



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ISADORA RODRIGUES ROSSIGNOLO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE *COPING* RELIGIOSO E ESPIRITUAL
E AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO**

Londrina
2021

ISADORA RODRIGUES ROSSIGNOLO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE *COPING* RELIGIOSO E ESPIRITUAL
E AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Hirata Soares

Londrina
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

R834a Rossignolo, Isadora Rodrigues.
Associação entre coping religioso e espiritual e as tentativas de suicídio / Isadora Rodrigues Rossignolo. - Londrina, 2021.
76 f. : il.

Orientador: Marcos Hirata Soares.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.
Inclui bibliografia.

1. Saúde mental - Tese. 2. Coping religioso - Tese. 3. Suicídio - Tese. I. Soares, Marcos Hirata. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

ISADORA RODRIGUES ROSSIGNOLO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE *COPING* RELIGIOSO E ESPIRITUAL
E AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Marcos Hirata Soares
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dra. Regina Célia Bueno Rezende
Machado
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dra. Katya Luciane de Oliveira
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 06 de dezembro de 2021.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à **Deus** pelo privilégio de me conceder a vida, pela saúde e por me permitir viver isso, mesmo com todas as dificuldades e, em meio à uma pandemia, onde muitos sofrem e poucos conquistam seus sonhos.

Ao meu orientador, **Marcos Hirata Soares**, pela parceria, por me permitir conhecer o mundo da saúde mental e por, sempre, agregar conhecimentos. Gratidão por ter me dado a oportunidade de expor o pouco que eu sabia, por acreditar nos meus sonhos e por respeitar quem eu sou, inclusive, minhas limitações. Obrigada por toda paciência, por todos os momentos de aprendizagem e por todos os lanches que ainda comeremos juntos!

Ao meu esposo **Leonardo**, que se configura em meu maior apoio e incentivador de todos os sonhos. Gratidão por todos os momentos juntos, pelas palavras de apoio, por querer me ver feliz e não medir esforços, por não me deixar desanimar, por também se esforçar (mesmo quando sabemos que não há de onde tirar forças), se reinventar a cada dia e, principalmente, por me ajudar a conquistar tudo isso. Eu te amo, parceiro de todas as vidas!

Aos meus pais, **Luis Carlos e Rosangela**, por sempre priorizarem a minha educação e, por me mostrarem que “tudo” que é conquistado com esforço, é algo mais satisfatório. Agradeço, também, por me aceitarem como filha! Agradeço ao **Pedro**, meu irmão e à minha cunhada **Danni**, por me mostrarem um mundo mais crítico e livre de preconceitos.

À minha **família**, que mesmo distante, se faz constantemente presente, em especial, minha avó **Vita** que, desde muito cedo, sempre se importou com minha educação e que sempre sonhou em ter uma neta estudiosa (e com doutorado). Estamos chegando lá, aguenta aí! À minha sobrinha, **Olivia**, que exprime traços de independência, de força e inteligência e, que é, minha maior saudade.

Aos **amigos queridos**, que mesmo distantes fisicamente, refletem o apoio e incentivo nesse momento, em especial, à grande parceira de vida/morte: **Glau**! Agradeço por ser meu suporte, inspiração e, por sempre, aceitar viver as mais loucas aventuras nesse mundo acadêmico. Estendo, também, à **Juliana Mastine**,

que também compartilha esse momento comigo e que me entende apenas com o olhar e às orações/torcidas da **Larissa Ueno**.

Aos **colegas do mestrado**, que tive o prazer de conviver virtualmente, mas não menos importantes e, que se mostraram parceiros de estudos, fortes e convictos de que ainda vale a pena insistir na educação. Em especial, à Ana Carolina, por toda paciência e cuidado comigo.

Ao **GEPPSAM** que, fortemente, agrega conteúdo, em especial, à **Fernanda Machado**, por ser solícita e por refletir conhecimentos, postura e dedicação, além de ser inspiração constante em minha vida acadêmica.

À **Sarah Nancy**, minha inspiração diária e precursora dos meus sonhos acadêmicos, eterna orientadora e amiga, que me mostrou que a luz NÃO nasceu para todas.

A **CAPES** pela concessão da bolsa e pelo incentivo econômico/acadêmico.

A **Seção de Pós-Graduação da UEL**, pela oportunidade de experienciar esse momento. Aos professores e colaboradores, minha eterna gratidão por todo conhecimento compartilhado, por todas as inovações e reajustes deste período.

À **banca**, por aceitarem o convite e por contribuírem positivamente com esse trabalho. Por todas as colocações recebidas pelas professoras **Katya** e **Regina**, por todo zelo e carinho deste momento. Não menos importantes, à banca suplente composta pelos professores **Adriano Farinasso** e **Fabiano Koich**.

Aos **amigos/colaboradores** que se dispuseram no auxílio da pesquisa e, que abriram (além das portas) o coração, em especial: Morada de Deus (Rosane, Alexandra, Marli), Meprovi (Ana, pastor Jalon, João), CAPS 2 – Rolândia (Patricia, Glorinha, Eliete), CTQ-HU (Elisangela) e demais profissionais/voluntários. Vossos esforços são de natureza imensurável e, nada disso seria possível, se vocês não tivessem abraçado a “causa”. Em tempos tão difíceis, um simples olhar ao outro foi capaz de traduzir tudo isso. Minha eterna gratidão e respeito!

ROSSIGNOLO, Isadora Rodrigues. **Associação entre coping religioso e espiritual e as tentativas de suicídio**. 2021. 76 f. Exame de Defesa de Mestrado/ Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A segunda maior causa de morte em jovens, entre 15 e 29 anos, no mundo é representada pelo suicídio, que compreende no Brasil como a quarta causa de óbitos evitáveis. Estimam-se que as próprias tentativas superam os casos confirmados, tornando-se potenciais fatores de risco para novos atos. Diante disso, os enfrentamentos que envolvem o uso da religiosidade são comumente estudados por meio de estratégias de *Coping* Religioso/Espiritual, que consistem em ações capazes de reafirmarem a fé diante de situações conflituosas, assim como, de reestabelecerem, fortalecerem os sentimentos de esperanças, de apoio social frente às problemáticas da vida e que se associa a um bem-estar subjetivo. **OBJETIVOS:** Correlacionar o *coping* religioso/espiritual e as manifestações impulsivas com o comportamento suicida. **MATERIAL E MÉTODO:** Estudo do tipo descritivo, com delineamento correlacional, realizado com 260 sujeitos provenientes de comunidades terapêuticas e instituições religiosas de duas cidades do interior do Paraná. A pesquisa também ocorreu em meio eletrônico, por meio da plataforma *Google Forms*. Os dados foram coletados de outubro de 2020 a junho de 2021, por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico e das Escalas de Impulsividade de *Barratt* e de *Coping* Religioso e Espiritual. Os dados foram submetidos aos testes de normalidade, à análise descritiva, comparação entre médias e medianas e testes de tendências, utilizando os programas SPSS (v.26) e Jamovi (versão 1.8). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, pelo parecer de número: 4.276.621/CAAE: 36315020.5.0000.5231. **RESULTADOS:** A maioria da amostra foi composta por mulheres (66,6%); A média de idade dos participantes foi de 38,9 anos. Cerca de 47,3% eram casados/relacionamentos estáveis e 36,2% concluíram o nível de pós-graduação. Com base nas crenças religiosas, 32,3% se declararam como católicos e evangélicos, seguidos de espíritas com 20,7%. Quase 56% afirmaram não ter nenhuma prática religiosa. Do total da amostra, 69% dos respondentes relataram não buscar por ajuda em momentos de crises/estresse e, 22% relataram receber apoio. Com relação a presença de transtornos mentais, 114 afirmaram possuir algum tipo de diagnóstico (ansiedade, depressão, ambos ou outros) e 122 afirmaram já ter pensando em suicídio, pelo menos, uma vez na vida. O método predominante de escolha para as tentativas foi o de uso de substâncias químicas/remédios. Houve correlações negativas (teste de *Jonckheere-Terpstra*) entre escolaridade/idade, CREN-Total e Razão de *Coping*. **CONCLUSÃO:** O estudo trouxe um importante panorama frente às atitudes baseadas nas crenças/religiosidades e nos atos que se relacionam ao comportamento suicida. Nesse sentido, o suporte social e aporte religioso, mesmo com deficiências, manifestam-se como importantes fatores protetivos ao comportamento suicida.

Palavras-chave: saúde mental; tentativa de suicídio; suicídio; coping religioso-espiritual.

ROSSIGNOLO, Isadora Rodrigues. **Association between religious and spiritual coping and suicide attempts**. 2021. 76 p. Defense exam (Master's Degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The second biggest cause of death in young people between 15 and 29 years old in the world is represented by suicide, which in Brazil is the fourth leading cause of avoidable deaths. It is estimated that the attempts themselves overcome confirmed cases, becoming potential risk factors for new acts. Therefore, confrontations involving the use of religiosity are commonly studied through Religious/Spiritual Coping strategies, which consist of actions capable of reaffirming faith in the face of conflicting situations, as well as reestablishing and strengthening feelings of hope and support face to the problems of life and which is associated with a subjective well-being. **OBJECTIVES:** To correlate religious/spiritual coping and impulsive manifestations with suicidal behavior. **MATERIAL AND METHOD:** This descriptive study, with correlational design was carried out with 260 subjects from therapeutic communities and religious institutions in two cities in the interior of Paraná. The survey also took place electronically through the Google Forms platform. Data were collected from October 2020 to June 2021, through an application of a sociodemographic questionnaire and the Barratt Impulsiveness Scale and the Religious and Spiritual Coping Scale. Data were submitted to normality tests, descriptive analysis, comparison between means and medians and trend tests, using the "SPSS" (version 26) and "Jamovi" programs (version 1.8). The research was approved by the Research Ethics Committee, under opinion number: 4,276.621/CAAE: 36315020.5.0000.5231. **OUTCOMES:** Most of the sample consisted of women (66.6%). Participants average age was 38.9 years. Around 47.3% were married/stable relationships and 36.2% completed the postgraduate level. Based on religious beliefs, 32.3% declared themselves as Catholics and Evangelicals, followed by Spiritualists with 20.7%. Almost 56% stated they had no religious practice. In total sample, 69% of respondents reported not searching for help in times of crisis/stress and 22% reported receiving support. Concerning to the presence of mental disorders, 114 said they had some type of diagnosis (anxiety, depression, both or others) and 122 said they had already thought about suicide at least once in their life. The predominant method of choice for the trials was the use of chemical substances/medicines. There were negative correlations "Jonckheere-Terpstra test" between education/age, CREN-Total and Coping Ratio. **CONCLUSION:** The study provided an important overview of attitudes based on beliefs/religiosities and actions related to suicidal behavior. In this sense, social and religious support, even with disabilities, manifest themselves as important protective factors against suicidal behavior.

Key words: Mental Health; Suicide attempt; Suicide; Religious Spiritual Coping.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos entrevistados	31
Tabela 2 – Características relacionadas às práticas religiosas, situação clínica e meios escolhidos sobre as tentativas de suicídio	32
Tabela 3 – Teste <i>Jonckheere-Terpstra</i> entre escolaridade, DiCREN e Razão de Coping	33
Tabela 4 – Coeficientes de correlação de <i>Spearman</i> e <i>Pearson</i> entre domínios da Escala de impulsividade, DiCREN e DiCREP.....	34
Tabela 5 – Coeficiente de correlação de Ponto Bisserial entre DiCREN e ideações/tentativas de suicídio	34
Tabela 6 – Estatística descritiva entre a média, desvio-desvio e domínios/fatores das escalas (<i>Barratt</i> e CRE)	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	Corona Virus Disease (doença do coronavírus)
CRE	Escala de Coping religioso e espiritual
CREN	Índice da média do uso de Coping negativo
CREP	Índice da média do uso de Coping positivo
CRETOTAL	Coping religioso e Espiritual (CREP+CREN invertido)
DICREN	Dimensão de coping religioso e espiritual negativo
DICREP	Dimensão de coping religioso e espiritual positivo
DP	Desvio padrão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de desenvolvimento humano
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
WHO	World Health Organization
α	Alfa de Cronbach (coeficiente de consistência interna)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO E OS FATORES RELACIONADOS	18
2.1.1	As Tentativas De Suicídio E A COVID-19	20
2.2	O COPING RELIGIOSO E ESPIRITUAL E ASPECTOS ENVOLVIDOS	22
3	OBJETIVOS	24
3.1	OBJETIVO GERAL	24
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
4	MATERIAL E MÉTODO	25
4.1	TIPO DE ESTUDO	25
4.2	POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO	25
4.3	COLETA DE DADOS	25
4.4	INSTRUMENTOS.....	27
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	29
5	RESULTADOS	31
6	DISCUSSÕES	37
6.1	COPING RELIGIOSO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	37
6.2	COPING RELIGIOSO E O SOFRIMENTO PSÍQUICO	38
7	CONCLUSÕES	44
	REFERÊNCIAS	46
	APÊNDICES	52
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	53
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.	55

ANEXOS	59
ANEXO A – ESCALA DE COPING RELIGIOSO E ESPIRITUAL	60
ANEXO B – ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRATT	67
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	70

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a *World Health Organization* (WHO) a segunda maior causa de morte em jovens, entre 15 e 29 anos, no mundo é representada pelo suicídio, que incide no Brasil como a quarta causa de óbitos evitáveis (com, cerca de, 11 mil mortes/média anual). Somente entre os anos de 2011 e 2016 foram notificados, aproximadamente, 176 mil casos de lesões autoprovocadas, entre as quais, 27,4% representaram as tentativas de suicídio (WHO, 2018).

Um estudo sobre análise temporal referente à mortalidade por suicídio, entre jovens/adultos, demonstrou uma média de 48 mil óbitos no período de 1997 a 2019, o que expressou, também, uma tendência de morte crescente em ambos os sexos. Os autores evidenciaram que houve um coeficiente médio de mortalidade maior para a região Sul do Brasil e, atribuíram ainda que, as mortes masculinas se relacionaram com questões referentes às pressões ocupacionais, ao contrário das femininas, que se interligavam com amparo social deficiente (ARRUDA et al., 2021).

O ato de tentar/retirar a própria vida reflete em um grave problema de saúde pública, tal como, tentar generalizar os fatores que o cercam torna-se contraproducente, pois o suicídio é encarado como algo complexo e multifatorial. Já as tentativas, tornam-se cada vez mais enraizadas na sociedade, uma vez que se estima que a cada 3 segundos uma pessoa a realiza (BRASIL, 2017).

Botega (2014) estimou em seu estudo que as tentativas de retirar a própria vida, muitas vezes, superam os casos confirmados, visto que elas se configuram entre os principais fatores de riscos para a efetivação de uma nova ação. Por isso, o autor enfatizou sobre o cuidado social diferenciado, pautando nas ações de saúde pública, que visam, desde então, à detecção precoce de possíveis transtornos mentais e, também, no controle dos meios que levam ao ato. Além de que, debater as questões referentes às desconstruções de estigmas acerca do tema é uma maneira de garantir um maior apoio social efetivo (BOTEGA, 2014).

O comportamento suicida se classifica em três categorias que compreendem a ideação, tentativa e o próprio ato em si. Não obstante, a autopunição também reflete em um grave problema relacionado ao comportamento suicida, visto que se associa com a ideação e tentativas (MINAYO; TEIXEIRA; MARTINS, 2016).

A meta de saúde no Brasil, de acordo com o boletim epidemiológico da vigilância em saúde (que foi estipulada até 2020) seria de reduzir as tentativas e

mortes por suicídio, além de fortalecer as ações de promoção e atenção integral (BRASIL, 2017).

Tais metas continuam sendo fortemente reforçadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), visto que após o relatório de 2019, mais de 700 mil pessoas haviam se suicidado, contabilizando em torno de uma morte a cada cem. Esses dados, levaram a Organização Mundial de Saúde - OMS a elencar novas orientações com a finalidade de prevenção e fortalecimento dos atendimentos, uma vez que, em contexto pandêmico (COVID-19), os fatores de riscos para tal comportamento (suicida) estejam mais acentuados. Os principais fatores incluem o estresse financeiro gerado pelas taxas de desemprego, assim como, o estresse decorrente pelo isolamento social, uso de álcool/substâncias psicoativas e perdas de familiares (OPAS, 2021).

Ainda, conforme o mesmo relatório, as taxas globais de suicídio caíram, cerca de 36%. Entretanto, em países americanos apresentaram um aumento de 17%, o que pode ser atribuído ao não comprometimento das metas/ações no topo de seus anseios. Todavia, a OMS (2017) reforça novas medidas de controle dos meios que levam ao suicídio, tais como a limitação de acesso a compra de pesticidas, ao porte de armas mais controlado, à educação da mídia (no suporte à neutralização das informações e focalização de reabilitações pós tentativas, etc), na identificação precoce dos fatores que levam ao “gatilho” (álcool/drogas), no apoio aos jovens e no monitoramento constante (OPAS, 2021).

Diante então, do atual cenário mundial, é importante compreender que tais ações de monitoramento (se deficientes) refletem diretamente nos serviços de detecção precoce e, conseqüentemente, nos serviços voltados para a saúde mental, acarretando danos diretos à população. Torna-se, portanto, em um grande desafio para o acompanhamento dos fatores que levam ao suicídio, visto que em muitos locais há o fechamento parcial/total dos serviços comunitários de saúde, cuja condição é “perturbadora” para pacientes que deveriam ter um acompanhamento regular (CHEVANCE et al., 2020).

Nesse seguimento, o suporte social manifesta-se como um fator protetor aos atos/pensamentos suicidas e isso pôde ser apontado em um estudo chinês sobre a associação entre o “COVID-19” e a presença de pensamentos suicidas, além do uso de preditores independentes como o distúrbio do sono. Grande parte dos entrevistados tinha, em média, 37 anos e, de um total de 1970 pesquisados, 10,8%

relataram ter pensamentos suicidas, sendo associados apenas ao menor suporte social (LI et al, 2020).

Já para Varas et al (2019), a não adesão à prática religiosa, além da social, foi apontada como fator de risco para o aumento das taxas de suicídio entre adolescentes e, embora ela não possa ser avaliada de forma isolada, também contribui para o comportamento suicida. Ademais, nos estudos de Durkheim (1897), a religião já era responsável pela promoção de valores compartilhados, capazes de propor um ideal de vida frente aos temores da precipitação da morte. Principalmente, por acrescentar que a fortificação do coletivo emerge na preservação de atitudes individuais. Todavia, o autor destaca que o sujeito comete suicídio, muitas vezes, porque a religião para si perdeu a coesão.

Nos estudos de Figueiredo et al (2015), os benefícios da religiosidade e das práticas religiosas demonstraram um efeito protetor às tentativas de suicídio, pois muitas vezes, agregar a religiosidade à vida, configurava-se como forma de sentir-se pertencente à um grupo. Além de que, há uma maior associação entre a dimensão reflexiva sobre fé e enfrentamento de situações de crises.

No que tange os enfrentamentos estes são comumente estudados por meio de estratégias de *Coping* Religioso/Espiritual, que consistem em ações capazes de reafirmarem a fé diante de situações conflituosas. Tais estratégias são capazes de reestabelecer e fortalecer os sentimentos de esperanças, de apoio social frente às problemáticas da vida, ou mesmo, de problemas de saúde por exemplo (BRAVIN et al., 2019).

Por se tratar de uma importante ferramenta contributiva no campo da saúde, o *Coping* Religioso e Espiritual, tornou-se alvo de grande desejo frente à uma maior compreensão dos aspectos que se relacionam com às tentativas de suicídio. Sendo assim, o presente estudo almeja a avaliação dos fatores sociais e religiosos relacionados, assim como, das estratégias envolvidas nos comportamentos suicidas, de modo que se possa refletir significativamente na prevenção de casos novos e nas proteções frente aos fatores associados aos riscos de suicídio.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO E OS FATORES RELACIONADOS

Suicídio é um termo que provém do latim, em que “*su*” significa próprio e “*caedere*” representa o verbo matar (no infinitivo), o que significa “morte de si mesmo”, sendo compreendido como uma ação consciente em que uma pessoa age de forma que concretize seu fim. Entretanto, alguns estudos trazem sobre a ambiguidade entre ser de forma voluntária ou não, assim como, defrontam-se sobre o desejo de viver/morrer e suas reais intencionalidades/impulsividades frente à precipitação da morte (WERLANG; BOTEGA, 2004).

A literatura científica indica que as tentativas de suicídio representam o resultado de diferentes interações voltadas aos mais complexos fatores, sejam eles em âmbitos sociais/econômicos, ou mesmo, relacionados com diferentes formas de violências, como também, aos aspectos de saúde que envolvam a presença de transtornos mentais (NETO et al., 2020).

As tentativas emergem-se de vários fatores, além de um intenso sofrimento psíquico e representam situações, muitas vezes, violentas que perduram durante toda a vida do indivíduo. A exemplo cita-se uma pesquisa realizada com mulheres idosas, em que foram detectadas violências de gênero em cada uma das fases do ciclo vital, sendo iniciadas na infância com uma educação diferenciada, precedidas na juventude, com uma iniciação sexual precoce e comprometida (MENEGHEL et al., 2015).

Em um estudo internacional sobre caracterização de perfis clínicos e étnicos/raciais frente às tentativas de suicídio, demonstrou-se que o transtorno depressivo se relacionou diretamente à uma maior probabilidade de novas tentativas em todos os grupos raciais. Quando associados ao uso de álcool, houve uma forte relação com os grupos indígenas e a bipolaridade esteve associada aos negros/hispânicos (CARTER et al., 2021).

As ideias suicidas antecedem às tentativas e, de maneira isolada, acabam sendo negligenciadas, entretanto, quando elas se tornam mais concretas, apresentando características mais consistentes e elaboradas, evoluem para o ato em si. Tal processo refletiu em um estudo populacional de prevalência, que cerca de 17% dos sujeitos relataram ter ideias ao longo da vida e 2,8% realizaram tentativas (BOTEGA et al., 2009).

Estimam-se que o risco para retirar a própria vida esteja intimamente atrelado aos intervalos ocasionados entre as tentativas e, ainda que, das pessoas que

tiveram tentativas prévias, cerca de 25% tentaram posteriormente em um prazo de um ano. Desse modo, Vidal, Gontijo e Lima (2013) consideraram que os profissionais de saúde, nem sempre, encontram-se preparados para garantir uma assistência contínua de um potencial suicida, visto que em muitas ocasiões, há um exposto despreparo por parte da equipe em manejar e encaminhar tais sujeitos (que realizam de modo burocrático e rotineiro), não consolidando assim um suporte necessário para prevenção de novos atos.

Além do suporte consubstanciado pela equipe de saúde, fatores considerados como sendo protetivos às tentativas de suicídio devem ser intimamente vinculados à vida pessoal, tais como a preservação da autoestima/autoeficácia. As redes de apoio fortalecem os laços afetivos/sociais, pois auxiliam no enfrentamento das situações adversas, além de conferir uma proteção aos mais diversos tipos de riscos (PEREIRA et al., 2018).

A reflexão pelo sujeito, assim como, a livre expressão é extremamente necessária para que ele possa aprender a lidar com seus sentimentos e, dessa forma, externalizá-lo à fim de se obter auxílio. A enfermagem, enquanto “mediadora”/terapêutica, possui a finalidade de ouvir e educar o paciente para que o mesmo possa entender sobre sua real situação e buscar por resolução de conflitos. Tal relação e auxílio se mostraram bastante efetivos, ou mesmo, “aliviadores” nos casos explicitados por Soares (2019), nos quais muitos relatos (em que os riscos de suicídio eram baixos), houve a externalização dos sentimentos negativos que se mostravam propícios aos pensamentos suicidas. O autor, além de promover a reflexão do sujeito sobre a situação vivenciada, constrói o diálogo de maneira empática e auxilia o sujeito a reconhecer outros aspectos de si, que muitas vezes acabam não sendo visíveis pelos sentimentos envolvidos (SOARES, 2019).

Outro ponto relacionado à proteção das tentativas de suicídio referem-se que a comunicação terapêutica está intimamente ligada com a comunicação em saúde, servindo de base para vários profissionais exercerem intervenções de forma autônoma. Tais comunicações emergem-se como potenciais terapêuticos, pois consistem na recuperação dos cidadãos, de forma que possam apoiar, instruir e, mesmo, capacitar as pessoas neste processo “saúde/doença” (SEQUEIRA, 2014).

Falar de suicídio abertamente, assim como, relatar sobre uma possível ideiação, faz parte de um tipo de comunicação pouco estudada, porém, não obstante de preocupações, como visto nos estudos de Silva e Faro (2020), que trouxeram uma amostra de 96 discentes que afirmaram (28%), em algum momento da vida, já ter relatado para alguém sobre a possibilidade de tentar suicídio em um futuro

“próximo”. E embora, a comunicação nesse estudo seja vista como algo positivo, pois aumenta a rede de apoio, os autores destacaram que os sujeitos exerciam pouca atividade religiosa organizacional, o que poderia comprometer o suporte recebido, mesmo expressando sobre tais ideias.

Muitos estudos abordam a impulsividade como fator preditor das tentativas de suicídio na infância e adolescência e, embora não seja o enfoque tratar sobre essa faixa etária no presente estudo, é extremamente importante contextualizar que as vivências decorrentes desses períodos interferem diretamente na vida adulta. Sendo assim, os atos impulsivos, aliados aos problemas sociais (escolares/familiares), de saúde (doenças mentais- depressão e transtorno de déficit de atenção com hiperatividade - TDAH) como também, pela imaturidade em não possuírem estratégias concretas de enfrentamento de situações estressantes, são responsáveis pela morte precoce (SOUSA et al., 2017).

Em consonância aos atos impulsivos, Pastore e Lisboa (2015) demonstraram que os níveis relacionados à ideação suicida/impulsividade se encontraram bastante elevados nos grupos de sujeitos com histórico de tentativas de suicídio, principalmente, nos que apresentavam idade inferior a 30 anos.

2.1.1. As tentativas de suicídio e a COVID-19

Muitos são os estressores decorrentes do período pandêmico, nos quais, grande parte se interliga diretamente com o comportamento suicida. Souza, Andrade e Carvalho (2021) enfatizam sobre os principais estressores destacados no teste-piloto, que se tornaram preocupantes e alvo de novas investigações científicas, que são as atividades com vínculos precários/informais e o próprio “estar/ficar” desempregado, cuja linha tênue entre as condições de trabalho e a exposição pelo vírus promovem o surgimento de transtornos mentais e, desse modo, uma maior exposição aos fatores desencadeantes das tentativas.

A dita “ansiedade pública”, foi descrita na literatura científica coreana, ao qual relacionaram o primeiro caso de suicídio feminino durante a pandemia, no país, pela alta veiculação de informações falsas/incertas sobre o vírus, assim como, pela falta de suporte e local seguro com relação a sua transmissão. Tais condições se relacionaram, também, à presença de um estresse agudo, depressão, insônia, irritabilidade/exaustão emocional e, diante desses fatores, subdivisões de saúde alertaram a população (por meio de um monitoramento informativo- panfletos) para os cuidados de saúde mental, tal como, a livre expressão dos sentimentos negativos e, para além deste, a busca de informações seguras (JUNG; YOUNG, 2020).

O primeiro estudo que conseguiu coletar dados de 19 países, em tempo real, sobre o impacto da pandemia, demonstrou uma forte correlação com os níveis de insônia, que é considerada como fator precipitante de doenças mentais, tais como, a ansiedade e depressão (LIN; CHIANG; LIN, 2020). Cabe destaque para a agudização de doenças mentais, nesse período, a associação da ideação suicida com o uso aumentado da internet, principalmente, por jovens que acabam vivenciando essa condição, de modo *on-line*, sem muitas vezes, conseguir atribuir um verdadeiro significado para o momento (DESLANDES; COUTINHO, 2020).

Ainda para Deslandes e Coutinho (2020), esse uso desenfreado da internet/redes sociais, somados ao isolamento social acirrado e com transtornos que geram dependências (como por exemplo, o comércio eletrônico obsessivo, jogos de azar, etc.), podem representar um aumento na vulnerabilidade desses jovens para o surgimento de ideações e, também, de possíveis tentativas de suicídio.

Novas fontes de vigilância já são estudadas, nos Estados Unidos e, as áreas de coletas (desses dados) que são consideradas as mais pesquisadas, são representadas pelas mídias sociais e análises decorrentes dos termos de pesquisa, principalmente, pelo *Google* e redes de relacionamentos subjacentes, tais como o *Instagram* e *Facebook*. Nesse sentido, os estudos sobre o monitoramento do suicídio por meio dessas evidências nas mídias, têm exibido uma expressa variação sazonal com relação às mortes, assim como, tornam-se fontes de coletas de dados para a automutilação por exemplo, visto que há bilhões de usuários interagindo diariamente na internet (KEYNES et al., 2021).

Além dos aspectos citados acima, é importante mencionar sobre o apoio social no momento do isolamento físico, que pode representar uma ressignificação da assistência, como é mencionado por Li et al (2020), com a oferta de assistência por meio das telecomunicações. Aquém desse suporte, ressalta-se a necessidade de um olhar que extrapola os limites físicos, tais como, o aporte sociorreligioso.

2.2 O COPING RELIGIOSO E ESPIRITUAL E ASPECTOS ENVOLVIDOS

A dimensão religiosa tem sido bastante evidenciada nos estudos de saúde e é compreendida como a adesão às práticas religiosas, nas quais o indivíduo exerce, com base nas suas crenças, as ações voltadas para o “sagrado”, tais como, realizar a leitura de livros religiosos, ir a templos, entre outros. Além da religiosidade, a espiritualidade também exerce influência na dinâmica do bem-estar, entretanto, sua concepção se difere da prática religiosa (FORTI; SEBERNA; SCADUTO, 2020).

Diferentemente do que se acreditavam na antiguidade (em que os sujeitos eram considerados loucos por acreditarem em algo transcendental), a religiosidade deve ser encarada como forma de expressão humana. Deve ser, também, entendida como um potencial meio de se obter o bem-estar dos sujeitos e, embora seja complexa, se constitui de diferentes compreensões e dimensões (ZANGARI et al., 2018).

Para a busca de bem-estar e manejo de elementos estressores, emprega-se o termo *coping* que deriva do verbo em inglês (*to cope*) e têm como semelhança a palavra enfrentamento. Entretanto, por não haver uma tradução específica no Brasil e, por ser relacionado aos verbos “atacar de frente/encarar”, outros sentidos foram atribuídos a esse termo, pois muitas vezes, traduzir para o enfrentamento requer que o sujeito lide apenas combatendo tal situação e, ao contrário disso, algumas situações fazem com que as pessoas recuem e não as enfrentem de fato, sugerindo-se então, por conceito-chave que busca a compreensão dos processos adaptativos (PANZINI, 2004).

Ainda para Panzini (2004) quando as estratégias utilizadas, para lidar com o estresse, envolvem aspectos religiosos e espirituais, emprega-se como sendo *Coping* religioso e Espiritual, atribuindo-se elementos de natureza positiva ou negativa.

Nesse sentido, algumas pesquisas se destacam por abordarem a perspectiva religiosa frente às questões de saúde mental, como é o caso dos estudos de Monteiro et al. (2020) que abordam sobre esse binômio e tratam sobre a relevância em preparar o profissional de saúde para o manejo do bem-estar que essa junção proporciona ao paciente.

Andrade et al (2020) ainda enfatizam, por meio de uma revisão sistemática, sobre o fato de muitos estudos (sobre religiosidade/saúde) não empregarem os instrumentos ideais de mensuração e, apesar de tais divergências, foram encontrados 433 artigos que abordavam sobre o tema. Os autores destacaram sobre os benefícios provenientes destes achados (nos sete artigos aproveitados) e tecem sobre a importância de mais pesquisas com adolescentes.

Além disso, o mesmo estudo aponta sobre o efeito protetor na busca por conforto, uma vez que, há uma redução dos sentimentos negativos que poderiam desencadear a ideação suicida, promovendo então, virtudes humanas que elevam as emoções positivas (ANDRADE et al.2020).

Apesar de pouco estudado na literatura brasileira, o *Coping* religioso e Espiritual (CRE) apresenta cinco estilos, que consistem na autodireção, delegação,

colaboração, renúncia e súplica. Dentro do contexto sobre *coping* e, após análises fatoriais no teste piloto, foram criadas duas dimensões para as respostas, sendo uma positiva e a outra negativa. Alguns estudos, apontam que as pessoas têm utilizado, em situações de crises, mais CRE positivo (respostas positivas) do que CRE negativo (respostas negativas), o que demonstra causar um efeito sustentável e eficaz nos moldes de saúde pública (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Desse modo, a busca por uma compreensão sobre as correlações existentes no âmbito da religiosidade e do comportamento suicida, sustentam a elaboração da presente pesquisa e reforçam sobre a necessidade de incluir, cada vez mais, a religiosidade no âmbito da saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar possíveis relações entre o *coping* religioso/espiritual e o comportamento suicida.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos sujeitos.
- Analisar a associação entre o *coping* religioso e o comportamento suicida.
- Mensurar a correlação entre a impulsividade e as tentativas de suicídio.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo com delineamento correlacional.

4.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

Participaram da pesquisa, membros adultos de Instituições religiosas, de duas comunidades terapêuticas e sujeitos atendidos em um CAPS II, somando duas cidades do norte do Paraná, além de pessoas que aceitaram a participação no estudo de maneira remota. O início da coleta se deu em outubro de 2020 e prosseguiu até junho de 2021.

A primeira cidade onde ocorreu parte da pesquisa, conforme o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2010), apresenta uma população estimada (2021) de 580.870 pessoas, predominantemente católica (cerca de 300 mil habitantes), cuja renda salarial (2019) equiparou-se a 2,7 salários-mínimos e IDH de 0,778. Com relação à escolaridade, cerca de 97% da população apresentava taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade. Já a segunda cidade, de menor porte, apresenta uma população estimada de 68.165 habitantes e, também, é de maioria católica (cerca de 38 mil habitantes), seguidos de evangélicos (cerca de 14 mil) e espíritas (com apenas 573 habitantes), cuja renda salarial é de 2,2 salários (IBGE, 2020a; IBGE, 2020b).

A pesquisa também ocorreu por meio eletrônico, via *Google Forms*, no qual os sujeitos que aceitaram participar, receberam o convite da pesquisa mediante *link* que continha as informações preliminares sobre o estudo e, após acesso inicial, receberam orientações sobre a participação na pesquisa (assim como, informações referentes ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Para realização de cálculo do poder do estudo, foi utilizado o programa IBM *Sample Power* v.3.0 (erro padrão médio de 0,8). O poder de análise foi realizado após a coleta de dados, indicando que o estudo excedeu os 99%, com base nos valores de média e desvio padrão obtidos.

4.3 COLETA DE DADOS

Inicialmente, foram realizados contatos telefônicos e presenciais para os locais pretendidos com a finalidade de identificação de possíveis sujeitos para participarem da pesquisa. A abordagem prévia se deu pela obtenção de tais perfis que atendessem aos quesitos preliminares dos critérios de inclusão (ser membro de alguma instituição religiosa, apresentar algum tipo de transtorno mental ou apresentar histórico de comportamento suicida) e, posteriormente, os sujeitos foram convidados e orientados sobre a pesquisa e sua finalidade.

Concomitantemente, foram divulgados os convites da pesquisa, por meio eletrônico (redes sociais), para que demais pessoas pudessem participar, mesmo que de maneira remota, garantia do sujeito em não responder todas as perguntas, assim como, se ausentar caso fosse necessário (a qualquer momento), aos riscos e benefícios que a pesquisa pode ofertar, às dificuldades geradas dentro do ambiente virtual, principalmente quanto ao uso do celular, além de ter a ciência sobre as normas sobre sua participação sem anuência.

Para a coleta presencial, foram seguidas as normas presentes na Portaria 1.565 (2020) tais como, distanciamento social (de pelo menos um metro), uso de máscaras, não compartilhamento de objetos pessoais (incluindo material de preenchimento- sendo fornecido canetas novas para aqueles que não possuíam), uso de álcool gel 70%, entre outras ações (BRASIL, 2020). Após contato inicial, foi realizada a apresentação/esclarecimento da presente pesquisa de maneira individual, bem como, de todos os instrumentos envolvidos, adicionalmente, ao tempo médio que durariam tais preenchimentos.

Os sujeitos que aceitaram a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em duas vias), sendo orientados sobre ele (Apêndice A). Tais participantes, foram também, orientados quantos aos possíveis riscos e contribuições que poderiam decorrer de sua participação, assim como, sobre o consentimento benefício próprio.

As entrevistas realizadas nas comunidades terapêuticas, obedeceram ao cronograma local (mediante contato prévio com os responsáveis), para que a abordagem não interferisse nas atividades dos sujeitos, como também, para que os mesmos dispusessem do tempo necessário para a realização.

Já a coleta ocorrida no CAPS II, também obedeceu às medidas sanitárias relacionadas ao COVID-19 e, seguiram o mesmo fluxo das comunidades (ligação para o local/abordagem presencial). Diferentemente das outras, aqui os sujeitos

foram abordados enquanto esperavam o atendimento com os profissionais do local e, embora estivessem em uma “sala de espera”, grande parte conseguiu preencher de modo integral aos instrumentos, todavia, alguns desejaram terminar o preenchimento somente após a consulta, dado relato de extensão dos mesmos.

Dos 270 sujeitos participantes, somente 260 compuseram a amostra final, sendo 9 perdas (pois não preencheram o instrumento de *Coping* religioso e espiritual em sua totalidade) e uma exclusão pelo fato de o sujeito estar em surto psicótico (após preenchimento de termo e início do preenchimento). Com relação às recusas, 14 sujeitos abordados presencialmente se recusaram participar, após convite e esclarecimento da pesquisa, justificando-se sobre a extensão dos instrumentos.

4.4 INSTRUMENTOS

- a) Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados. O primeiro se tratava de um questionário 5, conforme Apêndice B. Para avaliação de impulsividade dos sujeitos, foi utilizada a Escala de Impulsividade de *Barratt* (Anexo B) e, para análise do *Coping* religioso/espiritual e estratégias de enfrentamento, foi utilizada a Escala de *Coping* Religioso e Espiritual (CRE) (Anexo A).

A Escala de Impulsividade de *Barratt*, cujo modelo teórico foi proposto por *Ernest Barratt* (1985), foi traduzida e adaptada culturalmente da versão original (em inglês) da BIS-11. Se trata de uma escala de autopreenchimento, sendo composta por 30 itens que se relacionam com manifestações de impulsividade, em que o sujeito (ao preenchê-la) considera o seu próprio comportamento frente às questões, nos quais os altos escores refletem a presença de comportamentos impulsivos. Se trata de uma Escala do tipo “*Likert*” de quatro pontos, sendo: 1= raramente/nunca, 2= de vez em quando, 3= com frequência e 4= quase sempre/sempre (DINIZ et al.,2010).

A pontuação varia de 30 a 120 pontos e, além de se obter um escore global, é possível realizar o cálculo dos escores parciais (referentes aos subdomínios). Os

subdomínios refletem na impulsividade motora (itens: 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 e 30), atencional (itens: 6, 5, 9, 11, 20, 24, 26, 28) e ao não planejamento (itens: 1, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 27, 29). Vale ressaltar que alguns itens devem ser invertidos no momento do cálculo dos escores (parciais/totais) que são os itens 1, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 20 e 29 (DINIZ et al., 2010).

Diniz et al. (2010), ainda versam sobre as propriedades psicométricas da versão adaptada/traduzida à realidade brasileira e, têm-se que na primeira resposta a amostra bilíngue, os parâmetros psicométricos de correlações obtiveram três itens não significativos (como por exemplo o item 20 - “eu mantenho a linha de raciocínio”), o que foi ajustado na segunda amostra bilíngue após reajuste de gírias idiomáticas. O escore total (versão americana) foi de $r = 0,93$ e $r = 0,91$ ($p < 0,001$). Os índices de correlação (escores parciais) das duas versões variaram entre 0,80 e 0,91 ($p < 0,001$). O índice de consistência interna da BIS11 foi satisfatório (0,62), sendo evidenciado no estudo de Diemen et al. (2007).

Para demonstrar o modo como as pessoas se comportam frente às situações de estresse, utilizando a sua fé, utilizou-se a Escala de *Coping* Religioso e Espiritual de Panzini (2004) que é a versão brasileira da *RCOPE Scale*, na qual avalia os aspectos positivos e negativos voltados para o manejo dessas condições de crise. Trata-se de um instrumento composto por 87 itens, do tipo “*Likert*” (5 pontos: 1= nem um pouco, 2 = um pouco, 3= mais ou menos, 4 = bastante e 5= muitíssimo). A escala foi instituída por duas dimensões (uma positiva e outra negativa- CREP e CREN), no qual a CREP agrega 8 fatores (compreendendo 66 itens) e a CREN possui 4 fatores (21 itens).

Além disso, foram criados 4 índices avaliativos para mensurar as respostas que compreendem a média de CREP e média de CREN, os escores (CRETOTAL) e a razão de CREN/CREP. Por serem de direções opostas, é inviável somar os índices de CREP e CREN, sendo assim, o CRETOTAL consegue exprimir essa somatória de maneira correta (sendo: CREN invertido + CREP).

O índice de razão CREN/CREP é responsável por postular a proporção entre o uso do *coping* e, a parte mínima para se conseguir um balanço positivo, seria utilizar uma razão: 1CREN:2 CREP (0,50), ou seja, para se obter um efeito positivo e dizer que ele é benéfico em relação ao *coping*, é necessário que cada sujeito apresente valores maiores de CREP em relação aos de CREN, seguindo uma proporção de 2:1. Além desses itens, o instrumento se inicia com uma pergunta

descritiva sobre uma situação de maior estresse vivenciada nos últimos 3 anos (PANZINI, 2004).

Com relação às propriedades psicométricas da escala CRE, Panzini (2004) demonstrou que na análise de conteúdo dos itens, poderia haver uma certa discriminação frente às súplicas (negativas/positivas) e isso implicaria conforme a intenção do suplicante, o que foi evidenciado nos itens 11 e 30 que eram ligados à “Súplica por intercessão direta”. De uma forma geral, essa escala apresentou um ótimo nível de consistência interna (alfa de *Cronbach*=0,97).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas análises exploratórias descritiva, teste de tendência, comparações entre medianas e análises de correlação. Os dados foram, inicialmente, transferidos e codificados no *Excel* e para as análises estatísticas, foram utilizados o *Jamovi* (versão 1.8) e *SPSS*, v.26. Inicialmente às análises estatísticas, se avaliou, a normalidade da amostra, por meio do Teste “*Kolmogorov-Smirnov*” (correlação de *Lilliefors*), classificando a maioria da amostra como não normal em âmbito global.

A procura por uma relação linear para avaliações de tendências positivas/negativas foi realizada por meio do Teste *Jonckheere-Terpstra*, que avaliou os níveis de escolaridade/idade e DiCREN/Razão de *Coping*.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* para análise de distribuições normais entre as variáveis e o coeficiente de correlação de *Spearman* para distribuições não normais. O nível de significância adotado foi de $\alpha < 0,01$ em ambas medidas.

A correlação de *Pearson* tem a finalidade de medir a variância “compartilhada” entre duas variáveis, ou seja, é uma correlação que exige um certo compartilhamento de variância em relação a uma distribuição linear. A interpretação dessa correlação varia de -1 a 1, no qual o sinal indica o sentido (positivo/negativo) e o número, indica a carga (força). Os valores interpretados variam conforme a literatura, sendo que neste caso, adotou-se a classificação de *Dancey e Reidy*, cujos

valores (r) fracos correspondem $r=0,10$ a $0,30$, os moderados oscilam entre $0,40$ até $0,6$ e de $0,70$ a 1 , são aqueles considerados fortes (FILHO; JÚNIOR, 2009).

Já a correlação de *Spearman* (postos), busca a analisar a existência e intensidade de relações lineares entre variáveis ordinais. Esse coeficiente pode ser expresso positivamente (a influência de uma variável implicará da mesma forma na outra) ou negativamente, quando a influência de uma variável implicará de maneira oposta à outra (PONTES, 2010).

Foi realizado o teste de *Mann-Whitney* para comparação de tendências centrais entre duas amostras independentes de tamanhos iguais. Tal teste se equipara ao *Teste-t*, entretanto, ao invés de construir esses dados com valores originais, há ordenações onde os dados são convertidos em postos.

Com relação às escalas, foi realizada a análise de consistência interna (confiabilidade) por meio do Coeficiente Alfa de *Cronbach* e, adicionalmente, para CRE, verificou-se a confiabilidade por meio do ômega de *Mc Donald*.

5 RESULTADOS

Foram entrevistados 260 sujeitos, cujas características amostrais encontram-se na Tabela 1. Grande parte, era do sexo feminino (66,6%, $n=173$), casadas (47,3%, $n=123$), com média de idade de 38,9 anos ($DP \pm 12,9$) e com idade mínima de 18 anos e máxima de 71. A minoria (16,9%, $n=44$) morava sozinha, na qual 36,2% ($n=94$) da amostra havia estudado e concluído o nível de pós-graduação. Com relação a religião declarada, 32,3% ($n=84$) se caracterizaram como evangélicos e católicos.

Tabela 1- Características sociodemográficas dos entrevistados. Brasil, 2021.

Características	n	%
Sexo		
Feminino	173	66,6
Masculino	87	33,4
Estado Civil		
Casado (a) /União estável	123	47,3
Solteiro (a)	96	36,9
Víuvo (a) ou divorciado (a)	39	15
Escolaridade		
Até Ensino Médio incompleto	40	15,4
Ensino Médio completo	63	24,2
Ensino Superior	63	24,2
Pós-graduação	94	36,2
Renda Familiar*		
<1 salário mínimo	48	18,4
1 a 2 salários mínimos	122	46,9
3 a 4 salários mínimos	31	11,9
>4 salários mínimos	59	22,6
Mora com quem		
Parceiro (a)	56	21,5
Parceiro (a) e filhos (as)	70	26,9
Sozinho (a)	44	16,9

Outros (as)	90	34,6
Religião		
Católica	84	32,3
Evangélica	84	32,3
Espírita	54	20,7
Ateu/Agnóstico	17	6,5
Outras	21	8,2
Total	260	100

*Salário mínimo vigente em 2021 (R\$1.100,00)

Fonte: A própria autora.

Com relação às atividades religiosas (tabela 2), 55,8% ($n=145$) dos participantes afirmaram não realizar nenhuma prática religiosa. A média de horas semanais voltadas para a ação religiosa foi de 4,79. Vale ressaltar que 6,5% ($n=17$) dos sujeitos se intitularam como ateus/agnósticos.

Quanto ao apoio social e religioso, a busca/oferta de auxílio evidenciou que da amostra total ($N=260$), cerca de 69% ($n=179$) não buscaram ajuda de amigos, nem mesmo de familiares e cerca de 22% ($n=57$), apenas, receberam esse suporte.

A presença/ausência de transtornos mentais foi expressa na Tabela 2, nos quais, 114 sujeitos relataram apresentar algum diagnóstico relacionado a doença mental. Os diagnósticos relacionados a “outros” englobaram os demais tipos, tais como, o transtorno bipolar, esquizofrenia, estresse pós-traumático, obsessivo compulsivo (TOC) e relacionados à alimentação. Quando correlacionado o transtorno mental com a presença de ideação suicida, 75 (29%) participantes diagnosticados (com algum tipo de transtorno acima), relataram já ter pensado na possibilidade de tirar a própria vida.

Com relação ao comportamento suicida, do total da amostra ($N=260$), 46,9% ($n=122$) afirmaram ter, em algum momento da vida, pensado em suicídio. Desses sujeitos que relataram a ideação suicida, cerca de 95 (78%) declararam ter tentado (pelo menos uma vez). Com relação ao método pretendido das tentativas, foram expostos adiante (Tabela 2) os relatados.

Tabela 2- Características relacionadas às práticas religiosas, situação clínica e meios escolhidos sobre as tentativas de suicídio.

Atividade religiosa	n	%
Sim	115	44,2
Não	145	55,8
Total	260	100
Diagnósticos		
Depressão	24	21,1
Ansiedade e Depressão	29	14,0
Outros	16	25,4
Total	114	100
Meios escolhidos para tentativas		
Substâncias químicas/medicações	26	27,3
Arma de fogo/branca	14	14,8
Colisão	8	8,4
Enforcamento	10	10,6
Métodos mistos	11	11,6
Outros	26	27,3
Total	95	100

Fonte: a própria autora.

Dentre os métodos mistos, supracitados acima, foram considerados mais de um método escolhido, já os “outros” englobaram as tentativas às queimaduras, afogamentos e saltar de locais altos. As colisões, além de carros, também se estenderam para outros tipos de transportes, como o trem/metrô e caminhões.

Quanto ao teste de *Jonckheere-Terpstra* relacionado a escolaridade, foram obtidos os valores apresentados na Tabela 3 (abaixo) e, no que concerne à idade e razão de *coping*, apresentou um desvio estatístico (*JT*) de -3,858 ($p < 0.001$);

Tabela 3- Teste *Jonckheere-Terpstra* entre escolaridade, DiCREN e Razão de Coping.

	DiCREN	RAZÃO/COPING
Desvio Estatística <i>J-T</i>	-6,733	-6,272
<i>p</i> <0,001	0,000	0,000

Fonte: A própria autora (2021)

Os dados da Tabela 4, mostram as correlações entre CREN/CREP total e domínios da Escala de Impulsividade de *Barratt* (atencional, impulsividade motora e não planejamento). O uso dessas estratégias positivas/negativas apresentou correlações leves/moderadas quando analisadas às manifestações impulsivas.

Tabela 4- Coeficiente de correlação de *Spearman* e *Pearson* entre domínios da Escala de impulsividade e DiCREN e DiCREP.

	Atencional	Impulsividade motora	Não planejamento
DiCREN			
<i>rho</i>	0,29*	0,34*	0,46*
<i>p</i> -valor	< 0,001	< 0,001	< 0,001
DiCREP			
<i>r</i>	0,38**	0,38**	0,46**
<i>p</i> -valor	< 0,001	< 0,001	< 0,001

* Correlação de *Spearman* ($p < 0,001$)

** Correlação de *Pearson* ($p < 0,001$)

Fonte: a própria autora .

Para averiguar a relação entre o sujeito ter tentado/pensado em tirar a própria vida e o uso de estratégias negativas com o CRE, foi realizado o cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*. A Tabela 5 apresenta a correlação entre o uso de estratégias

negativas da CRE e o fato de o sujeito ter pensado, ou mesmo, ter tentado tirar a própria vida.

Tabela 5- Coeficiente de correlação de Ponto Bisserial entre DiCREN e ideias/tentativas de suicídio.

	Já pensou em tirar a própria vida	Já tentou tirar a própria vida
DiCREN	0,35**	0,35**
<i>p</i> -valor	0,01	0,01

** Correlação é significativa no nível $p < 0,01$.

Fonte: a própria autora.

Com relação à estatística descritiva, a Tabela 6 demonstrou a média e o desvio padrão das escalas de Impulsividade e de CRE (*coping* religioso e espiritual), sendo a última apresentada em ambos os sentidos (positivo e negativo). Em termos de utilização do *coping* (positivo/negativo), os sujeitos variaram (ao considerar a média) entre 3,69 e 1,91.

Tabela 6- Estatística descritiva entre a média, desvio padrão e domínios/fatores das escalas (*Barratt* e CRE).

Domínios	Média	Desvio-padrão
Escala de Impulsividade (<i>Barratt</i>)		
Atencional	2,23	0,67
Impulsividade motora	1,94	0,47
Não planejamento	2,27	0,56
Escala de <i>Coping</i> (CRE)		
CREP1 (transformação de si e/ou de sua vida)	3,69	1,10
CREP2 (ações em busca de ajuda espiritual)	2,72	1,06

CREP3 (oferta de ajuda ao outro)	3,47	0,98
CREP4 (pensamento positivo frente a Deus)	3,68	0,82
CREP5 (busca pessoal de crescimento espiritual)	3,28	1,03
CREP6 (ações em busca do outro institucional)	3,02	1,11
CREP7 (busca pessoal de conhecimento espiritual)	2,55	1,04
CREP8 (afastamento através de Deus, da religião e/ou da Espiritualidade)	3,52	1,14
CREN1 (reavaliação negativa de Deus)	1,91	0,98
CREN2 (posicionamento negativo frente a Deus)	2,80	1,08
CREN3 (reavaliação negativa do significado)	2,65	1,24
CREN4 (insatisfação com o outro institucional)	2,12	0,89
DiCREN	3,23	0,86
DiCREP	2,37	0,81
RAZÃO DE <i>COPING</i>	1,06	4,73

Fonte: a própria autora (2021)

Quanto às respostas provenientes da primeira questão da Escala de *Coping* Religioso e Espiritual (aberta/descritiva), elas foram posteriormente codificadas, e expressas as seguintes categorias: problemas relacionados à família (34,2%), que englobavam os conjugais (de separação), estendendo-se aos conflitos entre amigos; problemas relacionados as doenças (14,6%); 14,2% representaram os problemas financeiros (desemprego), 18,8% outros elencados e 18% não apresentaram uma resposta coerente com a proposta do enunciado da questão em si.

O alfa de *Cronbach* (para avaliar a confiabilidade) foi de 0,84 para a Escala de Impulsividade de *Barratt* e de 0,97 para CRE. Ainda para CRE, verificou-se a confiabilidade por meio do ômega de *Mc Donald* (0,97).

6 DISCUSSÕES

6.1 *COPING* RELIGIOSO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

As religiões católicas e evangélicas representaram 32,3% (igualmente) dos sujeitos deste estudo, seguidos de espíritas (20,7%), o que se assemelham as características demográficas das cidades da pesquisa, em questão. Frente à prática religiosa, este estudo demonstrou que 55,8% dos sujeitos abordados, não realizavam nenhum tipo de prática religiosa, tais como, as células, pastorais, voluntariados, evangelizações, entre outras. Entende-se que, tais ações consistem em uma experiência humana, vivenciada pelos comportamentos sociais e doutrinários e que representam uma dimensão sociocultural importante, além de que, o fato de não experienciar a religiosidade duplica a chance de indivíduos a apresentarem transtornos mentais e eleva (em até sete vezes mais) a possibilidade de apresentar algum tipo de transtorno relacionado ao uso de álcool (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

Frente às práticas, ainda, pode-se atribuir que elas podem ter sido prejudicadas pelo contexto da pandemia, o que reflete um menor aporte social e religioso, além de que os sentimentos de esperança se encontram em declínio. Andrade et al. (2020) resgatam sobre os benefícios da religiosidade e espiritualidade em públicos de diferentes idades e ressaltam sobre a necessidade de entender melhor sobre como os jovens comportam-se frente à temática, mesmo porque, nas faixas-etárias mais baixas, triplicam-se as chances de suicídio, além do que os efeitos dessas variáveis (religiosidade/espiritualidade) são mais impactantes e presentes na vida de pessoas idosas.

Conforme o resultado do Teste de *Jonckheere-Terpstra*, entre idade e razão de *coping*, concluiu-se que há uma tendência linear; ou seja, quanto mais idade o sujeito apresenta, a razão de *coping* tende a diminuir (desvio *JT*: -3,85; $p < 0,001$). Nesse sentido, um estudo sobre idosos e o enfrentamento religioso (enquanto estratégias regulatórias), refletem que a idade avançada traz um melhor uso de atitudes positivas frente às incapacidades funcionais. Tal enfrentamento religioso, colabora como sendo uma estratégia importante pois é capaz de reparar um vazio existencial, além de fazer com que o sujeito se sinta acolhido frente a realidade em que vivencia, mesmo com todos os problemas relacionados ao seu corpo (SANTOS et al., 2013).

No que concerne à escolaridade, a presente pesquisa expõe, também,

correlações negativas entre o uso de DiCREN e Razão de *Coping*. Portanto, quanto maior o nível educacional, as atitudes negativas (desvio *JT*: -6,73; $p < 0,001$) e a razão de *coping* seguem tendências lineares contrárias (desvio *JT*: -6,27; $p < 0,001$). Diante disso, um estudo sobre escolaridade e esperança disposicional sugeriu que, quanto mais anos de estudo, maiores foram as motivações e os caminhos de enfrentamento pelos participantes, assim como, maior era a relação com a qualidade de vida e com o desenvolvimento dos fatores benéficos relacionados aos sentimentos vivenciados (FRANCISQUINI et al., 2019).

Com relação à variável “sexo”, o estudo em questão evidencia que não há diferença estatística entre ambos (feminino/masculino). Em contrapartida, para Ranuzi et al (2020), o sexo feminino apresentou 7,2 mais chances de ideação suicida em um estudo voltado ao público com privações de liberdade, assim como, mostrou que há para as mulheres, maiores chances de desenvolverem depressão e as probabilidades de suicídio são até, 21%, maiores por também não possuírem companheiro (a).

6.2 COPING RELIGIOSO E O SOFRIMENTO PSÍQUICO

Ao que confere a depressão e ansiedade, o estudo aqui realizado, demonstrou que 74,6% dos sujeitos apresentavam um desses, ou mesmo, ambos diagnósticos. Quanto aos benefícios da religiosidade ligados à saúde mental, um estudo de revisão demonstrou que, na maioria das publicações sobre essa diáde, o maior envolvimento religioso se interligava com melhores indicadores de bem-estar psicológicos, assim sendo, com aspectos relacionados à felicidade e maior satisfação com a vida, além de se relacionar com menores índices de depressão e comportamentos suicidas, principalmente, quanto ao impacto positivo da religiosidade frente ao estresse e à ansiedade (ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006).

Em relação aos métodos das tentativas, 27,3% dos respondentes, alegaram a escolha por meio de substâncias químicas para atentar-se a vida. Um estudo sobre tendências suicidas, demonstrou que esse tipo de método foi mais evidenciado nas mulheres e tido como efeito protetor aos homens, pois eles optavam por meios mais cruéis e assertivos, tal como o uso de armas de fogo (HASSANIPOUR et al., 2019). Já o enforcamento, representou aqui, cerca de 10% entre os métodos referenciados, entretanto, um estudo indiano demonstrou que esse tipo de método apresentou um aumento de 56% entre os homens e 24% entre as mulheres, além de evidenciar que os números poderiam ser ainda maiores, dadas

as taxas serem subestimadas pela mídia local (ARYA et al., 2019).

Com relação a oferta/busca por auxílio em momentos de crises/estresse, grande parte dos sujeitos dessa pesquisa não buscou por apoio de terceiros (69%). Pereira et al., (2018) enfatizam que, àqueles que apresentam comportamentos suicidas, necessitam de redes sociais e familiares sustentáveis, porém que é necessário levar em consideração que, para conseguirem acessar tais redes, essas pessoas precisam de habilidades sociais adequadas, pois sem elas, não conseguirão pedir auxílio, mesmo que o apoio seja ofertado/presente.

À categorização das respostas descritivas do primeiro item da CRE, 89 sujeitos (34,2%), descreveram (em poucas palavras) que os maiores estresses dos últimos 3 anos, se relacionavam com problemas familiares, ou seja, que conferiam situações adversas entre parentes, dentre os principais constavam, o afastamento de pessoas queridas, conflitos diretos com filhos adolescentes, além de questões que se interligavam com a presença de comportamentos suicidas de alguém próximo.

Um participante relatou que o pior acontecimento foi quando sua filha tentou suicídio e outro afirmou a presença de tentativas de suicídio do sobrinho, frente a isso, ambos destacaram dificuldades de manejo dessas situações e sentimentos de impotência para lidar com tais questões. Dada limitação de aprofundamento neste estudo sobre essas questões, enfatiza-se que o familiar nem sempre se encontra preparado para ofertar o apoio necessário, dada complexidade dessa tarefa (MÜLLER; PEREIRA; ZANON, 2017).

Para Spies e Costa (2014), os familiares de pessoas que tentam/concretizam o suicídio expressam altos níveis de angústias e apresentam um intenso sofrimento (ficam perturbados emocionalmente), na busca por justificar e amenizar a situação. Para os autores, ainda, há uma forte relação entre o suicida e àqueles que apresentaram históricos familiares de suicídio (transgeracionais).

Ainda na categoria de problemas familiares, há relatos de participantes que se sentiam rejeitados por seus pais (desde a infância), além de situações provenientes de abusos físicos/mentais e violências domésticas, nos quais, alguns respondentes descreveram sobre as experiências negativas de seus relacionamentos, tais como, brigas, traições, não incentivo ao trabalho, entre outras.

Pereira et al. (2018) enfatizaram que as situações de violência conferem em uma maior vulnerabilidade ao outro, o que faz com que as pessoas não possuam recursos capazes de lidar com as situações difíceis e, quando ocorridas na infância, tendem a impactar na vida adulta, principalmente, no que se relaciona a

autoestima/autoeficácia dessas vítimas, pois também, condiciona ao aumento da ansiedade e depressão.

Cabe ainda, a mesma categoria acima (problemas familiares), que alguns participantes enfatizaram sobre experienciar a perda de algum ente e, frente a isso, ressaltaram que o luto e seu processo de aceitação ainda se faziam presentes e perturbadores, principalmente, quando essa perda ocorrera dentro do período pandêmico, no qual esse processo (muitas vezes) fora interrompido devido à distância social e a ausência de ritos fúnebres. Para Dantas et al. (2020), até o funeral é parte importante de um conjunto de comportamentos sociais que têm a intenção de demonstrar e compartilhar sentimentos de sofrimentos, sendo assim, tais rituais conferem o modo com as pessoas lidam com esse processo, sendo importantes para o momento de luto e aceitação. Quando esse luto não é experienciado e suas etapas não são bem contempladas, há uma intensificação do sofrimento e prejuízos nos processos de adaptação, o que eleva sinais de intensa tristeza, pensamentos invasivos e declínio nas relações interpessoais, contribuindo dessa forma, para a ausência de sentido da vida (CREPALDI et al., 2020).

Cerca de 14,6% (N=260) dos participantes exprimiram estar com a saúde debilitada/prejudicada, ou mesmo, receberam diagnósticos recentes sobre doenças mentais, presença de tumores e, até mesmo, apresentaram problemas relacionados a gestações. Dentro dessa mesma categoria (doença), as respostas também se relacionaram com a presença de transtornos mentais decorrentes (recém-manifestados) do período pandêmico, incluindo a ansiedade, distúrbios do sono e medo de contágio.

Li et al. (2020) examinaram os fatores que mais se relacionaram com o COVID-19 e demonstraram diversos estudos voltados para a presença e exacerbação da ansiedade, insônia, angústias e sintomas físicos, tais como, dores no corpo e tonturas.

Já 14,2% dos participantes da presente pesquisa, descreveram seus momentos conflituosos como sendo de ordem financeira (perda de empresa durante período pandêmico, desemprego/problemas no trabalho, incluindo o acúmulo de funções e baixa remuneração). Oliveira e Ribeiro (2021) abordam sobre a precarização do trabalho e consequências geradas por esse período pandêmico e, enfatizam, sobre a ocorrência de novos estressores, principalmente, quando categoriais específicas são forçadas a se reajustarem de maneira rápida, gerando “torções deflagradas” por esse momento, como é o caso dos professores e profissionais da área da saúde.

Ainda para Oliveira e Ribeiro (2021), é importante frisar que, quase 38% da amostra era composta por profissionais atuantes na área da educação e saúde (11,1% representavam os educadores e 26,5% os profissionais da saúde).

Quanto às respostas sobre o agrupamento “outros”, cerca de 18,8% dos participantes, elencaram prejuízos e estresse relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, como também, mencionaram sobre a sobrecarga emocional decorrente de processos educativos (faculdades, provas, exames de autoescola, etc).

Garcia e Sanchez (2020) discutem sobre o efeito do álcool e a saúde mental decorrentes do período de crise sanitária, enfatizando que seu uso deprime o sistema nervoso central e potencializa episódios depressivos/ansiosos, além de que pode representar uma elevação nas chances de suicídio. Os autores ainda apontam sobre as consequências a longo prazo e reforçam sobre o aumento do consumo nesse período, além da consequente redução de bem-estar como resposta ao estresse vivenciado.

Com relação às análises descritivas (média) dos índices da Escala CRE, observa-se que os participantes (em grande parte) demonstraram utilizar mais CRE positivo, do que negativo. O índice de razão de *coping* mais baixo, significa que possivelmente será maior o efeito benéfico geral do CRE, impactando na qualidade de vida e, conseqüentemente, no enfrentamento das situações estressoras. Os fatores P1 (transformação de si e/ou de sua vida) e P4 (pensamento positivo frente a Deus), como visto na Tabela 6, exprimiram aqui uma média mais alta, o que também é apoiado nos estudos sobre validação da CRE.

Com relação às dimensões religiosas e uso de *coping*, Huang e Torres (2019), trouxeram diferentes estudos a respeito da utilidade dessas estratégias e, demonstraram que, as formas de enfrentamento são únicas (varia de pessoa a pessoa), assim como, são diferentes conforme a religião exercida. Acrescentam também que, pessoas que utilizaram objetos religiosos no momento da internação, por exemplo, manifestaram-se mais seguras e otimistas em relação ao seu processo de adoecimento. Os autores relacionaram ainda, que nos estudos sobre algumas religiões, o uso de estratégias religiosas anulava a procura por profissionais de saúde (em casos de doenças graves), atribuindo a cura somente após ao exorcismo (expulsão do “diabo”).

Ainda para Huang e Torres (2019), as pesquisas sobre idosos contribuem para afirmar os dados obtidos no presente estudo, nos quais, evidenciam um melhor enfrentamento e uso de estratégias positivas quando essas são exercidas por

peças com mais idades (acima de 60 anos). Os autores ressaltaram que os aspectos religiosos foram tidos como elementos-chave para tais enfrentamentos.

Embora as médias relacionadas à impulsividade não tenham sido tão altas aqui, se mostram como importantes fatores de riscos de suicídio e, vale ressaltar que, muitos estudos associam esse traço ao uso de drogas e outras substâncias psicoativas (BARBI, 2018). Para Alasaarela et al., (2017), a impulsividade esteve fortemente associada aos comportamentos suicidas entre adolescentes e, evidenciaram que, dos meninos que apresentaram traços de impulsividade, cerca de 10,4%, morreram por suicídio enquanto ainda estavam sendo acompanhados.

Neto e Pelizzari (2021) também direcionam a impulsividade como sendo mais presente às fases da adolescência, nos quais os jovens podem transcorrer comportamentos de riscos, principalmente, por utilizarem álcool e por realizarem atividades perigosas, que burlam leis e os expõem aos mais diversos riscos. Outros achados sobre impulsividade, retratam sua ligação com maus tratos sofridos na adolescência/infância, cujo componente impulsivo tem sido bastante associado ao comportamento suicida e medidas de enfrentamento, principalmente, porque alterações neurobiológicas foram encontradas após história de abuso (CORREA; ROCHA, 2011).

Conforme exposto nos resultados, o uso de estratégias negativas (CREN) apresentou uma correlação moderada com os níveis de impulsividade, ou seja, pessoas que utilizam elementos mais voltados para negação (punição divina, mágoas institucionais, súplicas negativas e revolta), se correlacionaram mais com atitudes não planejadas/impulsivas. Mann et al. (1999) já consideravam que baixos níveis de serotonina estavam associados aos comportamentos mais impulsivos de pacientes deprimidos (com traços de tristeza) e agressivos.

7 CONCLUSÕES

Por se tratar de um fenômeno decorrente de várias causas e, por ser complexo, o suicídio e suas taxas em ascensões podem, fortemente, representar uma ligação ao período pandêmico. O medo, o isolamento e a desesperança podem assolar a vida cotidiana que, já se encontra prejudicada por deficiências no suporte social e religioso deste período. Além de que, dificuldades de acesso à saúde para pessoas que fazem tratamentos de doenças mentais (por exemplo) também se mostram ineficientes nesse momento, contribuindo para o aumento do número de casos e agravos dessas situações.

Os resultados deste estudo colaboram com a necessidade de reforçar as ações de saúde, principalmente, voltadas aos familiares de pessoas com comportamento suicida. Estes, sofrem com as consequências desses atos e não conseguem lidar com tais angústias, podendo também, desenvolver uma maior vulnerabilidade frente ao suicídio. Salienta-se, portanto, a necessidade um reforço nas ações voltadas à posvenção desses atos.

Cabe enfatizar que, o monitoramento dessas tentativas, durante o período de crise sanitária, encontrou-se em constantes reajustes e deficiências, sendo substancial a afirmação de políticas relacionadas aos “pós” confinamentos e períodos conturbados gerados pela crise econômica. Tais questões poderão refletir durante muito tempo na vida das pessoas.

Espera-se que este estudo possa contribuir com uma assistência de enfermagem mais assertiva e direcionada aos cuidados de saúde mental. Tendo em vista a importância do enfermeiro, enquanto agente promotor de saúde e mediador do cuidado terapêutico, torna-se imprescindível que o conhecimento gerado pela presente pesquisa, possa sustentar a prática e a assistência voltada aos cuidados desta população.

Além disso, enquanto gestor do trabalho, é importante que o enfermeiro possa contribuir (cada vez mais) com o manejo do paciente que se encontra em sofrimento psíquico, visto que ainda há um certo distanciamento com relação ao domínio das técnicas relacionadas à escuta terapêutica, muitas vezes, comprometida pelo tempo acúmulo de funções e, até mesmo, pelo próprio despreparo profissional.

É visível a necessidade de novos estudos que versam sobre o *coping* religioso e espiritual frente às tentativas de suicídio ao público idoso, pois, embora os dados dessa pesquisa sugiram que as pessoas utilizam estratégias mais

positivas, há uma expressa elevação de estudos sobre a crescente taxa de suicídio em idosos. Há, também, uma forte relação de *coping* religioso e o público em questão.

Em relação à impulsividade, é nítida a relação tênue entre esses atos e ao comportamento suicida, pois muitos são os aspectos relacionados à propensão do ato suicida, principalmente, quando ocorridas situações estressantes/de abuso na fase infantil, que pode refletir significativamente na fase adulta e ser mais atenuante na velhice. Além de que, os atos impulsivos se mostraram correlacionados com o uso de estratégias negativas para o enfrentamento religioso, o que sugerem a necessidade de novos estudos para identificarem melhor essa díade.

É de suma importância que estudos futuros possam extrapolar as barreiras regionais e analisar sujeitos que estejam em outras localidades (que não a região sul, presente neste estudo). Torna-se, também, um desafio futuro, a elaboração de pesquisas cujos focos sejam em atender uma escala de menor tamanho e repetitividade, dadas observações realizadas por Panzini e relatos de sujeitos da presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ALASAARELA, Lauri B. et al. Associação de impulsividade autorreferida a lesões autolesões não suicidas, suicídio e mortalidade em pacientes psiquiátricos adolescentes internados. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 2017. Disponível em: <https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2017/05000/Association_of_Self_reported_impulsivity_to.2.aspx>. Acesso em: 04 out 2021.
- ALMEIDA, Alexander M.; NETO, Francisco Lotufo; KOENIG, Harold G. Religiousness and mental health: a review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 2006, v. 28, n. 3. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/v6WPG8DFL5ND3gc4bmhsPRF/?lang=en#>>. Acesso em 11 Set. 2021.
- ANDRADE, Maria Betânia Tinti de et al. O nexó entre religiosidade/espiritualidade e o comportamento suicida em jovens. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 109-121, dez. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762020000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2021.
- ARYA, Vikas et al. Suicide by hanging is a priority for suicide prevention: method specific suicide in India (2001-2014). **Journal of Affective Disorders**, 2019. Available: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032719311176>>. Accessed: 12 out 2021.
- ARRUDA, Vilmeize Larissa. et al. Suicídio em adultos jovens brasileiros: série temporal de 1997 a 2019. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2021. Disponível em: <<https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/suicidio-em-adultos-jovens-brasileiros-serie-temporal-de-1997-a-2019/18037>>. Acesso em: 29 ago. 2021.
- BARBI, Karina B.S. **Impulsividade e manifestações do comportamento suicida em pacientes com diagnóstico de depressão**. Dissertação (mestrado). Unicamp, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2018. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/332680>>. Acesso em: 01 out 2021.
- BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, 2014, v. 25, n. 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>>. Acesso em: 25 abr 2021.
- BOTEGA, Neury José et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo. **Cad. Saúde**, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/xY3cvFBxmGnnGYWcxjyrw5h/?lang=pt>>. Acesso em 12 jul 2020.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017-2020**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf>. Acesso em 12 Jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020. Brasília, 2020. Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 de Jun. de 2020.p.64.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para procedimentos em pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual**. Brasília, DF, 24 de fev. 2021. Disponível em:< http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf>. Acesso em: 12 Set. 2021.

CARTER, Sarah P. et al. Suicide Attempts Among Racial and Ethnic Groups in a Nationally Representative Sample. **J. Racial and Ethnic Health Disparities**, 2021. Available from:< <https://link.springer.com/article/10.1007/s40615-021-01115-3#citeas>>. Accessed 28 Jun 2021.

CHEVANCE, A. et al. Garantir cuidados de saúde mental durante a epidemia de SARS-CoV-2 na França: uma revisão narrativa. **L'Encéphale**, 2020, v. 46. Ed. 3. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700620300737?via%3Dihub>> . Acesso em: 08 Jul. 2020.

CORREA, Humberto; ROCHA, Felipe F. Abuso e negligência na infância e comportamento suicida: pode a epigenética interligá-los? **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 2011, v. 33, n. 1. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0101-81082011000100001>>. Acesso em: 10 out 2021.

CREPALDI, Maria A. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia**, 2020, v. 37. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>>. Acesso em 01 ago 2021.

DANTAS, Clarissa de Rosalmeida et al. O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 2020, v. 23, n. 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5>>. Acesso em 13 ago. 2021.

DESLANDES, Suely Ferreira; COUTINHO, Tiago. O uso intensivo da internet por crianças e adolescentes no contexto da COVID-19 e os riscos para violências autoinflingidas. **Ciência e Saúde coletiva**, 2020, v. 25. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11472020>>. Acesso em: 30 set. 2021.

DIEMEN, Lisia et al. Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 2007, v. 29, n. 2. Available from:<<https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000020>>. Accessed: 07 nov. 2021.

DINIZ, Leandro Fernandes M. et al. Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. **J. Bras.Psiquiat.**, 2010. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/KJHvdcGNxgqy4DGCjHBnxqM/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em: 05 Set. 2021.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**. Ed. Martin Claret, 2002. *Le Suicide* (1897).

FILHO, Dalson B.F.; JÚNIOR, José Alexandre S. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson. **Revista Política Hoje**, 2009. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/viewFile/3852/3156>>. Acesso em: 15 Set. 2021.

FORTI, Samanta; SEBERNA, Carlos A.; SCADUTO, Alessandro A. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.21672018>. Acesso em: 25 Ago 2021.

GARCIA, Leila P.; SANCHEZ, Zila M. Consumo de álcool durante a pandemia da COVID-19: uma reflexão necessária para o enfrentamento da situação. **Cadernos de saúde pública**, 2020. Disponível em:< <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-10-e00124520.pdf>>. Acesso em: 07 dez 2021. Doi: 10.1590/0102-311X00124520

HASSANIPOUR, Soheil et al. Epidemiological trend of suicide in center of Iran from 2012 to 2016. **Clinical Epidemiology and Global Health**, 2019,v.7. Available from:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2213398418302525>>. Accessed: 30 set 2021.

IBGE- Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Censo demográfico: panorama**. Londrina, 2010a. Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>>. Acesso em: 05 out 2021.

IBGE- Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Censo demográfico: panorama**. Rolândia, 2010b. Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/rolandia/panorama>>. Acesso em: 05 out 2021.

JUNG, Sun. J.; YOUNG, Jin. Mental health and psychological intervention amid COVID-19 Outbreak: perspectives from South Korea. **Yonsei Medical Journal**, 2020. Available from:< <http://dx.doi.org/10.3349/ymj.2020.61.4.271>>. Accessed 30 Ago. 2021.

KEYNES, Katherine M. et al. Suicide and the agent-host-environment triad: leveraging surveillance sources to inform prevention. **Psychological Medicine**, 2021. Available from:< <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/suicide-and-the-agent-host-environment-triad-leveraging-surveillance-sources-to-inform-prevention/B9A6132BB52B6225B10BFCB355C0DB26>>. Accessed 02 Ago 2021.

LI, Dian.J. et al. Fatores relacionados ao COVID-19 associados a distúrbios de sono e pensamentos suicidas entre o público de Taiwan: uma pesquisa no Facebook. **Rev. Saúde Pública**, 2020. Disponível em:< <https://doi.org/10.3390/ijerph17124479>>, Acesso em: 07 Jul. 2020.

MANN, J.J. et al. Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. **Am J Psychiatry**, 1999. Available from:< https://www.researchgate.net/profile/Kevin_Malone5/publication/13299020_Toward_a_clinical_model_of_suicidal_behavior/links/0fcfd5118dcd9a23d5000000/Toward-a-clinical-model-of-suicidal-behavior.pdf>.

Acessed 09 out 2021.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Tentativa de suicídio em mulheres idosas - uma perspectiva de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2015, v. 20, n. 6. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02112015>>. Acesso em: 30 ago. 2021.

MINAYO, Maria Cecília S.; TEIXEIRA, Selena Mesquita O.; MARTINS, José Clerton O. Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice. **Estudos de Psicologia**, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160005>. Acesso em 15 jul 2021.

MONTEIRO, Daiane D. et al. Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. **Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415->. Acesso em: 25 nov. 2021.

MÜLLER, Sonia de Alcântara; PEREIRA, Gerson; ZANON, Regina Basso. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Psicol. IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 6-23, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2021.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>>. Acesso em: 12 ago 2021.

NANTES, A. C.; GRUBITS, S. A religiosidade/espiritualidade como um possível fator de ajuda à prevenção da prática suicida. **Revista Acadêmica de Filosofia e Teologia da Faculdade João Paulo II**, 2017. Disponível em: <<http://fajopa.com/contemplacao/index.php/contemplacao/article/view/155>>. Acesso em 03 Out. 2019.

NETO, Newton G. T. N.; PELIZZARI, João V. Análise da relação entre o abuso de álcool e comportamento suicida em jovens atendidos pelo CAPS AD de Cascavel/PR. **Journal of Health**, 2021. Disponível em: <<https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/300/232>>. Acesso em: 05 out. 2021.

OLIVEIRA, Graziella L.; RIBEIRO, Adalgisa P. Relações de trabalho e a saúde do trabalhador durante e após a pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, 2021, v. 37, n. 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00018321>>. Acesso em: 06 out 2021.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Uma a cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatística da OMS. Brasília (DF); 2021

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Coping (Enfrentamento) religioso/espiritual. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rpc/a/BxLcY5gJfkgTZRNl4kXxYFH/?lang=pt#>>. Acesso em: 10 set 2021.

PANZINI, Raquel G. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE)**: tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde

e qualidade de vida. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PASTORE, Edilson; LISBOA, Carolina. Desempenho cognitivo em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline com e sem histórico de tentativas de suicídio. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 139-159, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2021.

PEREIRA, Anderson S. et al. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2018, v. 23, n. 11. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>>. Acesso em 01 out de 2021.

PONTES, Antônio Carlos F. Ensino da Correlação de Postos no Ensino Médio. **19° SINAPE**- São Pedro, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.ime.unicamp.br/sinape/19sinape/node/905>>. Acesso em: 15 Ago. 2021.

RANUZI, Cristina et al. Pensamento suicida, depressão e religiosidade em uma população privada de liberdade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2020, v. 28. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3713.3368>>. Acesso em: 14 set. 2021.

RODRÍGUZ, Myour et al. COVID-19 Fear, Resilience, Social Support, Anxiety, and Suicide among College Students in Spain. **Int J. Environ Res Public Health**, 2021. Available from: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/15/8156>>. Accessed 25 Ago 2021.

SANTOS, Wagner J. et al. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. **Ciências e saúde coletiva**, 2013, v.18,n.8. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/rSQTvTNg3hbQWnsMg5YRNsB/?lang=pt#>>. Acesso em: 01 out. 2021.

SILVA, Máisa Carvalho; FARO, André. Comportamento suicida e religiosidade em estudantes de psicologia. **Mudanças**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 35-42, jun. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-32692020000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago 2021.

SOARES, Marcos Hirata. **A enfermagem prevenindo o suicídio por meio do relacionamento terapêutico**. Ed.1, Appris, Curitiba, 2019.

SOUSA, Girliani Silva de et al. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2017, v. 22, n. 9. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.14582017>>. Acesso em: 10 Ago. 2021.

SOUZA, Suerda F.; ANDRADE, Andréa G.; CARVALHO, Rita de Cássia P. Saúde mental e trabalho no contexto da pandemia por Covid-19: proposta para vigilância em saúde. **Rev. Baiana saúde pública**, 2021, v.45,n.1, p.125-39. Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3242/2779>>. Acesso em: 31 ago 2021.

SPIES, Pedro Canisio; COSTA, Cristofer Batista da. Suicídio: a percepção familiar sobre aquele que deu fim à própria vida. **Revista Psicologia em Foco**, 2014, v.6,n.8. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1573/1771>>. Acesso

em: 07 set. 2021.

VARAS, Denisse.J. et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study.

Brazilian Journal of Psychiatry, 2019. Disponível em :<

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjX9eLOmYDIAhWRGbkGHTibAusQFjABegQIABAB&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1516-44462019005003105&usg=AOvVaw0qPA-zP13MtlAcUZKpvY4x>. Acesso em: 03 Out. 2020.

VASCONCELOS, Paulino José de Albuquerque et al. Tentativa de suicídio, transtorno de estresse pós-traumático e fatores associados em mulheres do Recife.

Revista Brasileira de Epidemiologia, 2020, v.23. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1980-549720200010>>. Acesso em: 25 ago. 2021.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, 2013. Disponível em:<<https://scielosp.org/article/csp/2013.v29n1/175-187/#ModalArticles> >. Acesso em 28 Ago. 2021.

WERLANG, Blanca Guevara; BOTEAGA, Neury José. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WHO. World Health Organization. **Suicide in the world: Global Health Estimates**. 2018. Disponível em:<

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em 08 Jul. 2020.

ZANGARI, Wellington et al. **Psicologia e Religião: Histórico, Subjetivo, Saúde Mental, Manejo, Ética Profissional e Direitos humanos - Cartilha**. São Paulo, 2018.

Disponível em:< <http://www.hu.usp.br/wp-content/uploads/sites/340/2018/03/Cartilha-PsiRel-Inter-Psi-USP-2018.pdf>>. Acesso em: 24 Ago. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA “ASSOCIAÇÃO ENTRE COPING RELIGIOSO, DEPRESSÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “ASSOCIAÇÃO ENTRE COPING RELIGIOSO, DEPRESSÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA”, a ser realizada aqui na UEL. O objetivo da pesquisa é “identificar a relação entre a prática religiosa e a manutenção do comportamento suicida”. Sua participação é muito importante e ela se daria pelas respostas às questões de caracterização sociodemográfica e da prática religiosa e aos questionários, com um tempo estimado de 1 hora:

1. Escala CRE-Coping Religioso e Espiritual, composto por 87 questões;
2. Escala Barrat de Impulsividade, com 30 questões, de múltipla escolha.

Os questionários poderão ser respondidos de maneira remota (via correio eletrônico), assim como, por meio de formulário (Google “Forms”), além de poder ser enviado (impresso e entregue) à residência, caso não haja disponibilidade em preenchê-lo de modo remoto. Após o preenchimento dos questionários e participação na presente pesquisa, a equipe de pesquisadores se disponibiliza a atendê-lo (a) a qualquer momento, via telefone, para contactar em casos de necessidades, para escuta terapêutica. Além desta disponibilidade, os pesquisadores poderão entrar em contato mais duas vezes para monitoramento terapêutico.

Contamos com sua compreensão e paciência para colaborar com este estudo. Salienciamos que, pelo fato de se tratar de um tema pouco estudado e ao mesmo tempo relevante no Brasil, você estará colaborando para que se compreenda melhor, de forma científica, este tema tão polêmico, mas que pode vir a elucidar melhor como a prática religiosa, de fato, interage no cotidiano das pessoas. Você receberá também, um folheto educativo de mitos sobre suicídio e detecção precoce.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade, sendo os dados analisados de forma estatística.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são os de poder colaborar para a melhor compreensão da relação entre a prática religiosa e pensamentos/tentativas de suicídio, assim como, com a disponibilidade dos pesquisadores em receber chamadas telefônicas, quando se fizer necessário para monitoramento terapêutico. Espera-se que essa comunicação terapêutica/interpessoal possa auxiliar na melhor compreensão de si, assim como, na verbalização de seus sentimentos e reflexão dos problemas cotidianos presentes. Quanto aos riscos, não há riscos objetivos. Entretanto, **caso** haja qualquer desconforto ou mal-estar psicológico devido às perguntas, será ofertado o acompanhamento da equipe de Pesquisadores responsável pelo projeto na UEL.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (**Prof. Dr. Marcos Hirata Soares. Av. Robert Koch, 60 CCS-Departamento de Enfermagem, Telefones: 43 988268060 e 43 3371 2249. E-mail: mhirata@uel.br**, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br).

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você. Você também receberá uma cópia do Manual de Direitos dos Participantes de Pesquisa.

Londrina, ___de_____de 202_.

Pesquisador Responsável

RG: _____

(_____) **NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA**), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nº _____

1) Sexo: (F) (M)

2) Idade: _____.

3) Etnia

Amarela () Branca () Parda () Preta () Indígena () Outra () _____.

4) Escolaridade

Sem escolaridade () Ensino fundamental incompleto ()
 Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto ()
 Ensino médio completo () Ensino Superior () Pós- graduação () Mestrado ()
 Doutorado () Pós-Doutorado ()
 Outro () _____

5) Renda Salarial

_____ reais.
 Ocupação/Cargo /Profissão _____.

6) Situação conjugal:

Casado () Solteiro () Divorciado () União estável/amasiado (a) ()
 Outro ()

7) Filhos:

Sim () Não ().

8) Mora com quem:

Parceiro () Parceiro + filho (s) () Sozinho (a) ()
 Outros () _____.
 Número de pessoas na casa ().

9) Religião declarada:

Católica () Evangélica () Outro ()
 Espírita () Umbanda () Agnóstico/Ateu ()
 Espiritualista/ sem religião () Batuque ()

10) Quantas horas você se dedica à prática religiosa por semana (leitura, orações, etc)?

_____h/semana.

- **Qual o nome da Igreja/Entidade/ Instituição/ Centro religioso em que frequenta?**

_____.

11) Participa de atividades desenvolvidas por alguma Igreja?

Sim () Qual? _____

Não ().

12) Você tem algum tipo de transtorno mental (depressão, transtorno afetivo bipolar, transtorno de ansiedade, esquizofrenia, demência, autismo, etc) diagnosticado?

Sim () Não () Desconhece ().

- **Se sim, qual/quais?**

() Depressão () Transtorno de Ansiedade () Transtorno afetivo bipolar
() Esquizofrenia () Demência () Autismo () Outras psicoses.

13) Utiliza o celular?

Sim () Não ()

14) Utiliza o computador?

Sim () Não ()

15) Utiliza a internet?

Sim () Não ()

16) Utiliza as redes sociais?

Sim () Não ()

17) Quantas horas/dia utiliza a internet?

Menos que 1 hora ()

1 hora () 2 horas () 3 horas () 4 horas () 5 horas () 6 horas ()
7 horas ou mais () Não utiliza ()

18) Quantas horas/dia utiliza o celular?

Menos que 1 hora ()
1 hora () 2 horas () 3 horas () 4 horas () 5 horas () 6 horas ()
7 horas ou mais () Não utiliza ()

19) Quantas horas/dia utiliza o computador?

Menos que 1 hora ()
1 hora () 2 horas () 3 horas () 4 horas () 5 horas () 6 horas ()
7 horas ou mais () Não utiliza ()

20) O seu tempo destinado à internet aumentou durante a pandemia de COVID-19?

Sim () Não ()

21) O seu tempo destinado ao computador aumentou durante a pandemia de COVID-19?

Sim () Não ()

22) O seu tempo destinado ao celular aumentou durante a pandemia de COVID-19?

Sim () Não ()

23) Faz exercícios físicos? Se sim, qual?

Sim () Qual? _____
Não ().

24) E qual a frequência (horas/semana)?

1 vez () 2 vezes () 3 vezes () 4 vezes ou mais ().

25) Já pensou em tirar a própria vida?

Sim () Não ().
• Quantas vezes? _____.

26) Já tentou tirar a própria vida?

Sim (). Como? _____.
Não ().

27) Buscou por ajuda?

Sim () Onde/quem? _____ Não ().

28) Recebeu ajuda de alguma Instituição religiosa?

Sim () Qual/Como? _____.

Não ().

29) Em casos de tentativas, houve alguma sequela física?

Sim () Qual? _____.

Não ().

30) Fez uso de Substância Psicoativa?

Álcool () Cigarro() Maconha() Crack() Cocaína() Outros _____

31) Faz (atualmente) uso de Substância Psicoativa?

Álcool () Cigarro() Maconha() Crack() Cocaína() Outros _____

- **Se fez/faz uso, com quantos anos iniciou o consumo?**
_____.
- **Se conseguiu interromper o consumo, há quanto tempo está sem fazer uso?**
_____.
- **Por qual/quais razão/razões acredita que conseguiu abandonar o uso?**

_____.
- **Teve recaídas ao longo da vida, até hoje?**

Sim () Não ().

- **Se teve recaídas, quantas vezes?**
_____.

32) Atividades de lazer?

Sim () Qual? Viagem () Clube () TV/filme () Dança () Esporte ()
Livros () Saída com amigos/família () Outros ()_.

Não ().

ANEXOS

ANEXO A- ESCALA DE COPING RELIGIOSO E ESPIRITUAL

ESCALA CRE- ESCALA DE COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL PANZINI E BANDEIRA (2005) - VERSÃO BRASILEIRA DA RCOPE SCALE (PARGAMENT, KOENIG & PEREZ, 2000).

Estamos interessados em saber o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você. Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu nos últimos três anos. Por favor, descreva-a em poucas palavras:

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo: Tentei dar sentido à situação através de Deus.

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

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número **(1)**

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

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

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

Se você tentou **muitíssimo**, circule o **(5)**

Lembre-se: Não há opção certa ou errada. Marque só uma alternativa em cada questão.

Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros

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

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

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

3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas

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

4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios

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

5. Procurei uma ligação maior com Deus

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

6. Questionei o amor de Deus por mim

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

7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim (1)

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

8. Procurei uma casa religiosa ou de oração

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

9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação

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

10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

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

11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo

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

12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)

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

13. Procurei em Deus força, apoio e orientação

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

14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu

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

15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

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

16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação

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

17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida

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

18. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

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

19. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa (1)

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

20. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus

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

21. Fui a um templo religioso

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

22. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus

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

23. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé

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

24. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material

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

25. Senti que Deus estava atuando junto comigo

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

26. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem

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

27. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas

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

28. Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação

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

29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc)

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

30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida

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

31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas

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

32. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado

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

33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos

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

34. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus

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

35. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora

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

36. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus

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

37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

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

38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida

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

39. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)

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

40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas

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

41. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado

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

42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas

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

43. Procurei por um total re-despertar espiritual

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

44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa (1)

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

45. Rezei por um milagre

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

46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente

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

47. Confiei que Deus estava comigo

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

48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas

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

49. Procurei a misericórdia de Deus

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

50. Pensei que Deus não existia

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

51. Questionei se até Deus tem limites

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

52. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade

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

53. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer

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

54. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa

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

55. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...

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

56. Pedi perdão pelos meus erros

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

57. Participei de sessões de cura espiritual

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

58. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele

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

59. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros

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

60. Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais

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

61. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto

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

62. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo

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

63. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas

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

64. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle

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

65. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos

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

66. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)

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

67. Procurei auxílio através da meditação

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

68. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

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

69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus

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

70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu

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

71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior

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

72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

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

73. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando (1)

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

74. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais

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

75. Montei um local de oração em minha casa

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

76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus

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

77. Procurei auxílio nos livros sagrados

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

78. Imaginei o que teria feito para Deus me punir

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

79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus (1)

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

80. Procurei conversar com meu eu superior

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

81. Voltei-me para a espiritualidade

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

82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos (1)

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

83. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

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

84. Questionei se Deus realmente se importava

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

85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente

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

86. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude

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

87. Busquei uma casa de Deus

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

OBRIGADO POR PARTICIPAR!

ANEXO B- ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRATT

ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRATT- BIS 11 (ADAPTADA PELO AUTOR)

Instruções: As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações. Esta é uma escala para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. Leia cada afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Não gaste muito tempo em cada afirmação. Responda de forma rápida e honestamente.

Afirmações

1. Eu planejo tarefas cuidadosamente.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

2. Eu faço coisas sem pensar.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

3. Eu tomo decisões rapidamente.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desencanado").

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

5. Eu não presto atenção.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

6. Eu tenho pensamentos que se atropelam.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

7. Eu planejo viagens com bastante antecedência.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

8. Eu tenho autocontrole.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

9. Eu me concentro facilmente.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

10. Eu economizo (poupo) regularmente.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

11. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

12. Eu penso nas coisas com cuidado.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

13. Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego).

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

14. Eu falo coisas sem pensar.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

15. Eu gosto de pensar em problemas complexos.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

16. Eu troco de emprego.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

17. Eu ajo por impulso.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

18. Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

19. Eu ajo no “calor” do momento.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

20. Eu mantenho a linha de raciocínio (“não perco o fio da meada”).

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

21. Eu troco de casa (residência).

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

22. Eu compro coisas por impulso.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

23. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

24. Eu troco de interesses e passatempos (“hobby”).

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

26. Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras idéias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre / Sempre ()

28. Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre /
Sempre ()

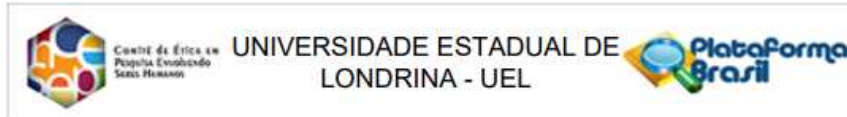
29. Eu gosto de jogos e desafios mentais.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre /
Sempre ()

30. Eu me preparo para o futuro.

Raramente ou nunca () De vez em quando () Com freqüência () Quase sempre /
Sempre ()

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE RELIGIÃO, USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, DEPRESSÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA

Pesquisador: Marcos Hirata Soares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36315020.5.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

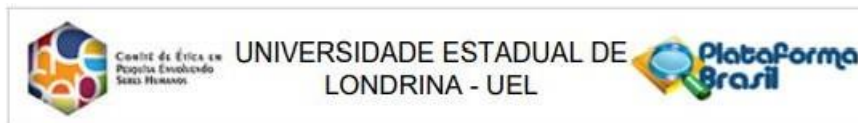
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.276.621

Apresentação do Projeto:

"Sabe-se que a civilização humana, frente ao seu contexto sociocultural, sofre mudanças constantes e, mediante seu progresso, é marcado por impactos que nem sempre são favoráveis à sua condição de vida. Diante de tais transformações, o homem passa a explorar estilos de vida que correspondem às suas necessidades atuais, como é o caso do uso de álcool, que expressa o aumento momentâneo de prazer à fim de diminuir seu sofrimento. Entretanto, tal sofrimento, associados ao uso de substâncias de maneira abusiva, assim como à falta de apoio sócio-religioso, podem levar à consequências irreparáveis, como é o caso do suicídio, que se encontra como a quarta causa de óbitos entre os jovens. Objetiva-se, diante desse contexto, verificar a associação entre o coping religioso/espiritual e o uso de substâncias psicoativas e/ou a tentativa de suicídio, cuja metodologia pautará-se em um estudo transversal/correlacional. A amostra será composta por membros de entidades religiosas, onde será realizado, inicialmente, o contato com a Instituição religiosa para captação e, posteriormente, entrará-se em contato com o sujeito para agendamento de entrevista e aplicação de Instrumentos/questionários (Escala de Coping Religioso e Espiritual, Questionários próprios, Escala de Impulsividade de Barratt, Teste Assist e Intervenção Breve), podendo estes, serem respondidos de maneira remota via correio eletrônico, formulário eletrônico on-line, ou em última opção, impresso e entregue na residência. Estima-se que a amostra seja composta de 300 sujeitos que atendam às características, sendo 150 usuários de substâncias químicas e 150 com histórico de tentativas de suicídio. Após a participação na

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário
UF: PR **Município:** LONDRINA **CEP:** 86.057-970
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.276.621

pesquisa, serão realizados mais dois contatos (via telefone) para monitoramento terapêutico. Posteriormente à coleta, os dados serão analisados e codificados na planilha eletrônica do Microsoft Excel (2016) para o Windows e analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 26.0, com apresentação de estatísticas descritivas. Com isso, espera-se que o estudo possa trazer benefícios relacionados à proteção do sujeito com relação às novas tentativas de suicídio, assim como, na identificação da influência que o coping religioso/espiritual possivelmente impacta frente ao abandono do consumo de substâncias psicoativas."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar a associação entre o coping religioso/espiritual e o uso de substâncias psicoativas e/ou a tentativa de suicídio.

Objetivo Secundário:

Identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos sujeitos em uso/abandono de substâncias psicoativas;

Correlacionar o coping religioso/espiritual com as variáveis sociodemográficas e clínicas;

Analisar a associação entre prática religiosa e comportamento suicida a médio e longo prazo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Constrangimento/desconforto pelas respostas que podem suscitar à tona sentimentos de dúvida de sua fé, prática religiosa ou espiritualidade.

O pesquisador se obriga a suspender a pesquisa, imediatamente, quando identificar prejuízos ao (s) sujeito (s) participante (s) da pesquisa, principalmente, quando o mesmo perceber que tal pesquisa está gerando danos diretos à saúde do entrevistado. Tais danos podem ser de origem/ordem física e/ou psicológica, espiritual, cultural, ideológica e, também, aos quais não constar (tais danos) no Termo de Consentimento, como por exemplo, os danos decorrentes de informações confidenciais. O encerramento se dará quando todos os critérios de pesquisa forem cumpridos.

Benefícios:

O benefício esperado para o estudo em questão, norteia-se pela proposta de monitoramento

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário
UF: PR **Município:** LONDRINA **CEP:** 86.057-970
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** uep205@uel.br



Continuação do Parecer: 4.276.621

constante que será realizado mediante à necessidade do sujeito da pesquisa (além dos dois contatos feitos após a participação na pesquisa) em contactar à qualquer horário o pesquisador, podendo realizar "chamadas telefônicas", na tentativa de auxiliar em momentos de crises (escuta terapêutica). Àqueles que se perceber ou relatarem e em dúvida de sua fé ou espiritualidade, serão orientados a procurar os responsáveis na sua instituição religiosa, assim como a própria equipe de pesquisadores, ao perceber tais problemas, também farão tal contato.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para a obtenção de informações que poderão auxiliar na compreensão do assunto proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

QUANTO À FOLHA DE ROSTO:

- A folha de rosto contém a assinatura do pesquisador responsável;
- Contém a assinatura do responsável pela instituição onde se realizará a pesquisa - Chefe do Departamento de Enfermagem - CCS - UEL.

QUANTO AO TCLE:

- O TCLE está construído de acordo com as resoluções vigentes (466/2012).
- A redação está em forma de convite com linguagem clara e acessível apropriada aos participantes;
- Apresenta o título, nome do responsável pela pesquisa, local de realização da pesquisa objetivos, detalhamento dos procedimentos e métodos a serem utilizados, benefícios da pesquisa, riscos e desconfortos decorrentes da participação na pesquisa juntamente com providências de acolhimento e formas de minimizar, reduzir ou evitar os riscos;
- Está garantida a plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso acarrete em qualquer ônus ou prejuízo ao participante;
- Está garantida a manutenção do sigilo e da confidencialidade dos voluntários preservando a sua identidade durante toda a pesquisa;
- Foi garantido ao voluntário o direito ao ressarcimento das possíveis despesas decorrentes da pesquisa;
- Consta no TCLE informações referentes ao e-mail, telefone pessoal e endereço do responsável pela pesquisa, bem como informações do e-mail, telefone e endereço do CEP-UEL;

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 CEP: 86.057-970
 E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.276.621

- Garantia que TCLE será em duas vias, sendo uma entregue ao participante e a outra que ficará com o pesquisador.

QUANTO À DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE:

- As declarações de autorização foram apresentadas;
- Apresenta o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal;
- Informa o que será realizado na instituição coparticipante;
- Informa o período em que os dados serão coletados;
- Apresenta a assinatura do responsável pela instituição - Presidente do Centro de Recuperação de Dependentes Químicos e Alcoólatras;
- Apresenta a assinatura do responsável pela instituição - Gerente do Centro de Assistência e Recuperação de Vidas Morada de Deus;
- Apresenta a assinatura do responsável pela instituição - Presidente do Ministério Evangélico Provida Meprovi;
- Apresenta a assinatura do responsável pela instituição - Pastor da Sétima Igreja Evangélica Pentecostal o Brasil para Cristo de Londrina;
- Indica que a coleta de dados somente ocorrerá após a aprovação do projeto pelo CEP-UEL.

QUANTO AO CRONOGRAMA:

- Está adequadamente descrito, indicando cada fase do estudo;
- A coleta de dados está prevista para o período de 01/10/2020 a 30/06/2021;
- Indica que a coleta de dados terá início apenas após aprovação do CEP.

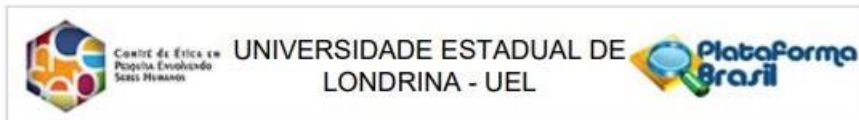
QUANTO AO ORÇAMENTO:

- A pesquisa apresenta o orçamento detalhado com financiamento próprio, no valor de R\$ 400,00;
- Há coerência entre o método e o orçamento apresentados.

DECLARAÇÃO DE PSICÓLOGA E MÉDICOS NA EQUIPE PARA AMPARO AOS VOLUNTÁRIOS

- Foi apresentada uma Declaração do MEPROVI, informando que a psicóloga e a equipe de médicos voluntários, farão o atendimento dos voluntários, caso haja necessidade ou agudização do quadro de sofrimento.
- Apresenta uma Declaração da Morada de Deus, assumindo o suporte para amparar os voluntários na pesquisa para qualquer demanda de atendimento. Esse atendimento se dará por

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.276.621

equipe multidisciplinar: médico psiquiatra, assistente social, psicólogos, gestor social, educadores sociais e pastores, com atendimento psicossocial e espiritual.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

- I. Escala CRE-Coping Religioso e Espiritual, composto por 87 questões;
- II. Escala Barrat de Impulsividade, com 30 questões, de múltipla escolha, se houver histórico de tentativa de suicídio e/ou;
- III. Teste ASSIST, para triagem do envolvimento com substâncias psicoativas, caso haja histórico atual ou anterior.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

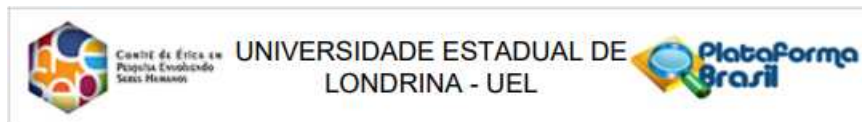
UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.276.621

publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1599253.pdf	05/09/2020 09:41:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_2020.docx	05/09/2020 09:38:46	ISADORA RODRIGUES ROSSIGNOLO	Aceito
Outros	declaracao_md.pdf	02/09/2020 08:54:09	ISADORA RODRIGUES ROSSIGNOLO	Aceito
Declaração de concordância	cartameprovipsico.pdf	27/08/2020 19:05:58	Marcos Hirata Soares	Aceito
Outros	Cartilha_mc.docx	05/08/2020 20:38:02	ISADORA RODRIGUES ROSSIGNOLO	Aceito
Outros	Cartilha_alcool.docx	05/08/2020 20:36:35	ISADORA RODRIGUES ROSSIGNOLO	Aceito
Outros	cartilhamudandocomportamentos.docx	05/08/2020 08:25:58	ISADORA RODRIGUES ROSSIGNOLO	Aceito
Outros	Cartilha_Tabaco.pdf	05/08/2020 08:24:49	ISADORA RODRIGUES ROSSIGNOLO	Aceito
Outros	Cartilha_suicidio.pdf	05/08/2020 08:21:40	ISADORA RODRIGUES ROSSIGNOLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.doc	31/07/2020 12:26:03	ISADORA RODRIGUES ROSSIGNOLO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/07/2020 09:36:35	Marcos Hirata Soares	Aceito
Outros	moradededeus.pdf	27/07/2020 08:51:39	Marcos Hirata Soares	Aceito
Outros	cartameprovi.pdf	27/07/2020 08:49:25	Marcos Hirata Soares	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 CEP: 86.057-970
 E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Psicologia envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 4.276.621

Outros	cartaigrejabrasilparacristo.pdf	27/07/2020 08:49:11	Marcos Hirata Soares	Aceito
--------	---------------------------------	------------------------	----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 14 de Setembro de 2020

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br