lower Suicide Rates Among US Women. **JAMA Psychiatry**, v. 73, p. 845-851, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1243>
- VERMANDERE, M.; WARMENHOVEN, F.; VAN SEVEREN, E.; DE LEPELEIRE, J.; AERTGEERTS, B. Spiritual history taking in palliative home care: A cluster randomized controlled trial. **Palliative Medicine**, v. 30, n. 4, p. 338-350, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216315601953>
- 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, 2014.

VITORINO, L. M.; LUCCHETTI, G.; LEÃO, F. C.; VALLADA, H.; PERES, M. F. P. The association between spirituality and religiousness and mental health. **Scientific Reports**, v. 8, p. 17233, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-35380-w>

WENDT, G. W.; COSTA, A. B.; POLETTO, M.; CASSEPP-BORGES, V.; DELLAGLIO, D. D.; KOLLER, S. H. Stressful events, life satisfaction, and positive and negative affect in youth at risk. **Children and Youth Services Review**, v. 102, p. 34-41, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.04.028>

WHITFORD, H. S.; OLVER, I. N. The multidimensionality of spiritual wellbeing: peace, meaning, and faith and their association with quality of life and coping in oncology. **Psycho-Oncology**, v. 21, p. 602-610, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.1937>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive mental health action plan 2013–2030**. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**. World Health Organization, 2013.

WU, L.; KOO, M. Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, n. 31, p. 120-127, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1002/gps.4300>

XING, L.; GUO, X.; BAI, L.; QIAN, J.; CHEN, J. Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer? A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. **Medicine**, n. 35, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011948>.

YOUSOFVAND, V.; TORABI, M.; OSHVANDI, K.; KAZEMI, S.; KHAZAEI, S.; KHAZAEI, M.; AZIZI, A. Impact of a spiritual care program on the sleep quality and spiritual health of Muslim stroke patients: a randomized controlled trial. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 77, p. 102981, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2023.102981>

ZACARON, K. A. M.; SANTOS, C. S.; CORRÊA, C. P. S.; COTTA E SILVA, Y.; REIS, I. C. F.; SIMÕES, M. S.; LUCCHETTI, G. Effect of laying on of hands as a complementary therapy for pain and functioning in older women with knee osteoarthritis: A randomized controlled clinical trial. **International Journal of Rheumatic Diseases**, v. 24, n. 1, p. 36-48, 2021.

ZARZYCKA, B.; PUCHALSKA-WASYL, M. M. Can Religious and Spiritual Struggle Enhance Well-Being? Exploring the Mediating Effects of Internal Dialogues. **Journal of Religion and Health**, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-018-00755-w>

ZHANG, Q.; TANG, L.; CHEN, H.; CHEN, S.; LUO, M.; HE, Y.; LIU, M. Psychological outcomes of the systematic interventions based on the stress-induced

situation, affective, bodily, and cognitive reactions framework for patients with lung cancer: A randomized clinical trial. **International Journal of Nursing Studies**, v. 146, 104566, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104566>

ZINNBAUER, B. J.; PARGAMENT, K. I. Religiousness and Spirituality. *In*: PALOUTZIAN, R. F.; PARK, C. L. (ed.), **Handbook of the psychology of religion and spirituality**. New York: The Guilford Press, 2005. p. 21-42.

Apêndices

Apêndice A – Questionário Sociodemográfico (Estudo 3)**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Código do Participante:		Idade:		Sexo: () M () F
Cor da pele:		() Branca () Preta () Parda () Indígena		
Orientação sexual:		() Heterossexual () Homossexual () Prefiro não responder		
Situação Conjugal:		() Casado/União estável () Solteiro () Separado/Divorciado () Viúvo		
Nível educacional:		() Nenhum () Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior () Pós-graduação		
Ocupação:		() Empregado () Autônomo () Estudante () Aposentado/Pensionista, () Do Lar () Auxílio Doença () Desempregado		
Religião/Crença Pessoal:		() Católica () Evangélica () Espírita () Afro-Brasileira () Judeu () Muçulmano () Espiritualizado sem Religião () Ateu/Agnóstico () Outras (especifique): _____		
Cidade que reside:		() Cuiabá () Várzea Grande () Interior do estado de MT () Outro estado		

Apêndice B – Roteiros semiestruturados de Entrevistas (Estudo 3)

M1

1. Quanto tempo você dedica para atividades religiosas privativas (que você faz sozinho), como oração, meditação ou estudo de livros sagrados (tipo Bíblia, etc.) ou outros livros de caráter religioso?
2. Quantas vezes por semana ou por mês você frequenta sua igreja ou grupo religioso?
3. Por qual motivo está procurando tratamento espiritual?
4. Já procurou algum tratamento médico ou outro tratamento (não médico) por esse motivo?
5. É a primeira vez que realiza este tratamento?
6. Se sim: 1. Como ficou sabendo desse tratamento? 2. O que o motivou a procurar esse tratamento?
7. Se não: 1. Quantas vezes já realizou o tratamento? Tem dificuldade em cumprir todas as etapas do tratamento? Como foi a sua experiência nos tratamentos realizados anteriormente.
8. Qual sua expectativa ao realizar esse tratamento?

M2

1. Você teve alta do tratamento ou permanece em tratamento?
2. Além da frequência às reuniões de terça e quarta-feira, você participou de alguma atividade de caridade ou outra atividade sugerida pela casa espírita?
3. Quais foram suas percepções sobre o tratamento?
4. Você percebeu mudanças após o tratamento? Se sim, quais?
5. Gostaria de comentar algum aspecto negativo do processo?
6. Recomendaria este tratamento para algum familiar ou amigo?

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido 1 – Grupo Estudo (Estudo 3)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinie ao final deste documento, em que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida ou de recusa você pode procurar a pesquisadora responsável pelo telefone: (65) 9 9962-9336.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: **Repercussões do tratamento religioso-espiritual na saúde mental e na qualidade de vida no contexto do Espiritismo.**

Responsável pela pesquisa: Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da Cunha.

Endereço e telefone para contato: Av. Santos Dumont s/nº Bloco II, Cidade Universitária, Cáceres/MT.

Telefone de contato: (65) 9 9962-9336, E-mail: carolinaohara@usp.br

Equipe de pesquisa: Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin

Telefone de contato: (16) 9 9151-3850, E-mail: fabio.scorsolini@usp.br

Esta pesquisa irá avaliar a influência de tratamentos espirituais na qualidade de vida e na satisfação de vida de frequentadores de centros espíritas.

As informações da pesquisa serão coletadas através do preenchimento de questionários e entrevistas gravadas. Poderão participar do estudo qualquer pessoa com idade igual ou superior a 18 anos de idade que procure o centro espírita participante para a realização de tratamento espiritual e que realizem o tratamento de, no mínimo, quatro semanas de duração. Serão excluídas da pesquisa pessoas que não completarem o tratamento proposto ou que recusarem, a qualquer momento, participar da pesquisa.

Para a realização desta pesquisa você deverá participar de dois momentos diferentes, no início e após a realização do tratamento espiritual. A pesquisa compreende o preenchimento alguns formulários e entrevista com gravação do áudio realizada pela pesquisadora. Os formulários são compostos por perguntas claras e de simples entendimento para a coleta de dados. São perguntas sobre dados socioeconômicos, situação de saúde, qualidade de vida, satisfação de vida, entre outras. E as entrevistas serão sobre os motivos da sua procura por tratamento espiritual e suas percepções após o tratamento.

A pesquisa poderá eventualmente oferecer alguns tipos de riscos e também benefícios. Os possíveis riscos são:

1. Acanhamento gerado durante a entrevista devido aos questionamentos. Ansiedade, estresse, desequilíbrio em seu bem-estar durante a entrevista;
2. Desconforto em compartilhar informações pessoais e opinião;
3. Dificuldade em entender as perguntas da entrevista e possível constrangimento pela pouca familiaridade com o conteúdo e os termos abordados na entrevista;
4. Insatisfação ao participar da pesquisa no que se refere ao tempo dispendido para responder à entrevista.

Diante dos riscos apresentados, serão tomadas as seguintes medidas para prevenir ou evitá-los:

1. Para priorizar o conforto, maior bem-estar e sua privacidade na pesquisa, os dados da pesquisa serão coletados em sala reservada pelo centro espírita, portanto você não estará exposto aos demais frequentadores do centro espírita durante a coleta dos dados;
2. Em casos de ocorrência de alguma perturbação emocional durante a coleta dos dados (questionários ou entrevista), a pesquisadora tentará lhe acalmar e oferecer um tempo para reavaliar se quer continuar a participar da pesquisa;
3. Ou ainda, você poderá deixar de responder as perguntas e encerrar sua participação na pesquisa a qualquer tempo;
4. A pesquisadora não te induzirá durante a coleta dos dados, nem o repreenderá pelas respostas fornecidas, respeitando as informações e opiniões concedidas;
5. Serão resguardados os seus direitos de privacidade e proteção da identidade (anonimato), confidencialidade das informações, evitando qualquer forma de exposição ou constrangimento, isto porque, em nenhum momento serão divulgados os seus nomes, sendo que os mesmos serão identificados por código alfanumérico (P1, P2, P3...) nos questionários e nas gravações das entrevistas.
6. Caso você tenha dificuldade em responder ao roteiro de perguntas da entrevista a pesquisadora auxiliará na compreensão, tirando-lhe dúvidas sobre o entendimento da pergunta feita, sem induzir resposta;
7. Será respeitado o tempo necessário para você preencher os formulários e responder a entrevista, e se você se queixar de cansaço ou outra insatisfação a pesquisadora finalizará a coleta das informações;
8. Os pesquisadores serão habilitados ao método de coleta, além de estarem atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto, podendo sugerir a interrupção da coleta se perceber algum desconforto;
9. Você terá a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas sobre o projeto de pesquisa a partir da leitura do TCLE, feita pela pesquisadora, e terá todo o tempo necessário para decidir sobre sua participação, ou não, na pesquisa. Você terá o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento em que desejar, sem prejuízo algum por isso.
10. Será oportunizado aos participantes o acesso aos resultados individuais e coletivos da pesquisa.

Sobre os benefícios é necessário dizer que esta pesquisa não promove benefícios diretos ao participante, mas estará contribuindo com a produção de conhecimentos que permitem a divulgação das práticas de saúde que são promovidas pelos centros espíritas, contribuindo para uma desmistificação desses ambientes de cuidado. Contribuirá também com os profissionais de saúde que podem se beneficiar desses conhecimentos para poder integrá-los para pacientes que participem dessa religião. Portanto, os benefícios serão para a ciência e sociedade, após o conhecimento e divulgação deste trabalho.

Sua participação é voluntária, caso você aceite participar da pesquisa não receberá nenhum valor em dinheiro pela sua participação e também não irá pagar nada por isso. Nós garantimos total sigilo e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da realização da pesquisa, sem qualquer prejuízo e penalidade à você. Se você aceitar participar, por favor, assine todas as páginas deste documento.

_____ (cidade), _____ de _____ de 20__.

Nome _____

Endereço: _____

RG/ou CPF _____

Assinatura do sujeito: _____

Responsável pela Pesquisa: _____

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido 2 – Grupo Controle (Estudo 3)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, em que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida ou de recusa você pode procurar a pesquisadora responsável pelo telefone: (65) 9 9962-9336.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: **Repercussões do tratamento religioso-espiritual na saúde mental e na qualidade de vida no contexto do Espiritismo Kardecista.**

Pós-graduação Enfermagem Psiquiátrica – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Responsável pela pesquisa: Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da Cunha.

Endereço e telefone para contato: Av. Santos Dumont s/nº Bloco II, Cidade Universitária, Cáceres/MT.

Telefone de contato: (65) 9 9962-9336, E-mail: carolinaohara@usp.br

Equipe de pesquisa: Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin

Telefone de contato: (16) 9 9151-3850, E-mail: fabio.scorsolini@usp.br

Esta pesquisa irá avaliar a influência de tratamentos espirituais na qualidade de vida e na satisfação de vida de frequentadores de centros espíritas kardecistas. Entretanto, sua participação nesta pesquisa será para o GRUPO CONTROLE, ou seja, grupo de pessoas que não participarão do tratamento espiritual.

Poderão participar do estudo qualquer pessoa com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em Cuiabá, Várzea Grande e/ou região metropolitana. O PARTICIPANTE NÃO PODERÁ participar de qualquer atividade em centros espíritas durante a participação nesta pesquisa.

Para a realização desta pesquisa você deverá participar de dois momentos diferentes, no início e após 4 semanas. A pesquisa compreende o preenchimento alguns formulários. Os formulários são compostos por perguntas claras e de simples entendimento para a coleta de dados. São perguntas sobre dados socioeconômicos, situação de saúde, qualidade de vida, satisfação de vida, entre outras.

A pesquisa poderá eventualmente oferecer alguns tipos de riscos e também benefícios. Os possíveis riscos são:

1. Desconforto em compartilhar informações pessoais e opinião;
2. Dificuldade em entender as perguntas e possível constrangimento pela pouca familiaridade com o conteúdo e os termos abordados;
3. Insatisfação ao participar da pesquisa no que se refere ao tempo dispendido para responder.

Diante dos riscos apresentados, serão tomadas as seguintes medidas para prevenir ou evitá-los:

1. Para priorizar o conforto, maior bem-estar e sua privacidade na pesquisa, os dados da pesquisa serão coletados de forma online;

2. Em caso de perturbação emocional, você poderá deixar de responder as perguntas e encerrar sua participação na pesquisa a qualquer tempo;

3. Serão resguardados os seus direitos de privacidade e proteção da identidade (anonimato), confidencialidade das informações, evitando qualquer forma de exposição ou constrangimento, isto porque, em nenhum momento serão divulgados os seus nomes, sendo que os mesmos serão identificados por código alfanumérico (C1, C2, C3...) nos questionários;

4. Será respeitado o tempo necessário para você preencher os formulários;

5. Você terá a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas sobre o projeto de pesquisa a partir da leitura do TCLE, e terá todo o tempo necessário para decidir sobre sua participação, ou não, na pesquisa. Você terá o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento em que desejar, sem prejuízo algum por isso;

6. Será oportunizado aos participantes o acesso aos resultados individuais e coletivos da pesquisa.

Sobre os benefícios é necessário dizer que esta pesquisa não promove benefícios diretos ao participante, mas estará contribuindo com a produção de conhecimentos que permitem a divulgação das práticas de saúde que são promovidas pelos centros espíritas, contribuindo para uma desmistificação desses ambientes de cuidado. Contribuirá também com os profissionais de saúde que podem se beneficiar desses conhecimentos para integrá-los a pacientes que participem dessa religião. Portanto, os benefícios serão para a ciência e sociedade, após o conhecimento e divulgação deste trabalho.

Sua participação é voluntária, caso você aceite participar da pesquisa não receberá nenhum valor em dinheiro pela sua participação e também não irá pagar nada por isso. Nós garantimos total sigilo e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da realização da pesquisa, sem qualquer prejuízo e penalidade a você. Se você aceitar participar, por favor, preencha este documento.

Cuiabá, _____ de _____ de 2022.

Nome _____

Telefone: (____) _____

Endereço: _____

RG/ou CPF _____

Assinatura do participante: _____

Responsável pela Pesquisa: _____

Apêndice E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido 2 (Estudo 4)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinale a alternativa “ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA” ao final deste documento. Uma cópia deste documento será enviada ao e-mail descrito acima.

Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida ou de recusa você pode procurar a pesquisadora responsável pelo telefone: (65) 9 9962-9336.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: **Repercussões do tratamento religioso-espiritual na saúde mental e na qualidade de vida no contexto do Espiritismo.**

Responsável pela pesquisa: Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da Cunha.

Endereço e telefone para contato: Av. Santos Dumont s/nº Bloco II, Cidade Universitária, Cáceres/MT.

Telefone de contato: (65) 9 9962-9336, E-mail: carolinaohara@usp.br

Equipe de pesquisa: Prof. Dr. Fabio Scorsolini-Comin

Telefone de contato: (16) 9 9151-3850, E-mail: fabio.scorsolini@usp.br

Esta pesquisa irá conhecer as possibilidades terapêuticas oferecidas às pessoas que procuram por tratamentos espirituais em centros espíritas na região centro-oeste brasileira. As informações da pesquisa serão coletadas através do preenchimento de questionário online. Poderão participar do estudo qualquer dirigente e/ou seu representante. Serão excluídas da pesquisa, a qualquer momento, os participantes que recusarem participar da pesquisa. Para a realização desta pesquisa você deverá preencher o formulário online respondendo às perguntas sobre o centro espírita que você dirige ou trabalha. Os formulários são compostos por perguntas claras e de simples entendimento para a coleta de dados. São perguntas sobre dados do centro espírita, tempo de funcionamento, número de trabalhadores e frequentadores, tipos de atividades, entre outras.

A pesquisa poderá eventualmente oferecer alguns tipos de riscos e também benefícios. Os possíveis riscos são:

1. Acanhamento gerado durante a entrevista devido aos questionamentos. Ansiedade, estresse em seu bem-estar durante o preenchimento;
2. Desconforto em compartilhar informações pessoais e informações;
3. Insatisfação ao participar da pesquisa no que se refere ao tempo dispendido para responder à entrevista.

Diante dos riscos apresentados, serão tomadas as seguintes medidas para prevenir ou evitá-los:

1. Para priorizar o conforto, maior bem-estar e sua privacidade na pesquisa, os dados da pesquisa serão coletados de forma online, podendo ser respondido a qualquer tempo, de acordo com sua disponibilidade;
2. Em casos de ocorrência de alguma perturbação emocional durante o preenchimento, para pausar e reavaliar se quer continuar a participar da pesquisa;
3. Ou ainda, você poderá deixar de responder as perguntas e encerrar sua participação na pesquisa a qualquer tempo;

4. A pesquisadora respeitará as informações e opiniões concedidas;
5. Serão resguardados os seus direitos de privacidade e proteção da identidade (anonimato), confidencialidade das informações, evitando qualquer forma de exposição ou constrangimento, isto porque, em nenhum momento serão divulgados os seus nomes, nem mesmo dos centros espíritas representados sendo que os mesmos serão identificados por código alfanumérico (Dirigente - D1, D2, D3...);
6. Você terá a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas sobre o projeto de pesquisa a partir da leitura do TCLE, e contato telefônico, e terá todo o tempo necessário para decidir sobre sua participação, ou não, na pesquisa. Você terá o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento em que desejar, sem prejuízo algum por isso;
7. Será oportunizado aos participantes o acesso aos resultados individuais e coletivos da pesquisa.

Sobre os benefícios é necessário dizer que esta pesquisa não promove benefícios diretos ao participante, mas estará contribuindo com a produção de conhecimentos que permitem a divulgação das práticas de saúde que são promovidas pelos centros espíritas, contribuindo para uma desmistificação desses ambientes de cuidado. Contribuirá também com os profissionais de saúde que podem se beneficiar desses conhecimentos para poder integrá-los para pacientes que participem dessa religião. Portanto, os benefícios serão para a ciência e sociedade, após o conhecimento e divulgação deste trabalho, fornecendo um mapeamento de possíveis tratamentos espirituais são oferecidos por estes centros religiosos. Sua participação é voluntária, caso você aceite participar da pesquisa não receberá nenhum valor em dinheiro pela sua participação e também não irá pagar nada por isso. Nós garantimos total sigilo e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da realização da pesquisa, sem qualquer prejuízo e penalidade à você. Se você aceitar, assinale a alternativa "ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA".

ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA

NÃO QUERO RESPONDER ESSA PESQUISA



Apêndice F – Questionário para dirigentes de centros espíritas (Estudo 4)

Pesquisa Terapias espíritas

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo conhecer as possibilidades terapêuticas oferecidas às pessoas que procuram por tratamentos espirituais em centros espíritas na região centro-oeste brasileira.

Esta pesquisa é parte da tese de doutorado da pesquisadora Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da Cunha, orientada pelo prof. Dr. Fabio Scorsolini Comin no Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP).


O tempo necessário para responder a pesquisa é de aproximadamente 15 minutos. Será apresentado a seguir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

 carolinaohara@unemat.br (não compartilhado) [Alternar conta](#) 

*Obrigatório

E-mail de contato: *

Sua resposta

Próxima  Página 1 de 4 [Limpar formulário](#)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinale a alternativa "ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA" ao final deste documento. Uma cópia deste documento será enviada ao e-mail descrito acima. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida ou de recusa você pode procurar a pesquisadora responsável pelo telefone: (65) 9 9962-9336.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: Repercussões do tratamento religioso-espiritual na saúde mental e na qualidade de vida no contexto do Espiritismo Kardecista.

Responsável pela pesquisa: Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da Cunha.

Endereço e telefone para contato: Av. Santos Dumont s/nº Bloco II, Cidade Universitária, Cáceres/MT.

Telefone de contato: (65) 9 9962-9336, E-mail: carolinaohara@usp.br

Equipe de pesquisa: Prof. Dr. Fabio Scorsolini Comin

Telefone de contato: (16) 9 9151-3850, E-mail: fabio.scorsolini@usp.br

Esta pesquisa irá conhecer as possibilidades terapêuticas oferecidas às pessoas que procuram por tratamentos espirituais em centros espíritas na região centro-oeste brasileira. As informações da pesquisa serão coletadas através do preenchimento de questionário online. Poderão participar do estudo qualquer dirigente e/ou seu representante. Serão excluídas da pesquisa, a qualquer momento, os participantes que recusarem participar da pesquisa. Para a realização desta pesquisa você deverá preencher o formulário online respondendo às perguntas sobre o centro espírita que você dirige ou trabalha. Os formulários são compostos por perguntas claras e de simples entendimento para a coleta de dados. São perguntas sobre dados do centro espírita, tempo de funcionamento, número de trabalhadores e frequentadores, tipos de atividades, entre outras.

Sobre os benefícios é necessário dizer que esta pesquisa não promove benefícios diretos ao participante, mas estará contribuindo com a produção de conhecimentos que permitem a divulgação das práticas de saúde que são promovidas pelos centros espíritas kardecistas, contribuindo para uma desmistificação desses ambientes de cuidado. Contribuirá também com os profissionais de saúde que podem se beneficiar desses conhecimentos para poder integrá-los para pacientes que participem dessa religião. Portanto, os benefícios serão para a ciência e sociedade, após o conhecimento e divulgação deste trabalho, fornecendo um mapeamento de possíveis tratamentos espirituais são oferecidos por estes centros religiosos. Sua participação é voluntária, caso você aceite participar da pesquisa não receberá nenhum valor em dinheiro pela sua participação e também não irá pagar nada por isso. Nós garantimos total sigilo e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da realização da pesquisa, sem qualquer prejuízo e penalidade à você. Se você aceitar, assinale a alternativa "ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA".

Concorda em participar desta pesquisa? *

- ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA
- NÃO QUERO RESPONDER ESSA PESQUISA

[Voltar](#)

[Próxima](#)

Página 2 de 4 [Limpar formulário](#)

Informações sobre o Dirigente ou respondente

O respondente deste questionário é o dirigente do centro espírita? *

- Sim
- Não

Nome do dirigente/presidente do centro espírita:

Sua resposta

Tempo (em anos) como dirigente ou trabalhador da casa : *

0

Caso você não seja o dirigente, que atividade exerce no centro/casa espírita?

Sua resposta

Nome do respondente (somente caso não seja o dirigente):

Sua resposta

[Voltar](#)

[Próxima](#)

 Página 3 de 4 [Limpar formulário](#)

Informações sobre o Centro Espírita

Nome da instituição: *

Sua resposta

Endereço:

Sua resposta

Cidade/Estado:

Sua resposta

Telefone de contato (com DDD):

Sua resposta

Possui WhatsApp no telefone citado acima?

- Sim
- Não

Possui página na internet? Se sim, qual o endereço?

Sua resposta _____

Utiliza redes sociais para divulgar as atividades?

- Sim
- Não

Se respondeu "Sim" pergunta anterior, quais redes sociais utiliza?

- WhatsApp
- Instagram
- Facebook
- Twitter
- Outro: _____

Data de fundação do centro espírita:

Sua resposta _____

Número médio de trabalhadores frequentes* que possui atualmente:

*Considerar trabalhador frequente aquele que exerce ao menos uma atividade semanal com regularidade.

Sua resposta _____

Quais são os motivos que os frequentadores relatam ao procurar auxílio ou recursos no centro espírita que você trabalha? (Assinalar quantas opções julgar necessário).

- Problemas familiares
- Problemas conjugais (separação)
- Problemas de saúde física
- Problemas de saúde mental
- Problemas no trabalho
- Dificuldades espirituais/mediúnicas
- Vício em álcool
- Vício em drogas ilícitas
- Obsessão
- Não sei responder
- Prefiro não responder
- Outro: _____

Entre os problemas de saúde física e mental relatados a seguir, quais são os mais frequentes no centro espírita que você trabalha? (Assinalar quantas opções julgar necessário).

- Câncer
- Dores físicas
- Infertilidade (dificuldade para engravidar)
- Depressão
- Ansiedade
- Estresse
- Esquizofrenia
- Síndrome do pânico
- Não sei responder
- Prefiro não responder
- Outro: _____

Quais recursos terapêuticos são utilizados/realizados no centro espírita para pessoas que buscam por auxílio: (Assinalar quantas opções julgar necessário).

- Passe
- Água fluidificada
- Tratamento espiritual
- Cirurgia Espiritual
- Corrente magnética
- Vibração
- Prescrição de homeopatia e/ou fitoterapia
- Indicação de medicamentos produzidos pelo centro espírita
- Desobsessão
- Culto do Evangelho no Lar
- Estudo sistematizado da Doutrina espírita
- Palestra/Reunião Pública
- Leitura do Evangelho segundo o Espiritismo
- Empréstimo de livros espíritas
- Atividades de caridade
- Não sei responder
- Prefiro não responder
- Outro: _____

Quais atividades de caridade são realizadas no/pelo centro espírita que você trabalha? (Assinalar quantas opções julgar necessário).

- Doação de cestas básicas
- Doação de alimentos perecíveis (verduras/frutas)
- Distribuição de sopa para a comunidade
- Doação de roupas/calçados
- Doação de outros materiais arrecadados
- Doação de kit de maternidade (enxoval)
- Visita a enfermos em hospitais
- Visita a institucionalizados em casas de repouso/asilos
- Visita a reclusos em presídios
- Doação de alimentos e/ou roupas para pessoas em situação de rua
- Doação de livros espíritas
- Não sei responder
- Prefiro não responder
- Outras atividades

Alguns desses recursos terapêuticos são oferecidos pelo centro espírita que você trabalha? (Assinalar quantas opções julgar necessário).

- Atendimento psicológico
- Atendimento médico
- Atendimento de outro(s) profissional(ais) da saúde
- Práticas alternativas e complementares
- Não sei responder
- Prefiro não responder
- Não oferecemos nenhum recurso terapêutico além das terapias espíritas.
- Outro: _____

Caso tenha assinalado o item "Práticas alternativas e complementares", descreva quais práticas são oferecidas:

Sua resposta

O centro espírita que você trabalha faz a recomendação de busca de tratamentos de saúde biomédicos (referenciamento) quando se trata de uma situação de saúde física ou mental?

- Sim, indicamos o local de assistência de saúde do bairro/cidade.
- Sim, recomendamos que a pessoa busque um profissional de saúde habilitado, sem indicação de locais/profissionais.
- Não, não interferimos neste assunto.
- Nenhuma das alternativas acima
- Outro: _____

Quais as atividades realizadas pelo centro espírita (descrever todas as atividades realizadas com o máximo de detalhes que puder): Exemplo: Terça-feira - palestra e passe - 50 frequentadores (pessoas).

Sua resposta

Voltar

Enviar

Página 4 de 4

Limpar formulário

Anexos

Anexo 1 – Questionário Geral de Saúde (QSG-12)

Gostaríamos de saber se você tem tido algumas enfermidades ou transtornos e como tem estado sua saúde nas últimas semanas. Por favor, marque simplesmente com um X a resposta que a seu ver corresponde mais com o que você sente ou tem sentido. Lembre que queremos conhecer os problemas recentes e atuais, não os que você tenha tido no passado. **VOCÊ NAS ÚLTIMAS SEMANAS:**

1 – Tem conseguido te concentrar no que faz?

- (1) Mais do que o de costume (2) Igual ao de costume
(3) Menos que o de costume (4) Muito menos que o de costume

2 – Suas preocupações lhe têm feito perder muito sono?

- (1) Não (2) Não mais que o de costume
(3) Mais que o de costume (4) Muito mais que o de costume

3 – Tem sentido que é útil na vida?

- (1) Mais útil do que o de costume (2) Igual ao de costume
(3) Menos útil que o de costume (4) Muito menos útil que o de costume

4 – Tem se sentido capaz de tomar decisões?

- (1) Mais do que o de costume (2) Igual ao de costume
(3) Menos que o de costume (4) Muito menos que o de costume

5 – Tem notado que está constantemente agoniado/a e tenso/a (sob pressão)?

- (1) Não (2) Não mais do que o de costume
(3) Um pouco mais do que o de costume (4) Muito mais que o de costume

6 – Tem tido em prazer tuas atividades normais, do dia-a-dia?

- (1) Não (2) Não mais do que o de costume
(3) Um pouco mais do que o de costume (4) Muito mais que o de costume

7 – Tem a sensação de não poder superar as dificuldades?

- (1) Não (2) Não mais do que o de costume
(3) Um pouco mais do que o de costume (4) Muito mais que o de costume

8 – Tem sido capaz de enfrentar adequadamente os seus problemas?

- (1) Mais capaz do que o de costume (2) Igual ao de costume
(3) Menos capaz que o de costume (4) Muito menos capaz que o de costume

9 – Tem se sentido pouco feliz e deprimido/a?

- (1) Não (2) Não mais do que o de costume
(3) Um pouco mais do que o de costume (4) Muito mais que o de costume

10 – Tem perdido confiança em si mesmo?

- (1) Não (2) Não mais do que o de costume
(3) Um pouco mais do que o de costume (4) Muito mais que o de costume

11 – Tem pensado que você é uma pessoa que não serve para nada?

- (1) Não (2) Não mais do que o de costume
(3) Um pouco mais do que o de costume (4) Muito mais que o de costume

12 – Sente-se feliz considerando todas as circunstâncias?

- (1) Mais do que o de costume (2) Igual ao de costume
(3) Menos que o de costume (4) Muito menos que o de costume

Anexo 2 – Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (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	Preocupe-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

Disponível em:

<http://www2.psy.unsw.edu.au/Dass/Portuguese/DASS%2021%20Brazilian%20Portuguese%20Tucci.pdf>

Anexo 3 – Escala de Satisfação de Vida

Instruções

Abaixo você encontra cinco afirmativas. Assinale na escala abaixo de cada afirmativa o quanto ela descreve a sua situação pessoal. Não há respostas certas ou erradas, mas é importante você marcar com sinceridade como você se sente com relação a cada uma dessas afirmativas.

		Discordo Totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Nem discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo Totalmente
1	A minha vida está próxima do meu ideal.	1	2	3	4	5	6	7
2	Minhas condições de vida são excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
3	Eu estou satisfeito com a minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
4	Até agora eu tenho conseguido as coisas importantes que eu quero na vida.	1	2	3	4	5	6	7
5	Se eu pudesse viver a minha vida de novo eu não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 4 – Spirituality Self Rating Scale – SSRS

Indique o número que melhor demonstra o quanto você concorda com cada afirmação, escolhendo:

- 1 = “concordo muito”
 2 = “concordo”
 3 = “concordo parcialmente”
 4 = “discordo”
 5 = “discordo totalmente”

	Concordo muito	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente
1. É importante, para mim, passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações.					
2. Esforço-me muito para viver minha vida de acordo com minhas crenças religiosas.					
3. As orações ou os pensamentos espirituais que tenho quando estou sozinho são tão importantes para mim quanto os que teria durante cerimônias religiosas ou reuniões espirituais.					
4. Eu gosto de ler sobre minha espiritualidade e/ou minha religião.					
5. A espiritualidade ajuda a manter minha vida estável e equilibrada, da mesma forma que a minha cidadania, amizades e sociedade o fazem.					
6. Minha vida toda é baseada em minha espiritualidade.					

Anexo 5 – Duke Religious Index (DUREL)

Assinale a alternativa que mais se aplica a você atualmente.

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1. Mais do que uma vez por semana | 4. Algumas vezes por ano |
| 2. Uma vez por semana | 5. Uma vez por ano ou menos |
| 3. Duas a três vezes por mês | 6. Nunca |

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| 1. Mais do que uma vez ao dia | 4. Uma vez por semana |
| 2. Diariamente | 5. Poucas vezes por mês |
| 3. Duas ou mais vezes por semana | 6. Raramente ou nunca |

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1. Totalmente verdade para mim | 4. Em geral não é verdade |
| 2. Em geral é verdade | 5. Não é verdade |
| 3. Não estou certo | |

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1. Totalmente verdade para mim | 4. Em geral não é verdade |
| 2. Em geral é verdade | 5. Não é verdade |
| 3. Não estou certo | |

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

Anexo 6 – WHOQOL-BREF (Questionário de Qualidade de Vida - OMS versão reduzida) Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5

4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero,	1	2	3	4	5

	ansiedade, depressão?					
--	--------------------------	--	--	--	--	--

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 7 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (última versão)UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE MATO GROSSO - UNEMAT**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA****Título da Pesquisa:** REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO RELIGIOSO-ESPIRITUAL NA SAÚDE MENTAL E NA QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO DO ESPIRITISMO**Pesquisador:** CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA**Área Temática:****Versão:** 5**CAAE:** 39055820.5.0000.5166**Instituição Proponente:** UNEMAT**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 5.599.041**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma emenda de projeto anterior já aprovado por este CEP, porém a pesquisadora não incluiu ofício e outros documentos correspondentes.

O objetivo desse trabalho é analisar as repercussões de tratamentos espirituais na qualidade de vida e na satisfação de vida de frequentadores de centros espíritas kardecistas. A pesquisa será desenvolvida em centros espíritas kardecistas localizados na cidade de Cuiabá - MT e região metropolitana. Os locais para a realização do estudo serão selecionados a partir de indicações de contatos da pesquisadora a centros kardecistas que realizem os atendimentos segundo os procedimentos descritos no projeto. A coleta de dados com os participantes se dará em dois momentos distintos, denominados de Momento 1 (M1) e Momento 2 (M2). Em M1, os participantes serão abordados no primeiro dia de tratamento espiritual e após consentimento, responderão aos questionários Socioeconômico; de Saúde Geral; Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse; Escala de Satisfação de Vida; Escala de Autoavaliação da Espiritualidade; Questionário de Qualidade de vida, além de entrevistas semiestruturadas. A abordagem em M2 deverá ser feita após término do tratamento espiritual. Serão aplicados os mesmos instrumentos administrados em M1 (exceto o socioeconômico), sendo que o roteiro de entrevistas conterá perguntas acerca do tratamento realizado, dos possíveis desfechos e das percepções acerca dos atendimentos. Serão convidadas a

Endereço: Av. Tancredo Neves, 1095
Bairro: Cavanhada II **CEP:** 78.200-000
UF: MT **Município:** CACERES
Telefone: (65)3221-0087 **E-mail:** cep@unemat.br

Página 01 de 04

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE MATO GROSSO - UNEMAT

Continuação do Parecer: 5.599.041

participar do estudo pessoas que procurarem centros espíritas pré-selecionados para a realização de tratamento espiritual, tendo como critérios de exclusão indivíduos que não completem o itinerário terapêutico. Os dados codificados inicialmente em uma planilha de Excel e posteriormente transpostos para o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versão 2.0). Em relação às entrevistas aplicadas em M1 e M2, as mesmas serão transcritas na íntegra e literalmente, compondo o corpus

qualitativo.

Objetivo da Pesquisa:

Projeto original - sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto original - sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto original - sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto original - sem alterações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foi possível realizar nenhum tipo de apreciação ética, pela falta de documentos que indicassem o motivo da emenda e possíveis documentos modificados.

OBS: Para quaisquer dúvidas, especialmente em relação à pendências documentais, entrar em contato com a secretaria do CEP, presencialmente ou via e-mail cep@unemat.br

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_197033_8_E2.pdf	30/06/2022 18:49:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TRE_06_2022.docx	30/06/2022 18:06:44	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TCL_TRE_06_2022.pdf	30/06/2022 18:04:43	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito

Endereço: Av. Tancredo Neves, 1095

Bairro: Cavalhada II

CEP: 78.200-000

UF: MT

Município: CACERES

Telefone: (65)3221-0067

E-mail: cep@unemat.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE MATO GROSSO - UNEMAT



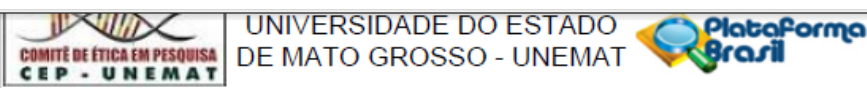
Continuação do Parecer: 5.599.041

Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INFRAESTRUTURA_Wantuil.pdf	30/06/2022 18:04:15	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_2022.docx	30/06/2022 18:03:11	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Carolina_Roberta.pdf	30/06/2022 18:02:02	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Repercussoes_TEK_11_2021.docx	02/12/2021 16:32:48	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.docx	02/12/2021 16:30:39	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	02/12/2020 11:42:11		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_compromisso_CERV_02_12_2020.pdf	02/12/2020 11:37:37	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Projeto_Doutorado_02_12_2020.pdf	02/12/2020 11:36:34	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito
Outros	CL_Fabio_Scorsolini_Comin.pdf	04/11/2020 19:13:37	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito
Outros	CL_Carolina_Ohara.pdf	04/11/2020 19:12:20	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE	Aceito

Declaração de concordância	Termo_de_Compromisso_CERV.pdf	04/11/2020 19:11:37	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura_CERV.pdf	04/11/2020 19:08:59	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito
Declaração de	Declaracao_pesquisador_Fabio.pdf	01/10/2020	CAROLINA	Aceito

Endereço: Av. Tancredo Neves, 1085
 Bairro: Cavalhada II CEP: 78.200-000
 UF: MT Município: CACERES E-mail: cep@unemat.br
 Telefone: (65)3221-0067

Página 03 de 04



Continuação do Parecer: 5.599.041

Pesquisadores	Declaracao_pesquisador_Fabio.pdf	11:41:54	ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisador_Carolina.pdf	01/10/2020 11:41:34	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	01/10/2020 11:28:56	CAROLINA ROBERTA OHARA BARROS E JORGE DA CUNHA	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CACERES, 23 de Agosto de 2022

Assinado por:
 Raul Angel Carlos Olivera
 (Coordenador(a))