

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

Victoria Regia Duarte de Matos

**Religiosidade/espiritualidade, sintomas depressivos, ansiosos,
esperança e felicidade em crianças e adolescentes em acolhimento
institucional**

Juiz de Fora

2025

Victoria Regia Duarte de Matos

**Religiosidade/espiritualidade, sintomas depressivos, ansiosos,
esperança e felicidade em crianças e adolescentes em acolhimento
institucional**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde. Área de concentração: Pesquisa em Saúde Humana.

Orientador: Doutor Alexander Moreira-Almeida

Coorientadora: Doutora Márcia Helena Fávero de Souza

Juiz de Fora

2025

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

Matos, Victoria Regia Duarte de.

Religiosidade/espiritualidade, sintomas depressivos, ansiosos, esperança e felicidade em crianças e adolescentes em acolhimento institucional / Victoria Regia Duarte de Matos. -- 2025.

125 p.

Orientador: Alexander Moreira-Almeida

Coorientadora: Márcia Helena Fávero de Souza

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde, 2025.

1. Institucionalização. 2. Espiritualidade. 3. Religião. 4. Felicidade. 5. Esperança. I. Moreira-Almeida, Alexander, orient. II. Souza, Márcia Helena Fávero de, coorient. III. Título.

Victoria Regia Duarte de Matos

Religiosidade/espiritualidade, sintomas depressivos, ansiosos, esperança e felicidade em crianças e adolescentes em acolhimento institucional

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

Aprovada em 5 de agosto de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alexander Moreira de Almeida - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Márcia Helena Fávero de Souza - Coorientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Raquel Bellini de Oliveira Salles

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Guilherme Vanoni Polanczyk

Universidade de São Paulo

Juiz de Fora, 04/07/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Alexander Moreira de Almeida, Professor(a)**, em 05/08/2025, às 19:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Helena Favero de Souza Tostes, Professor(a)**, em 13/08/2025, às 14:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raquel Bellini de Oliveira Salles, Professor(a)**, em 14/08/2025, às 13:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **GUILHERME VANONI POLANCZYK, Usuário Externo**, em 29/09/2025, às 10:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Dedico este trabalho às crianças que
oraram para ter uma família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, pela oportunidade de trilhar o caminho que me trouxe até aqui e por me apoiar diante dos desafios. Agradeço à banca pelo cuidado e empenho dedicados à revisão deste trabalho. Tenho certeza de que os apontamentos serão de enorme enriquecimento.

Agradeço ao meu orientador, Alexander Moreira-Almeida, cuja paciência e atenção são comparáveis apenas às da minha querida coorientadora, Márcia Fávero. É notório o empenho de ambos em cada detalhe, o apoio em cada etapa do processo. Ao professor Alexander, em especial, sou grata pelas risadas e por tornar mais leve a vida acadêmica. Por me fazer sentir acolhida em uma cidade nova e por, de modo único, fazer eu mesma me espantar com a potencialidade de minha (nossa) pesquisa. Não só foi para mim um orientador, mas acima de tudo um amigo sincero que soube trabalhar as habilidades que me faltavam, mostrando-me com destreza os caminhos da excelência e humildade intelectual. Espero que seja uma amizade longa. À professora Márcia, que logo no início esteve comigo nas diversas etapas da pesquisa, transferindo sua delicadeza com o público infantil para o modo pelo qual escrevíamos os projetos. Agradeço pela sua orientação clínica, pelo seu olhar atento e carinhoso, considerando o bem-estar de cada criança e pensando sempre no melhor modo de nos comunicarmos com elas. Seu entusiasmo com a pesquisa, celebrando junto comigo nossas conquistas e, em especial, os diversos resultados positivos, me deixaram sempre muito alegre e desejosa de fazer mais. Seu apoio e sua amizade sincera significam muito para mim.

Agradeço à minha bisavó, Luzia Pereira Duarte, que me ensinou a orar e me mostrou com seu amor e sua ternura o nome de todos os santos para que, enfim, eu soubesse dizer o nome de Deus. Sem a senhora, “vó”, eu não seria possível. Cada terço rezado trouxe-me um pouco mais para o caminho do Bem, do Belo e da Verdade. Que Ele cuide bem da senhora, assim como você cuidou de mim.

Agradeço ao Carlos por, antes de mim mesma, saber que eu era capaz de realizar esse estudo. Por ter me estimulado em cada passo do caminho e suportado cada dia difícil. Por encontrar caminhos onde eu só vi obstáculos. Por ter me lembrado de quem eu era. Por ter feito questão de que eu descansasse quando eu não

conseguia enxergar sequer o fim do dia de trabalho. Por me trazer infinitos chás e me fazer sorrir a cada pausa. Não existiria a dissertação sem a Victoria, mas não existiria a Victoria sem o Carlos. Obrigada por cada chocolate seu que você deixou que eu roubasse.

Agradeço à minha família por acreditar em mim e me estimular, mesmo à distância. Em especial, agradeço ao meu pai, Raimundo Matos, pelo amor e carinho. Em cada conquista, o senhor me estimulou e parabenizou, acreditando em mim mais que eu mesma. Agradeço à minha irmã Letícia, por quem meu amor transborda, a quem eu admiro e que tanto me estimula a continuar estudando. Agradeço cada conversa no telefone, em que conversamos sobre tudo e em que você me dizia sempre “que legal, Vic, você é muito inteligente”. Você me faz querer ser melhor sempre. Agradeço ao Yan, por acreditar em mim e me mostrar que sempre ouviu meus conselhos com atenção, ainda que do seu modo tímido.

Agradeço ao professor Eduardo Borges por suas excelentes aulas de estatística e bioestatística que, de forma didática e calma, me ajudaram a compreender conceitos antes desconhecidos para mim. Agradeço ao professor Alexandre Zanini pela disponibilidade em cada etapa do processo de análise estatística, por cada tarde passada ouvindo suas explicações didáticas e cada dúvida tirada por e-mail. Agradeço pela “terapia estatística” ao ouvir meus desabafos e por tratar com muita consideração meus receios, esclarecendo-os todos. Sem seu apoio, esse trabalho seria muito mais empobrecido.

Agradeço a todos os colegas do Nupes que me apoiaram, em especial a Taís, Eric, Bruno e Victoria, que fizeram parte dessa maravilhosa caminhada. Agradeço a amizade, os conselhos, os cafés tomados juntos e a torcida recíproca pela felicidade e sucesso de cada um. A Taís por compartilhar a saudade do Nordeste juntas e me envolver com sua alegria contagiante. Agradeço a Victoria Almeida por dividir cada conquista e também cada aperto. Obrigada amiga por seu companheirismo, sua amizade, seu acolhimento. Por me fazer sentir acolhida em Juiz de Fora, por me mostrar todos os seus lugares favoritos e cada doceria. Por se preocupar comigo e me dar tantos conselhos tranquilizadores quando eu não sabia o que fazer. Você será sempre The First para mim. Agradeço à minha bolsista, Iara Aparecida, que esteve ao meu lado em diversas etapas dessa pesquisa e compartilhou comigo dificuldades, alegrias e desabafos.

Agradeço a todas as diretoras das instituições de acolhimento, em especial a Angra, Mariane e Miriam. Agradeço também a equipe técnica, em especial Amanda e Camila. Todas vocês foram essenciais para que esse trabalho acontecesse. Agradeço o apoio, a disponibilidade em ajudar com as informações e os direcionamentos. Sei que o trabalho de vocês requer muito amor e dedicação e espero que esta pesquisa as ajude a conduzi-lo ainda melhor.

Agradeço a quem esteve comigo desde a graduação, apoiando e incentivando cada passo dessa jornada. A queridíssima professora Susana Kramer, quem ouviu desabafos, vibrou comigo a cada conquista e deu sempre conselhos valiosos sobre a pesquisa e me direcionou ao lidar com instituições de acolhimento e crianças acolhidas. A oportunidade dada à sua extensionista em instituições de acolhimento por meio do Laboratório de Relações Interpessoais (L'ABRI) no Ceará rendeu muitos frutos, Su. Sou grata à amiga e companheira de pós-graduação, Mariana Dutra, que me apoiou e comemorou cada conquista, aprovação em Comitê de Ética e continua me incentivando sempre. A Camila Leonardo, amiga e incrível psicóloga, que trilhou comigo os caminhos na extensão em acolhimentos institucionais e em quem eu me espelhei para ter maior empatia com cada criança e aprender a ver a história e esperanças por trás de cada rostinho.

Aos secretários do Programa de Pós-Graduação em Saúde, incansáveis e extremamente prestativos, Fabiano e Sônia. Agradeço à paciência em cada esclarecimento de dúvida, à disponibilidade em conversar sobre cada etapa burocrática e por torcer pela pesquisa de cada aluno com alegria e entusiasmo. Na excelência de como vocês conduzem seus trabalhos diários, muitos outros trabalhos acadêmicos se abrigam e prosperam.

A minha psicoterapeuta, Márcia Populo, sem quem esse trabalho não teria sido concluído. Sua empatia e doçura transformaram minhas angústias em otimismo e esperança.

Este frasco — disse ela — contém a luz da estrela de Eärendil engastada nas águas de minha fonte. Brilhará ainda mais quando a noite cair ao seu redor. Que essa luz ilumine os lugares escuros por onde passar, quando todas as outras luzes se apagarem (Tolkien, 2001).

RESUMO

Introdução: Estima-se que existam até nove milhões de crianças acolhidas em instituições no mundo, contexto de risco à saúde mental, sendo necessário investigar fatores protetores. **Objetivo:** Investigar a associação entre religiosidade/espiritualidade e saúde mental (sintomas depressivos, ansiosos, esperança e felicidade) em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. **Método:** Estudo quantitativo transversal que convidou todas as crianças e adolescentes entre 7 a 17 anos em acolhimento institucional em Juiz de Fora (MG). Foram utilizados um questionário sociodemográfico, BMMRS (Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade), escala de Felicidade Subjetiva, Generalised Anxiety Disorder (GAD-7), Inventário de Depressão Infantil (CDI) e Escala de Esperança de Herth. **Resultados:** A amostra possui 43 indivíduos (28 masculinos), média de idade de 12 anos (± 2 DP) e de 420 dias acolhidos (± 317). Os escores médios foram: 11 (± 5) para ansiedade, 17 para depressão (± 11), 4.7 (± 1) para felicidade e 36 (± 5) para esperança. Na subescala valores/crenças, na afirmativa “creio em um Deus que cuida de mim”, 95% (n=41) afirmaram “concordar” ou “concordar totalmente”. Na subescala autoavaliação global, na afirmativa “quanto importante é a religião e a espiritualidade para você”, 76% (n=33) respondeu “importante” ou “muito importante”. Quando questionados sobre o que era considerado mais importante em suas vidas, diante de uma lista de 10 itens, 56% (n=24) respondeu que Deus estava em primeiro lugar na sua vida e 7% (n=3) respondeu Religião. Sobre a filiação religiosa, 44% (n=19) afirmou não possuir religião, 34% (n=15) se declarou evangélico, 13% (n=6) afirmou ser católico e 9% (n=4) eram de religiões de matriz africana. Sentir a presença de Deus com maior frequência foi associado a três vezes mais chances de se sentir capaz de dar e receber amor. Indivíduos que declararam encontrar força e conforto na religião tinham nove vezes mais chances de se sentirem muito fortes (OR = 10,29 IC 95% 2,29–46,25), quatro vezes menos chances de pensar em se matar (OR = 0,22 IC 95% 0,06–0,82), três a quatro vezes mais chances de saber aonde quer ir na vida (OR = 4,95 IC 95% 1,24–19,69), e de identificar-se com pessoas felizes (OR = 4,15 IC 95% 0,93–18,40). Sentir o amor de Deus, diretamente ou por meio dos outros, foi associado a cinco vezes mais chances de se sentir capaz de dar e receber amor/afeto (OR = 6,30

IC 95% 1,44–27,45), a oito vezes menos chances de se sentir nervoso, ansioso ou muito tenso (OR = 0,13 IC 95% 0,03–0,58) e a três vezes mais chances de estar otimista em relação à vida (OR = 4,51 IC 95% 1,03–19,65). **Conclusão:** Crianças e adolescentes acolhidos atribuem muita importância à espiritualidade e religiosidade em suas vidas, com prevalência relativamente alta de esperança e felicidade, sendo necessária atenção a escores clinicamente significativos de depressão e ansiedade. Variáveis de religiosidade e espiritualidade estão fortemente associadas a se identificarem com pessoas mais felizes, a se sentirem mais otimistas, a menores escores de sintomas depressivos e ansiosos.

Palavras-chave: Institucionalização. Espiritualidade. Religião. Criança. Adolescente. Felicidade. Esperança. Ansiedade. Depressão.

ABSTRACT

Introduction: It is estimated that there are up to nine million children in institutional care worldwide, a context that poses a risk to mental health, making it necessary to investigate protective factors. **Objective:** To investigate the association between religiosity/spirituality and mental health (depressive and anxiety symptoms, hope, and happiness) in children and adolescents in institutional care. **Method:** A cross-sectional quantitative study was conducted with all children and adolescents aged 7 to 17 years in institutional care in Juiz de Fora (MG). A sociodemographic questionnaire, BMMRS (Brief Multidimensional Measure of Religiosity/Spirituality), Subjective Happiness Scale, Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), Children's Depression Inventory (CDI), and Herth Hope Scale were used. **Results:** The sample consisted of 43 individuals (28 males), with a mean age of 12 years (± 2 SD) and 420 days in care (± 317 SD). The mean scores were: 11 (± 5 SD) for anxiety, 17 for depression (± 11 SD), 4.7 (± 1 SD) for happiness, and 36 (± 5 SD) for hope. On the values/beliefs subscale, in response to the statement "I believe in a God who cares for me," 95% (n=41) said they "agree" or "strongly agree." On the global self-assessment subscale, in response to the statement "How important are religion and spirituality to you," 76% (n=33) answered "important" or "very important." When asked what was considered most important in their lives, from a list of 10 items, 56% (n=24) responded that God was first in their lives and 7% (n=3) responded Religion. Regarding religious affiliation, 44% (n=19) stated that they had no religion, 34% (n=15) declared themselves to be evangelical, 13% (n=6) stated that they were Catholic, and 9% (n=4) belonged to African-based religions. Feeling God's presence more often was associated with a threefold increase in the likelihood of feeling capable of giving and receiving love. Individuals who reported finding strength and comfort in religion were nine times more likely to feel very strong (OR = 10.29, 95% CI 2.29–46.25), seven times less likely to think about killing themselves (OR = 0.22, 95% CI 0.06–0.82), three times more likely to know where they want to go (OR = 4.95, 95% CI 1.24–19.69), and to identify with happy people (OR = 4.15, 95% CI 0.93–18.40). Feeling God's love, either directly or through others, was associated with five times more likely to feel capable of giving and receiving love/affection (OR = 6.30, 95% CI 1.44–27.45), eight times less likely to feel nervous, anxious, or very tense (OR = 0.13, 95% CI 0.03–0.58), and three times more likely to be optimistic about life (OR = 4.51, 95% CI 1.03–19.65).

Conclusion: Children and adolescents in foster care attach great importance to spirituality and religiosity in their lives, with a relatively high prevalence of hope and happiness, requiring attention to clinically significant scores of depressive and anxious symptoms. Variables of religiosity and spirituality are strongly associated with identifying with happier people, feeling more optimistic, and lower scores of depressive and anxious symptoms.

Keywords: Institutionalization. Spirituality. Religion. Child. Adolescent. Happiness. Hope. Anxiety. Depression.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Dados sociodemográficos.....	33
Tabela 2 –	Perfil demográfico dos acolhidos.....	33
Tabela 3 –	Lista de prioridades.....	37
Tabela 4 –	Perfil de religiosidade/espiritualidade dos acolhidos.....	38
Tabela 5 –	Sintomas depressivos.....	43
Tabela 6 –	Sintomas ansiosos.....	50
Tabela 7 –	Esperança.....	51
Tabela 8 –	Escala de felicidade subjetiva.....	53
Tabela 9 –	Correlações entre idade e escores totais de depressão, ansiedade, esperança e felicidade.....	54
Tabela 10 –	Associação entre idade e pensar e se matar.....	55
Tabela 11 –	Associações entre itens em lista de prioridades de vida e desfechos de saúde mental positiva e negativa.....	57
Tabela 12 –	Regressão logística de preditor religiosidade e espiritualidade e desfechos de saúde mental positiva e negativa.....	65

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.2 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
1.3 LACUNA.....	21
1.4 OBJETIVOS	22
1.4.1 Objetivo primário	22
1.4.2 Objetivos secundários	22
1.5 HIPÓTESES.....	22
2 MÉTODO	24
2.1 DESENHO DE ESTUDO.....	24
2.2 SELEÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO	24
2.3 PARTICIPANTES	25
2.3.1 Critérios de inclusão e exclusão	25
2.3.2 Recusa em participar	26
2.3.3 Não participaram, por não estar morando na instituição durante o período da coleta	26
2.3.3 Foram excluídos, por questões de comprometimento da linguagem funcional ou da saúde	27
2.4 VARIÁVEIS.....	28
2.5 INSTRUMENTOS.....	28
2.6 TAMANHO DO ESTUDO	31
2.6.1 Análise estatística	31
3 RESULTADOS	33
3.1 SOCIODEMOGRÁFICOS	33
3.2 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE	36
3.3 SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS	43
3.4 ESCALA HERTH DE ESPERANÇA	50

3.5 FELICIDADE SUBJETIVA.....	52
3.6 ASSOCIAÇÕES COM IDADE, SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIOSOS, FELICIDADE E ESPERANÇA	54
3.7 ASSOCIAÇÕES RELIGIÃO-ESPIRITUALIDADE.....	55
3.7.1 Lista de prioridades de vida	55
3.7.2 Desfechos de saúde mental positivos e negativos	65
4 DISCUSSÃO	71
4.1 VISÃO GERAL	71
4.2 IDADE E CORRELAÇÕES	73
4.3 MANUTENÇÃO DE VÍNCULO E FAMÍLIA.....	74
4.4 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E GOSTAR DE SI MESMO.....	75
4.5 DIVERSÃO NA ESCOLA, RELIGIOSIDADE E ATRASO ESCOLAR	76
4.6 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E FELICIDADE	77
4.7 SE CONSIDERAR UMA PESSOA ESPIRITUALIZADA	78
4.8 OTIMISMO COM RELAÇÃO À VIDA E SE SENTIREM MUITO FORTES EM ASSOCIAÇÃO À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE	79
4.9 PENSAR EM SE MATAR	80
4.10 IMPLICAÇÕES INSTITUCIONAIS E CLÍNICAS	80
4.11 LIMITAÇÕES E FORÇAS DO ESTUDO.....	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS
APÊNDICE A – ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA.....
APÊNDICE B – DICOTOMIZAÇÃO DE VARIÁVEIS USADAS NAS ANÁLISES INFERENCIAIS
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO RESPONSÁVEIS
APÊNDICE E – TERMO DE ASSENTIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....

APÊNDICE F – TERMO DE INFRAESTRUTURA E CONCORDÂNCIA
ANEXO A – BMMRS E LISTA DE PRIORIDADES DE VIDA.....
ANEXO B – ESCALA DE FELICIDADE
ANEXO C – ESCALA DE ESPERANÇA
ANEXO D – ESCALA DE DEPRESSÃO
ANEXO E – ESCALA DE ANSIEDADE

1 INTRODUÇÃO

A taxa mundial de prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes é de 11,63% (Kieling et al., 2024). Em revisão sistemática e meta-análise que avaliou dados de 29 países, contabilizando mais de 500 mil crianças e adolescentes, a prevalência global de sintomas depressivos leves a graves aumentou entre 1989 e 2022 (Lu; Lin; Su, 2024). Entre 2016 a 2019, o índice de depressão aumentou nos Estados Unidos em cerca 27% para crianças e adolescentes e o de ansiedade em 29% (Lebrun-Harris et al., 2022). Em estudo brasileiro com 1.623 crianças e adolescentes de quatro regiões, a média de prevalência de transtornos psiquiátricos foi de 13% (Paula et al., 2015).

Diante disso, importa refletirmos sobre a população institucionalizada, pois há em torno de 5 milhões de crianças e adolescentes que vivem em acolhimento institucional no mundo, com dados variando entre 3 a 9 milhões (Desmond et al., 2020).

Acolhimentos institucionais:

São serviços que acolhem Crianças e Adolescentes em medidas protetivas por determinação judicial, em decorrência de violação de direitos (abandono, negligência, violência) ou pela impossibilidade de cuidado e proteção por sua família (Brasil, 2019).

Eles apresentam maiores índices de depressão, transtorno de estresse pós-traumático, ideação suicida e tentativas de suicídio e problemas comportamentais, com cerca 30% a 80% de prevalência de transtornos mentais, em geral (Engler et al., 2022). No Brasil, 34 mil (BRASIL, 2020) crianças e adolescentes acolhidos estão expostos ao potencial prejuízo à saúde mental e ao desenvolvimento. A literatura aponta significativos índices de depressão em ambiente institucional no Brasil (Álvares; Lobato, 2013; Calcing; Benetti, 2014a; Oliveira; Resende, 2016; Wathier; Dell'Aglio, 2007).

Dentre os fatores que as crianças acolhidas vivenciam, a idade de entrada mais tardia no acolhimento apontou para menores índices de felicidade (Pracana, 2008). Um estudo investigou 80 crianças com idade entre seis e dez anos, pareadas com

crianças nunca institucionalizadas e avaliadas para reconhecimento de emoções na fala, com pontuação mais alta para emoções negativas do que positivas (Cheyne; Jahoda, 1971). Percebe-se que há uma lacuna de estudos na área associada a emoções positivas para o público em acolhimento.

Ao nível mundial, estima-se que 264 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno ansioso, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2017). Esses transtornos estão associados a redução da qualidade de vida conforme indicam os dados longitudinais em revisão sistemática (Hohls et al., 2021).

Além dos fatores de risco apresentados, devem-se considerar os fatores protetores à saúde de crianças e adolescentes. Em revisão sistemática de 29 estudos longitudinais com total de 62 mil crianças e adolescentes sob situações de risco (pobreza, maus-tratos ou doença psiquiátrica de um dos pais), foram encontrados os seguintes fatores protetivos comuns: características individuais positivas (capacidades cognitivas, autoeficácia, autoestima, habilidades de coping, temperamento fácil, competência social, ego resiliência, maior habilidade de realização, genótipo), fatores familiares (apego, coesão, apego materno, envolvimento paterno, parentalidade positiva, sentir-se aceito, rotinas, regulação emocional do cuidador, senso de coerência materno, árvore familiar, relação com irmãos), aspectos escolares (percepção positiva do ambiente escolar, envolvimento em atividades organizadas pela escola), apoio dos pares, coesão social da vizinhança, religiosidade intrínseca e frequência a serviços religiosos (Tietbohl-Santos et al., 2024). Abordaremos dois fatores ligados à saúde mental positiva: religiosidade/espiritualidade e esperança.

Visando definir nosso estudo, sobre o primeiro fator, utilizaremos a compreensão da religiosidade como o grau de envolvimento religioso do sujeito em seu cotidiano, na sua relação com o mundo e a sociedade (Koenig et. al., 2023). A espiritualidade define-se como “a relação ou o contato com a dimensão transcendente da realidade que é considerada sagrada, a verdade última ou realidade” (Moreira-Almeida et. al., 2021, p. 12). Compreenderemos religião como o “aspecto institucional ou comunitário da espiritualidade, um conjunto compartilhado de crenças e práticas relacionadas com o sagrado e o transcendente” (Moreira-Almeida et. al., 2021, p. 13).

Uma revisão de literatura sobre os efeitos da religiosidade/espiritualidade na saúde mental na população geral, identificou que maiores níveis de

religiosidade/espiritualidade associaram-se a menor índice de sintomas depressivos, menor índice de tentativas de suicídio, menor uso e abuso de substâncias e com resultados mistos para sintomas ansiosos (Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021). No que se refere à religiosidade, estudos de meta análise associam positivamente a participação em atividades públicas religiosas e a atribuição de importância à religião à saúde mental em adultos (Garssen; Visser; Pool, 2021). Em revisão sistemática de 29 estudos longitudinais, abrangendo 62 mil crianças e adolescentes caracterizados por, pelo menos, um dos três traços: status socioeconômico, maus-tratos ou doença psiquiátrica de um dos pais, foram identificados os seguintes fatores protetivos: características individuais positivas, fatores familiares, relações com pares, os aspectos escolares, vizinhança e a religiosidade intrínseca (Tietbohl-Santos et al., 2024).

O segundo fator protetivo que abordaremos é a esperança, caracterizada pelo direcionamento ao futuro em pensamentos, ações e sentimentos. Desse modo, o pensamento alinha-se na expectativa de que os desfechos esperados ocorrerão, bem como o indivíduo age conforme a crença de que os eventos desejados se realizarão, sentindo-se confiante dos resultados esperados (Peterson; Seligman, 2004). Na conceituação de esperança, existe também a dimensão da temporalidade e do futuro como tempo de alcançar esses resultados, bem como a expectativa positiva acerca dos eventos seguintes e a interconexão entre si e os outros (Herth, 1992). É uma força multidinâmica caracterizada pela confiança, embora sem a certeza completa, expectativa de alcançar um objetivo, que, para a pessoa que acredita nele, é realisticamente possível e significativo (Dufault; Martocchio, 1985).

Índices mais elevados de esperança têm sido associados positivamente com autoestima, qualidade de vida, melhor coping (Griggs, 2017), bem-estar psicossocial (Peh; Kua; Mahendran, 2016) e resiliência (Solano et al., 2016). São também associados com perseverança, sucesso, felicidade, suporte social (Carretta; Ridner; Dietrich, 2014; Phillips-Salimi et al., 2007; Yaghoobzadeh et al., 2018). Esperança se relacionou inversamente com gravidade de dor e saúde mental disfuncional (Shanahan et al., 2021), podendo reduzir efeitos negativos da fadiga (Hirsch; Sirois, 2016) e do estresse na saúde física e mental (Phillips-Salimi et al., 2007). A esperança é relevante para a construção de significado de vida do indivíduo, sua autoavaliação positiva e solidariedade (Haugan; Utvær; Moksnes, 2013).

Além de fatores de risco e protetores, abordaremos a felicidade como desfecho de saúde mental positiva, sendo aqui compreendida como “experiência de alegria, contentamento ou bem-estar positivo, combinada com a sensação de que a vida de uma pessoa é boa, significativa e vale a pena” (Lyubomirsky, 2008, p. 32, tradução nossa). Em estudo com 2.186 estudantes universitários chineses, maiores índices de felicidade foram associados a melhor estado de saúde, menor idade, contato mais frequente e relação mais harmoniosa com a família, melhor desempenho acadêmico (Jiang et al., 2022). Um estudo com 2.151 adultos brasileiros encontrou que reuniões familiares frequentes foram associadas a maior felicidade (Camargos et al., 2021). Um estudo com 1.975 indivíduos da República Tcheca de 10 a 18 anos encontrou que a felicidade diminui com a idade e é menor para quem mora em instituições de acolhimento e para quem considera que cresceu em um ambiente perigoso, com associação fraca com gênero e espiritualidade (Pivarč, 2022).

Tendo em vista o exposto, o presente trabalho se propõe a investigar a prevalência e importância da religiosidade/espiritualidade em crianças e adolescentes em contexto de acolhimento e qual seu impacto sobre a saúde mental, tanto em termos de sintomas depressivos e ansiosos como em fatores positivos como felicidade e esperança.

1.2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão se encontra no artigo intitulado “Espiritualidade/religiosidade e sua relação com felicidade, bem-estar e depressão em acolhimento institucional: uma revisão” presente no Apêndice A deste trabalho.

1.3 LACUNA

Em ambas as revisões, seja a da introdução deste trabalho quanto na revisão de literatura submetida para publicação, não encontramos trabalhos que objetivaram investigar todas as variáveis aqui mencionadas: depressão, ansiedade, felicidade, esperança e sua relação com religiosidade/espiritualidade na população acolhida.

Constatamos a carência de estudos acerca dos fatores protetivos, saúde mental, prevalência e impacto da religiosidade/espiritualidade em crianças e adolescentes acolhidos.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo primário

Investigar a associação entre Religiosidade/Espiritualidade e desfechos de saúde mental (sintomas depressivos e ansiosos, felicidade e esperança) em crianças e adolescentes em acolhimento institucional.

1.4.2 Objetivos secundários

- Investigar a prevalência e importância da religiosidade/espiritualidade dos acolhidos;
- Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos;
- Níveis de felicidade subjetiva e esperança;
- Status de saúde física através da altura, peso e número de consultas médicas nos últimos seis meses;
- Perfil sociodemográfico da população acolhida.

1.5 HIPÓTESES

- H1: Há associação inversa entre R/E e depressão.
- H4: Há associação inversa entre R/E e ansiedade.

- H3: Há associação direta entre R/E e esperança.
- H2: Há associação direta entre R/E e felicidade.

2 MÉTODO

2.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional transversal.

2.2 SELEÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO

Em março de 2023, a autora contatou a Secretaria de Assistência Social, explicou o modelo da pesquisa e seus objetivos. Esta informou que a cidade de Juiz de Fora possuía sete casas de acolhimento institucional no total. Após isso, a pesquisadora marcou uma reunião online com todas as diretoras de instituições de Juiz de Fora (MG) de acolhimento institucional à criança e adolescente para apresentar a pesquisa e os instrumentos, bem como para esclarecê-las sobre quaisquer dúvidas. O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFJF aprovou a pesquisa em julho de 2024, com o protocolo CAAE 80947824.4.0000.5147. A secretaria de assistência social, bem como cada diretora, assinou o termo de infraestrutura e concordância (apêndice F). O período de realização das entrevistas foi finalizado em dezembro de 2024 em sete casas de acolhimento institucional. Cada diretora de acolhimento era contatada previamente e as entrevistas eram agendadas. Diretoras assinaram o termo de consentimento (apêndice D) e crianças e adolescentes assinaram o termo de assentimento (apêndice E). Uma sala no acolhimento era ofertada para realização da pesquisa. Buscou-se preservar a opção por uma sala reservada, onde somente a pesquisadora e a criança estariam presentes, mas nem sempre foi possível devido à rotina das instituições. Eventualmente, as diretoras ou psicólogas estavam presentes durante as entrevistas. Mesmo quando a sala era reservada, alguém poderia entrar na sala para pegar um objeto, período em que a pesquisadora pausava as perguntas para, após a saída da pessoa, retomar a entrevista.

Das sete instituições de acolhimento investigadas, quatro vinculam-se a uma organização fundada pela Igreja Adventista do Sétimo Dia e três a uma organização

sem vinculação religiosa, ambas possuem parceria com a prefeitura da cidade. É importante ressaltar que, independente de qual seja a organização, todos os acolhimentos precisam seguir as orientações técnicas estabelecidas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (2009, BRASIL). Dentro dessas diretrizes, encontramos orientações específicas sobre a religião e como essas questões devem ser conduzidas:

2.6 Garantia de Liberdade de Crença e Religião

Os antecedentes religiosos de crianças e adolescentes devem ser respeitados tanto pelo serviço de acolhimento quanto por aqueles com os quais venha a manter contato em razão de seu acolhimento. “Nenhuma criança ou adolescente deverá ser incentivado ou persuadido a mudar sua orientação religiosa enquanto estiver sob cuidados” em serviço de acolhimento.

Visando a garantia do direito à liberdade de crença e culto religioso, assegurado no Art. 16 do ECA, os serviços de acolhimento devem propiciar, ainda, que a criança e o adolescente possam satisfazer suas necessidades de vida religiosa e espiritual. Nesse sentido, deve ser viabilizado o acesso às atividades de sua religião, bem como o direito de “não participar de atos religiosos e recusar instrução ou orientação religiosa que não lhe seja significativa”. (Brasil, 2009, p. 27)

Nesse sentido, observamos que não havia investigação ativa da religiosidade/espiritualidade dos acolhidos e que não havia incentivo à filiação ou culto a denominações religiosas específicas por parte da equipe do acolhimento. O acesso à literatura religiosa (Bíblia ou livros de outras religiões) não foi observado, nem programas de TV ou rádio. Conforme todas as diretoras afirmaram, elas levavam somente quando a própria criança ou adolescente pedia para ir a uma atividade religiosa. Não existiam reuniões internas de “encontro de jovens” nas casas, por exemplo, nem visitas de figuras religiosas às instituições para fins religiosos, apenas voluntários para recreação. Não existiam, também, práticas rotineiras estabelecidas por cuidadoras, como, por exemplo, “orar antes de dormir”.

2.3 PARTICIPANTES

2.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

O critério de inclusão foi: toda a população-alvo de crianças (7 e 11 anos) e adolescentes (12 e 17 anos) morando em todas as sete instituições de acolhimento

em Juiz de Fora–MG (n=63). Os critérios de exclusão foram: 1) estar em situação de acolhimento emergencial, onde a criança chega a um acolhimento logo após o conselho tutelar retirá-la da situação de vulnerabilidade e lá permanece por cerca 24 ou 48 horas, 2) comprometimento grave da linguagem funcional.

O recrutamento de crianças e adolescentes era feito por uma funcionária da equipe técnica (geralmente diretora, psicóloga ou assistente social) que abordava as crianças e adolescentes para convidá-los para a pesquisa enquanto a pesquisadora aguardava na sala reservada. Em geral, diziam que alguém iria lhes fazer algumas perguntas para uma pesquisa da faculdade.

Na fase da coleta, o total de acolhidos na cidade era de 83 crianças e adolescentes. Dentre esses, 63 indivíduos estavam na faixa etária de 7 a 17 anos. Ao final, de 47 indivíduos que atendiam aos critérios de seleção, 43 indivíduos aceitaram participar, concluíram a entrevista e compõem a nossa amostra final, sendo 17 (40%) crianças e 26 (60%) adolescentes. Nossa perda amostral foi de 8%.

2.3.2 Recusa em participar

Da nossa população, 6% (n=4) se recusou a participar, uma criança e três adolescentes. Os motivos seguem: a criança afirmou que não poderia ficar na sala da entrevista, pois tinha receio de não receber os presentes de Natal que estariam sendo distribuídos na instituição naquele dia. Uma adolescente afirmou que não tinha tempo naquele dia, pois precisava estudar para uma prova. A pesquisadora a encontrou outras vezes em outros dias e ela apenas afirmou que não queria participar. A segunda afirmou que tinha vergonha. A terceira adolescente disse que queria começar a entrevista e, em seguida, foi ao banheiro e não retornou para a sala. Quando questionada pela psicóloga da instituição, ela afirmou que não queria participar.

2.3.3 Não foram incluídos, por não estar morando na instituição durante o período da coleta

No total, 11 adolescentes de duas instituições estavam frequentemente evadidos. Eles não estavam morando no acolhimento e haviam decidido por conta própria morar com amigos ou outro tipo de arranjo. Como adolescentes já têm maior liberdade para sair do acolhimento a passeio ou a trabalho, eles por vezes decidem não voltar. Por ainda serem menores de idade, não são ainda legalmente responsáveis por si e essa é considerada uma situação de vulnerabilidade, quando se espera que eles eventualmente retornem ao acolhimento por conta própria para darem continuidade aos estudos, bem como ter uma estabilidade de moradia. Na primeira instituição, a pesquisadora tentou várias vezes encontrá-los na instituição, mas eles nunca estavam lá. Em um dia em que cinco deles apareceram por um breve período, a diretora conseguiu perguntar a eles se queriam participar da pesquisa e eles afirmaram que não gostavam de responder perguntas. A pesquisadora não conseguiu ter contato direto com eles, nem explicar a pesquisa. Na segunda instituição, as diretoras não tiveram contato suficiente com eles para perguntar sobre a pesquisa, pois às vezes chegaram em uma hora e saíam novamente na outra. Uma adolescente não se encontrava no acolhimento por estar em fase de reinserção familiar, período em que ela moraria com a família de origem, enquanto a equipe técnica acompanhava se seria possível tornar essa situação permanente. Por fim, uma adolescente não participou por estar internada em um hospital.

2.3.3 Foram excluídos, por questões de comprometimento da linguagem funcional ou da saúde

Uma criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA), que era não verbal, não entrou para nossa amostra, pois a pesquisadora não encontrou forma de comunicação que preservasse a liberdade de escolha em participar da pesquisa, bem como que possibilitasse a ela a dos questionários aplicados. Outra criança com TEA iniciou a participação na pesquisa, mas não prosseguiu até o fim, visto uma alta dispersão na atenção, bem como agitação motora crescente durante a aplicação do questionário, até o ponto em que parou inteiramente de responder às questões e dedicou-se aos estímulos do ambiente (caneta, papel, brinquedos, interagir com funcionários, subir e descer da cadeira). Não pareceu compreender as questões que

respondeu, pois repetia frequentemente a última alternativa, como uma possível característica do transtorno, definida como ecolalia, o que dificultou compreender se havia precisão nas suas respostas. Quando a pesquisadora modificou a ordem das respostas, ele mudou novamente para a última alternativa, mesmo sendo uma pergunta respondida duas vezes em sequência. Outro adolescente possuía comprometimento cognitivo severo, com quadro de mielomeningocele e hidrocefalia.

2.4 VARIÁVEIS

As variáveis analisadas foram:

Preditoras: Religiosidade/Espiritualidade

Desfechos: saúde mental negativa (sintomas depressivos e ansiosos), saúde mental positiva (felicidade e esperança)

2.5 INSTRUMENTOS

O BMMRS (Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality) ou a “Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade” consiste em 38 itens que avaliam 11 dimensões de R/E (Fetzer Institute, 2003) (anexo A). Este instrumento foi traduzido (Miarelli & Silva, 2011) e validado para o contexto brasileiro (Curcio et al., 2015). Destes, foram selecionados e/ou adaptados itens para melhor adequação à faixa etária pretendida, tendo como referência estudos com aplicações anteriores nos EUA e no Brasil (Holder; Coleman; Wallace, 2010; Oliveira, 2019; Oliveira et al., 2025b; Valdivia, 2017). As dimensões selecionadas foram: experiências espirituais diárias (exemplo de item: sinto a presença de Deus), valores e crenças (exemplo: creio em um Deus que cuida de mim), práticas religiosas particulares (exemplo: com que frequência são feitas orações ou agradecimentos antes ou após as refeições onde você mora?), preferência religiosa (exemplo: você tem religião?), autoavaliação global da R/E (exemplo: até que ponto você se considera uma pessoa religiosa?). São escalas Likert, variando de 1 a 8 opções ou 1 a 6, em escalas de

frequência das práticas (nunca ou quase nunca, de vez em quando, alguns dias, a maior parte dos dias, todos os dias, muitas vezes ao dia). Quanto maior a pontuação, maior o índice de religiosidade/espiritualidade.

Pergunta aberta qualitativa: “A sua fé, religião ou espiritualidade influenciam como você enfrenta os problemas da vida? Caso afirmativo, como?” . A resposta foi gravada em áudio e os dados serão analisados em estudos posteriores.

Incluiu-se uma pergunta com dez itens para que a criança os ordenasse segundo o que era prioridade em sua vida (anexo A). Essa pergunta foi usada em outro estudo com crianças na mesma faixa etária (OLIVEIRA, 2019). Os itens variavam de “videogame” a “família” ou “Deus”.

O Inventário de Depressão Infantil (CDI) (anexo D) é um instrumento adaptado do Inventário Becks de Depressão para Adultos (BDI) (Kovacs, 1983). Traduzido e adaptado para o contexto brasileiro por Gouveia et. al (1995): consiste em 27 itens, com três opções de respostas afirmativas, que a criança deverá escolher de acordo com seu estado de humor atual. Exemplos de enunciados são “Eu fico triste de vez em quando, Eu fico triste muitas vezes, Eu estou sempre triste” dos quais a criança deve escolher um. Cada alternativa possui uma pontuação de 0 a 2, conforme o grau dos sintomas em ordem crescente. As dimensões são afetivas, cognitivas somáticas e de conduta (Gomes et al., 2013). O ponto de corte para depressão clínica é 17 e quanto maior a pontuação, maior o índice de sintomas depressivos.

A escala de ansiedade Generalised Anxiety Disorder (GAD-7) (anexo E) é voltada para avaliar sintomas de ansiedade generalizada de acordo com critérios do DSM-IV (Spitzer et al., 2006). Ela foi traduzida para português (Pfizer, 2013) e validada para o contexto brasileiro (Moreno et al., 2016). O inventário possui sete itens, com resposta em escala Likert, variando de 0 = nenhuma vez a 3 = quase todos os dias, com referência às últimas duas semanas. Exemplo de enunciados: “Sentir-se nervoso, ansioso/a ou muito tenso/a” e “Preocupar-se muito com diversas coisas”. Possui ponto de corte 10 para sintomas clínicos de ansiedade generalizada. Quanto maior a pontuação, maior o índice de ansiedade.

O inventário de esperança de Herth é constituído de 12 itens com respostas em escala do tipo Likert com valores de 1 a 4, e, quanto maior a pontuação, maior o índice de esperança (anexo C). É um instrumento traduzido, adaptado e validado para o contexto brasileiro (Sartore & Grossi, 2008). As afirmativas 3 e 6 possuem escores

invertidos. Exemplos de enunciados são “Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos” e “Eu me sinto muito forte”.

A escala subjetiva de felicidade de Lyubomirsky e Lepper (Lyubomirsky; Lepper, 1999), traduzida e validada para o Brasil (Damásio et al., 2014) (anexo B). Compõe-se de quatro itens, em escala Likert de um a sete (1= menos feliz, 7= mais feliz). São duas questões de avaliação geral de felicidade e outras duas que se caracterizam em comparação aos pares sobre o quanto são felizes ou infelizes. Quanto maior a pontuação, maior o índice de felicidade. Um exemplo de enunciado é “Em geral, eu me considero”.

Medimos peso e altura dos indivíduos no momento da pesquisa com fita métrica e balança.

O questionário sociodemográfico (apêndice C) elaborado pela autora continha perguntas acerca da idade e ano escolar obtidos diretamente com as crianças e, em seguida, confirmados pela pesquisadora em consulta às suas pastas de acompanhamento, ou seus Planos Individuais de Atendimentos (PIA). Outras questões sobre as causas de acolhimentos, se estava em processo de adoção, se estava em manutenção de vínculos com a família de origem, quantos irmãos tinha e se esses estavam acolhidos ou não, foram obtidas com as diretoras de acolhimento por meio de informação verbal. Nesse instrumento, havia também a pergunta acerca do número de consulta da criança dos últimos 6 meses e laudos, que foram obtidos por meio de documentação disponível na instituição no prontuário de saúde individual. A pesquisadora consultou o prontuário físico geralmente. Em outros, acessou as informações de modo verbal a partir do relato da equipe técnica.

2.5.6 Procedimento de aplicação dos instrumentos

Para crianças, entre sete e 11 anos, as perguntas foram lidas em voz alta. A pesquisadora realizou todas as entrevistas, em geral em uma sala individual com a criança. A pesquisadora lia os enunciados e as alternativas de resposta em tom de voz calmo, sem entonações animadas ou ênfase em palavras determinadas, de modo a não influenciar a resposta. Ainda quando as crianças demonstravam clara rejeição a alguma alternativa e falavam sobre isso, a pesquisadora não opinava, não expressava em seu rosto qualquer preferência por itens ou respostas específicas. Para adolescentes, entre 12 e 17 anos, foi dito que eles leriam por conta própria e responderiam, mas que a pesquisadora estaria na sala para responder alguma dúvida.

Cerca de metade ainda assim pediu para que a pesquisadora lesse os itens, no que ela procedeu da mesma forma que para as crianças, buscando tom de voz e expressões faciais neutras ao realizar a leitura.

2.6 TAMANHO DO ESTUDO

Toda a população de crianças e adolescentes acolhidos em Juiz de Fora entre 7 e 17 anos.

2.6.1 Análise estatística

Os dados coletados foram tabulados em planilha Excel e, em seguida, construiu-se a base de dados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Após isso, foi realizada uma análise descritiva dos dados. Em seguida, foram realizadas análises de regressão logística binomial, usada para quando se deseja saber se a variável X está associada a uma resposta dicotômica Y, em que Y foi definida como a ausência ou presença do evento de interesse, codificado em $Y=0$ ou $Y=1$ (Harrell, 2015). Verificou-se a probabilidade de ocorrência dos desfechos: sintomas depressivos, ansiosos, felicidade, esperança e indicadores de saúde física com base nos preditores de religiosidade/espiritualidade.

Realizou-se a regressão logística a partir da recodificação das variáveis em desfechos dicotômicos de 0 e 1. Cada item dos questionários foi transformado em um desfecho que apontava para mais ou menos escores daquela escala. Nesse sentido, uma seleção de respostas foi agrupada como 0, indicando escores menores, e outra seleção foi agrupada como 1, indicando escores maiores da escala.

Dicotomizou-se as respostas da escala BMMRS em duas categorias. Isso também se aplicou às escalas de desfecho: felicidade, esperança, ansiedade e depressão. A variável sociodemográfica de idade foi dicotomizada em ser criança = 0 (7 a 11 anos) ou ser adolescente = 1 (12 a 17 anos). A variável “família” foi dicotomizada entre não estar em manutenção de vínculo = 0 ou estar em manutenção

de vínculo = 1. A tabela com respostas agrupadas de cada instrumento se encontra no apêndice B.

Realizou-se uma análise de correlação de Pearson utilizando escores contínuos a fim de investigar a associação entre idade e desfechos de saúde mental. O coeficiente de correlação (r) serve para medir o grau de associação linear entre duas variáveis, indo de -1 a +1 (Hulley et al., 2008). Valores negativos indicam associação inversa (o valor de uma variável aumenta enquanto o da outra diminui) e valores positivos indicam associação direta (os valores de ambas as variáveis aumentam ou diminuem ao mesmo tempo). Quanto mais próximo de 1 o valor de r for, mais forte a correlação, quanto mais próximo de 0, mais fraca (Hulley et al., 2008).

Aplicou-se o teste qui-quadrado, que compara a proporção de indivíduos que apresentam desfechos dicotômicos em dois grupos (Hulley et al., 2008), para analisar a preferência em lista de prioridades e os desfechos de depressão, ansiedade e felicidade e esperança. Os grupos da lista de prioridades foram dicotomizados a fim de conseguir dois grupos com número semelhante de participantes (cerca de 21 em cada grupo). O agrupamento está descrito em conjunto com os resultados, ou seja, para cada item da lista (exemplo, religião) descreveu-se até que grau de prioridade foi agrupado (exemplo, aos que optaram em até oitavo lugar por religião em sua lista de prioridade).

3 RESULTADOS

3.1 SOCIODEMOGRÁFICOS

A maioria da amostra era do sexo masculino (65%), com média de idade de 13 (± 2 DP) anos, variando entre 7 e 17 anos. As faixas etárias mais frequentes foram 12, 14 e 15, compondo 43% da amostra. O tempo de acolhimento teve média de 420 dias (± 317 DP, mínimo 50 e máximo 1570), sendo encontrados adolescentes com até quatro anos de residência. Dos participantes, seis (9%) possuem laudo e/ou acompanhamento psiquiátrico (Transtorno do desenvolvimento intelectual, Transtorno oppositor desafiador e Transtorno do espectro autista), quatro (11%) estavam em acompanhamento psicológico e um (2%) possui duas internações por abuso de substâncias. .

A média de familiares com quem ocorreu a manutenção de vínculo foi de dois (± 1 DP, mínimo 0 e máximo 12), em sua maioria avó (35%), mãe (30%) ou tia (25%), podendo ser cumulativo. As crianças em média tinham quatro irmãos, dentre esses, um número significativo de irmãos eram acolhidos (60%). Em 26% dos casos, não obtivemos a informação se os irmãos acolhidos estavam ou não na mesma instituição. Entre os indivíduos de quem obtivemos os dados, 80% estavam na mesma instituição (ou seja, irmãos acolhidos, em geral permanecem juntos). Cerca de três terços dos indivíduos estão atrasados na escola em pelo menos um ano.

As crianças haviam se consultado em média cinco vezes nos últimos seis meses (± 4 DP, mínimo 0 e máximo 24). Eles realizavam uma consulta com pediatra ao chegarem na instituição. O restante das consultas, incluindo crianças que estavam há mais de seis meses na instituição, ocorria quando estavam doentes ou precisavam renovar laudos psiquiátricos.

A maioria das crianças se concentrou nos abrigos 1, 5 e 6. O 1 (20%) sem nenhuma associação com religião e o 5 (23%) e 6 (25%) fundados por uma organização da Igreja Adventista. Alguns abrigos tinham como acolhidos predominantemente bebês e recém-nascidos, fora da nossa faixa etária. A causa de acolhimento mais prevalente em nossa população foi a negligência (60%), o que pode

ser cumulativo com outras causas, como abuso de substância pelos pais (32%) e abandono (20%).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos

Variável	N (%)	Média (±DP)	Mínimo - máximo
Idade	43 (100%)	13 (±2)	7-17
Tempo de acolhimento em dias	38 (88%)	420 (±317)	50-1570
Quantidade de causas de acolhimento	38 (88%)	2 (±1)	1-5
Quantidade de familiares de manutenção de vínculo		2 (±2)	0-12
Consultas médicas nos últimos 6 meses	43 (100%)	5 (±5)	0-24

Tabela 2 – Perfil demográfico dos acolhidos

Variável	N (%)
Sexo	
Masculino	28 (65%)
Feminino	15 (34%)
Abrigos a que pertencem	
1	9 (20%)
2	3 (7%)
3	3 (7%)
4	2 (4%)
5	10 (23%)
6	11 (25%)
7	5 (11%)
Causas de acolhimento:	
Negligência	26 (60%)

Abuso de substância pelos pais	14 (32%)
Abandono	9 (20%)
Entrega voluntária	5 (11%)
<hr/>	
Variável	N (%)
<hr/>	
Trabalho infantil	4 (9%)
Exploração sexual	4 (9%)
Violência física	3 (7%)
Violência sexual	3 (7%)
Orfandade	3 (7%)
Violência psicológica	1 (2%)
Manutenção de vínculo:	36 (83%)
Familiares com quem mantinham vínculo:	
Avô	8 (18%)*
Avó	15 (34%)*
Pai	5 (11%)*
Mãe	13 (30%)*
Tia	11 (25%)*
Irmãos (que moram com a família biológica ou que são adultos)	5 (11%)*
Madrasta	1 (2%)*
Padrasto	1 (2%)*
Madrinha	1 (2%)*
Tio	3 (7%)*
Está no cadastro nacional de adoção	5 (11%)
Possui irmãos	40 (93%)
Possui irmãos acolhidos	26 (60%)
Irmãos acolhidos estão na mesma instituição	21 (53%)
Gravidez	1 (2%)

Filhos	1 (2%)
Situação escolar:	
Atrasado	33 (76%)
Regular	7 (16%)
<hr/>	
Variável	N (%)
<hr/>	
Adiantado	2 (4%)
IMC	
Baixo peso	2 (4%)
Intervalo normal	26 (60%)
Sobrepeso	7 (16%)
Obesidade	3 (7%)
Obesidade grave	5 (11%)

*Opções são cumulativas

3.2 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Mais da metade da amostra (55%) (tabela 4) afirmou possuir religião, em sua maioria evangélicos (58%), seguidos de católicos (25%). 61% afirmaram sentir a presença de Deus pelo menos na maior parte dos dias e 35% a sentiam de vez em quando. Quase metade (48%) encontrava força e conforto na religião, pelo menos na maioria dos dias. Mais da metade (53%) afirmou que desejava estar próximo ou em união com Deus todos os dias. Acerca do item sentir o amor de Deus por si diretamente ou por meio dos outros, mais da metade da população (55%) afirmou sentir todos os dias ou muitas vezes ao dia. Um resultado notável de 95% dos indivíduos afirmou acreditar em um Deus que cuidava deles.

Com relação ao acesso a conteúdo religioso, 51% afirmou nunca assistir ou ouvir programas religiosos na televisão, rádio ou internet. Com relação a práticas diárias, 58% afirmou que, onde reside, são feitas orações ou agradecimentos antes ou após as refeições pelo menos uma vez por dia. Cerca de 41% afirmou que participa de atividades religiosas pelo menos uma vez por semana.

Acerca de se considerarem uma pessoa religiosa, 39% afirmou ser muito religioso e 20% moderadamente. Acerca de se considerarem espiritualizados, 41%

afirmou ser muito espiritualizado. Com relação à importância da religião e da espiritualidade juntas, 76% afirmou ser pelo menos importante.

Em uma lista com 10 itens (tabela 3), quando solicitado que atribuíssem um número de 1 a 10 para cada item, sendo 1 o mais importante na vida do sujeito e 10 o menos importante, 52% responderam Deus em primeiro lugar, seguido de 14% que optaram por família. Em 41% dos casos, família ficou em segundo lugar.

Tabela 3 – Lista de prioridades

Numerar de 1 a 10 de acordo com a importância para você, sendo 1 mais importante e 10 menos importante:	Resposta como número 1:
Video Game	2 (4%)
Desenho, filmes, séries, vídeos no You tube	1 (2%)
Esporte	3 (7%)
Religião (Igreja)	2 (4%)
Família	6 (14%)
Leitura	0 (0%)
Deus	22 (52%)
Brincadeiras	0 (0%)
Escola	4 (9%)
Estudar	3 (7%)

Tabela 4 – Perfil de religiosidade/espiritualidade dos acolhidos

Experiências espirituais diárias	Muitas vezes ao dia	Todos os dias	A maior parte dos dias	Alguns dias	De vez em quando	Nunca ou quase nunca
Sinto a presença de Deus.	4 (9%)	19 (45%)	3 (7%)	1 (2%)	13 (35%)	2 (4%)
Encontro força e conforto na minha religião.	4 (9%)	13 (30%)	4 (9%)	11 (25%)	7 (16%)	4 (9%)
Desejo estar próximo ou em união com Deus.	7 (16%)	23 (53%)	4 (9%)	4 (9%)	4 (9%)	1 (2%)
Sinto o amor de Deus por mim, diretamente ou por meio dos outros.	5 (11%)	19 (44%)	4 (9%)	6 (14%)	7 (16%)	2 (4%)
Valores/crenças	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente		
Creio em um Deus que cuida de mim.	25 (58%)	16 (37%)	0 (0%)	2 (4%)		

Tabela 4 – Perfil de religiosidade/espiritualidade dos acolhidos

Práticas religiosas particulares	Mais de uma vez ao dia	Uma vez ao dia	Algumas vezes por semana	Uma vez por semana	Algumas vezes no mês	Uma vez no mês	Menos de uma vez ao mês	Nunca
Com que frequência você reza (ora) em lugares que não sejam igreja ou templo religioso?	0 (0%)	5 (32%)	14 (32%)	8 (18%)	1 (2%)	2 (4%)	3 (7%)	5 (11%)
7 - Com que frequência você assiste ou ouve programas religiosos na TV, rádio ou internet?	5 (11%)	5 (11%)	1 (2%)	3 (7%)	3 (7%)	2 (4%)	2 (4%)	22 (51%)
Com que frequência você lê a Bíblia ou outra literatura religiosa (livros, jornais, revistas, folhetos e internet)?	4 (9%)	8 (18%)	5 (11%)	3 (7%)	2 (4%)	1 (2%)	2 (4%)	16 (37%)

Tabela 4 – Perfil de religiosidade/espiritualidade dos acolhidos

Práticas religiosas particulares	Em todas as refeições	Uma vez ao dia	No mínimo uma vez por semana	Apenas em ocasiões especiais	Nunca	
Com que frequência são feitas orações ou agradecimentos antes ou após as refeições onde você mora?	19 (44%)	6 (14%)	6 (14%)	4 (9%)	8 (18%)	
	Mais de uma vez por semana	Toda semana (semanal)	Algumas vezes no mês	Uma vez no mês (mensal)	Algumas vezes ao ano	Nunca
Com que frequência você participa de atividades religiosas (Missas, Cultos, Rituais, Celebrações, encontro de jovens)?	4 (9%)	14 (32%)	7 (16%)	3 (7%)	3 (7%)	12 (27%)
Preferência religiosa	Não	Sim				
Você tem religião?	19 (44%)	24 (55%)	-	-	-	-
Qual é sua religião no momento?	Evangélico	Católico	-	-	-	-
	14 (58%)	6 (25%)				

Tabela 4 – Perfil de religiosidade/espiritualidade dos acolhidos

Item	N (%)
Religiões de matrizes africanas	3 (12%)
Outro	1 (4%)
Se Evangélico, qual a denominação religiosa?	
Assembleia	2 (14%)
Quadrangular	2 (14%)
Jeová	1 (7%)
Pentecostal	1 (7%)
IBPNE	1 (7%)
Endemoniado	1 (7%)
Adventista	1 (7%)
Não sabe	4 (28%)
Maranata	1 (7%)

Tabela 4 – Perfil de religiosidade/espiritualidade dos acolhidos

Auto-avaliação Global	Muito religiosa	Moderadamente religiosa	Pouco religiosa	Nem um pouco religiosa
Até que ponto você se considera uma pessoa religiosa?	17 (39%)	9 (20%)	13 (30%)	4 (9%)
	Muito espiritualizada	Moderadamente espiritualizada	Pouco espiritualizada	Nem um pouco espiritualizada
Até que ponto você se considera uma pessoa espiritualizada?	18 (41%)	10 (23%)	8 (18%)	7 (16%)
	Não importante	Indiferente	Importante	Muito Importante
Quanto importante é a religião e a espiritualidade para você?	4 (9%)	6 (14%)	13 (30%)	20 (46%)

3.3 SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS

Quase metade da amostra (44%) pontuou acima do ponto de corte clínico para depressão (17 pontos) conforme dados presentes na tabela 5. Em geral, na maioria dos sintomas, os indivíduos se dividiram em metade. Dentre as afirmativas não indicativas de transtorno depressivo, encontramos que 54% dos participantes se sentem triste de vez em quando, 46% acreditam que tudo se resolverá bem, 44% acreditam que faz bem a maioria das coisas. Já para as indicativas, em 20% dos casos os indivíduos afirmaram estarem sempre tristes, 27% acreditam que nada dará certo para eles e 23% acredita que faz tudo errado.

Para 41% dos indivíduos muitas coisas são divertidas, para 72% eles são maus apenas de vez em quando e 39% pensam de vez em quando que coisas ruins lhes vão acontecer, não indicando transtorno. Já a maioria (72%) gosta de si mesmo e mais da metade (53%) não pensa em se matar. Mais da metade da amostra (57%) sentem vontade de chorar esporadicamente e 67% se sentem entediado na mesma frequência. A maioria dos indivíduos gosta de estar com as pessoas (79%) e mais da metade declarou ter boa aparência pessoal (55%). Sobre habilidades escolares, 53% afirmam que fazer os deveres de casa não é um grande problema. Cerca de 45% afirmam se divertir na escola frequentemente, em oposição a 35% que nunca se divertem na escola. Cerca de um terço da amostra (30%) afirmou sentir-se sempre sozinho. Para 63% há a certeza de que são amados por alguém.

Tabela 5. Sintomas depressivos

Item	N (%)
1. Eu fico triste de vez em quando	23 (54%)
Eu fico triste muitas vezes	10 (23%)
Eu estou sempre triste	9 (20%)

Tabela 5. Sintomas depressivos

Item	N (%)
2. Para mim tudo se resolverá bem	20 (46%)
Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim	11 (25%)
Nada vai dar certo para mim	12 (27%)
3. Eu faço bem a maioria das coisas	19 (44%)
Eu faço errado a maioria das coisas	14 (32%)
Eu faço tudo errado	10 (23%)
4. Eu me divirto com muitas coisas	18 (41%)
Eu me divirto com algumas coisas	18 (41%)
Nada é divertido para mim	7 (16%)
5. Eu sou mau de vez em quando	31 (72%)
Eu sou mau com frequência	7 (16%)
Eu sou sempre mau	5 (11%)
6. De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer	17 (39%)
Eu tenho medo que coisas ruins me aconteçam	19 (44%)

Tabela 5. Sintomas depressivos

Item	N (%)
Eu tenho certeza de que coisas terríveis me acontecerão	6 (14%)
7. Eu gosto de mim mesmo	31 (72%)
Eu não gosto de mim mesmo	8 (18%)
Eu me odeio	4 (9%)
8. Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem	22 (51%)
Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa	12 (27%)
Tudo de mau que acontece é por minha culpa	9 (20%)
9. Eu não penso em me matar	23 (53%)
Eu penso em me matar, mas não o faria	14 (32%)
Eu quero me matar	6 (14%)
10. Eu sinto vontade de chorar esporadicamente	24 (57%)
Eu sinto vontade de chorar frequentemente	6 (14%)
Eu sinto vontade de chorar diariamente	12 (28%)
11. Eu me sinto entediado esporadicamente	29 (67%)
Eu me sinto entediado frequentemente	6 (14%)

Tabela 5. Sintomas depressivos

Item	N (%)
Eu me sinto sempre entediado	8 (18%)
12. Eu gosto de estar com as pessoas	34 (79%)
Frequentemente eu não gosto de estar com as pessoas	6 (14%)
Eu não gosto de estar com as pessoas	4 (7%)
13. Eu tomo decisões facilmente	18 (41%)
É difícil para mim tomar decisões	17 (39%)
Eu não consigo tomar decisões	8 (18%)
14. Eu tenho boa aparência	24 (55%)
Minha aparência tem alguns aspectos negativos	11 (25%)
Eu sou feio	8 (18%)
15. Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim	23 (53%)
Com frequência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa	11 (25%)
Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa	
16. Eu durmo bem à noite	23 (53%)
Eu tenho dificuldades para dormir à noite frequentemente	11 (25%)

Tabela 5. Sintomas depressivos

Item	N (%)
Eu sempre tenho dificuldades para dormir à noite	9 (20%)
17. Eu me canso de vez em quando	24 (55%)
Eu me canso frequentemente	6 (14%)
Eu estou sempre cansado	13 (30%)
18. Alguns dias eu não tenho vontade de comer	27 (69%)
Quase sempre eu não tenho vontade de comer	12 (30%)
19. Eu não temo sentir dor	21 (51%)
Eu temo sentir dor com frequência	9 (22%)
Eu estou sempre temeroso de sentir dor	11 (26%)
20. Eu não me sinto sozinho	19 (44%)
Eu me sinto sozinho com frequência	11 (25%)
Eu sempre me sinto sozinho	13 (30%)
21. Eu me divirto na escola frequentemente	19 (45%)
Eu me divirto na escola de vez em quando	8 (19%)
Eu nunca me divirto na escola	15 (35%)

Tabela 5. Sintomas depressivos

Item	N (%)
22. Eu tenho muitos amigos	22 (51%)
Eu tenho muitos amigos, mas gostaria de ter mais	10 (23%)
Eu não tenho muitos amigos	11 (25%)
23. Meus trabalhos na escola são bons	23 (53%)
Meus trabalhos na escola não são tão bons quanto eram antes	10 (23%)
Eu tenho me saído mal nas matérias em que eu costumava ser bom	10 (23%)
24. Meu nível é tão bom quanto o das outras crianças	17 (39%)
Meu nível pode ser tão bom quanto o das outras crianças, se eu quiser	15 (34%)
Meu nível nunca é tão bom quanto o das outras crianças	11 (25%)
25. Eu tenho certeza que sou amado por alguém	26 (63%)
Eu não tenho certeza se sou amado por alguém	9 (22%)
Ninguém gosta de mim realmente	6 (14%)
26. Eu sempre faço o que me mandam	27 (62%)

Tabela 5. Sintomas depressivos

Item	N (%)
Eu faço o que me mandam com frequência	8 (18%)
Eu nunca faço o que me mandam	8 (18%)
27. Eu não me comunico bem com as pessoas	22 (51%)
Eu me envolvo em brigas com frequência	3 (7%)
Eu estou sempre me envolvendo em brigas.	11 (25%)

Mais da metade da nossa população pontuou acima do ponto de corte (11) para Transtorno de ansiedade generalizada (TAG) nas duas últimas semanas anteriores à coleta (tabela 6). Sobre sentir-se nervoso, ansioso ou muito tenso, cerca de 59% afirmou ocorrer em mais da metade dos dias ou quase todos os dias e cerca de um quarto afirmou sentir quase todos os dias não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações. Em 44% dos casos afirmaram preocupar-se muito com diversas coisas e 37% disseram ter dificuldade para relaxar. Acerca de ficar tão agitado que se torna difícil permanecer sentado, 37% respondeu sentir-se quase todos os dias. Sobre ficar facilmente aborrecido ou irritado, 44% afirmou quase todos os dias e em um terço dos casos nenhuma vez sentiram medo, como se algo horrível fosse acontecer.

Tabela 6: Sintomas ansiosos

Item	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Sentir-se nervoso, ansioso/ a ou muito tenso/a	9 (20%)	8 (18%)	11 (25%)	15 (34%)
Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	18 (43%)	8 (19%)	5 (12%)	11 (26%)
Preocupar-se muito com diversas coisas	4 (9%)	11 (25%)	9 (20%)	19 (44%)
Dificuldade para relaxar	11 (25%)	9 (20%)	7 (16%)	16 (37%)
Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentada	13 (30%)	7 (16%)	7 (16%)	16 (37%)
Ficar facilmente aborrecido / a ou irritado/a	12 (27%)	8 (18%)	4 (9%)	19 (44%)
Sentir medo, como se algo horrível fosse acontecer	15 (35%)	11 (25%)	5 (11%)	12 (27%)

3.4 ESCALA HERTH DE ESPERANÇA

A população investigada pontuou em média 36 pontos de 40 da escala. Acerca de estarem otimistas com relação à vida e ter planos a curto e longo prazo, a maioria (76%) dos indivíduos concordou conforme tabela 7. A maioria (83%) afirmou se sentir capaz de dar e receber amor, saber onde queria ir (70%), acreditar no valor de cada dia (80%) e sentir que sua vida tinha valor e utilidade (83%). Mais de 80% concordou ou concordou completamente em ter uma fé que lhes confortava. Sobre ter medo do

futuro, 32% dos indivíduos concordaram e, em mais da metade dos casos, houve concordância completa em recordar-se de tempos felizes e prazerosos

Tabela 7: Esperança

Item	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1. Eu estou otimista quanto à vida.	3 (7%)	7 (16%)	19 (44%)	14 (32%)
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos.	2 (4%)	8 (18%)	19 (44%)	14 (32%)
3. Eu me sinto muito sozinho(a).	15 (34%)	14 (32*)	8 (18%)	6 (14%)
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.	5 (11%)	9 (20%)	13 (30%)	16 (37%)
5. Eu tenho uma fé que me conforta.	2 (4%)	4 (9%)	17 (40%)	19 (45%)
6. Eu tenho medo do meu futuro.	9 (20%)	16 (37%)	14 (32%)	4 (9%)

Tabela 7: Esperança

Item	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.	2 (4%)	4 (9%)	14 (32%)	23 (53%)
8. Eu me sinto muito forte.	5 (11%)	6 (14%)	16 (37%)	16 (37%)
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.	3 (7%)	4 (9%)	20 (46%)	16 (37%)
10. Eu sei onde eu quero ir.	6 (14%)	7 (16%)	15 (34%)	15 (34%)
11. Eu acredito no valor de cada dia.	3 (7%)	5 (11%)	21 (48%)	14 (32%)
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.	3 (7%)	4 (9%)	13 (30%)	23 (53%)

3.5 FELICIDADE SUBJETIVA

Em geral, a amostra é bastante feliz, com média 4.7 em uma escala de 1 a 7. Quando perguntados sobre como em geral se consideravam, 44% afirmou “uma pessoa feliz” conforme a tabela 8 aponta. Quando comparados com a maioria dos seus amigos, 37% considerou-se mais feliz. Quando perguntados sobre pessoas muito felizes e em que grau essa afirmação se aplicava a eles, 37% considerou que “em muitos aspectos”. Em oposição, quando questionados sobre o quanto se identificavam com pessoas tristes – embora não deprimidas, 16% respondeu que se identificava em muita coisa e 37% em absolutamente nada.

Tabela 8: Escala de felicidade subjetiva

Item	1	2	3	4	5	6	7
1. Em geral me considero:	6 (14%)	3 (7%)	1 (2%)	8 (18%)	1 (2%)	5 (11%)	19 (44%)
2. Comparando com a maioria dos meus amigos, eu me considero:	6 (14%)	3 (7%)	2 (4%)	5 (11%)	5 (11%)	6 (14%)	16 (37%)
3. Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas aproveitam a vida, aconteça o que acontecer, procurando obter o máximo. Em que grau essa descrição se aplica a você?	7 (16%)	2 (4%)	3 (7%)	8 (18%)	4 (9%)	3 (7%)	16 (37%)
4. Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, nunca parecem ser tão felizes quanto poderiam ser. Em que grau essa descrição se aplica a você?	7 (16%)	2 (4%)	3 (7%)	8 (18%)	4 (9%)	3 (7%)	16 (37%)

3.6 ASSOCIAÇÕES COM IDADE, SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIOSOS, FELICIDADE E ESPERANÇA

Idade se associou inversamente com esperança, mas não com as outras variáveis. Sintomas depressivos e ansiosos mostraram forte correlação direta ($r=0.43$) (tabela 9). Felicidade se correlacionou forte e diretamente com esperança e inversamente com sintomas depressivos e ansiosos. Esperança também se relacionou com menos sintomas depressivos. Além disto, em análise com pensar em se matar, idade não se associou significativamente, conforme tabela 10.

Tabela 9: Correlações entre idade e escores totais de depressão, ansiedade, esperança e felicidade

		Idade	Depressão	Ansiedade	Esperança	Felicidade
Idade	Correlação de Pearson	1	-0,033	-0,086	-0,428**	-0,245
Depressão	Correlação de Pearson	-0,033	1	0,435**	-0,326*	-0,480**
Ansiedade	Correlação de Pearson	-0,086	0,435**	1	-0,159	-0,458**
Esperança	Correlação de Pearson	-0,428**	-0,326*	-0,159	1	0,495**
Felicidade	Correlação de Pearson	-0,246	-0,480**	-0,458**	0,495**	1

*Significativo no nível $p \leq 0,05$

** Significativo no nível $p \leq 0,001$

Tabela 10: Associação entre idade e pensar e se matar

		Eu não penso em me matar			
		Menos depressão	Mais depressão	Total	
Idade	Criança	Contagem	10	7	17
		Padronizado ajustado	0,6	-0,6	
	Adolescente	Contagem	13	13	26
		Padronizado ajustado	-0,6	0,6	
Total		Contagem	23	20	43

Significância: 0.571

3.7 ASSOCIAÇÕES RELIGIÃO-ESPIRITUALIDADE

3.7.1 Lista de prioridades de vida

Ter optado por videogame como uma das 8 primeiras prioridades de vida foi associado a se identificar com ser menos feliz, a saber onde quer ir (tabela 11). Ter optado por esporte como uma das seis primeiras prioridades de vida foi associado a acreditar menos no valor de cada dia.

A escolha religião como uma das cinco primeiras prioridades de vida foi associado a se identificar com menos frequência como mau, a se sentir entediado com menos frequência, a pontuar menos em dificuldades de comunicação com outras pessoas. Ter optado por família como uma das duas primeiras prioridades de vida foi associado a se sentir culpado pelas coisas que lhes acontecem com menos frequência, a acreditar que tem boa aparência e a se acreditar menos capaz de dar e receber afeto, a acreditar menos no valor de cada dia.

Ter optado por Deus como uma das duas primeiras prioridades de vida foi associado a sentir com menos frequência que coisas ruins iriam lhe acontecer, a acreditar mais que se comunicar bem com as pessoas, a se sentir menos forte, a não saber onde quer ir, a sentir menos que a vida tem valor e utilidade.

Tabela 11 – Associações entre itens em lista de prioridades de vida e desfechos de saúde mental positiva e negativa

			Algumas pessoas geralmente não são muito felizes		
			Menos felicidade	Mais felicidade	Total
Videogame Lista	Menos	Contagem	12	13	25
		Padronizado ajustado	1,9	-1,9	
	Mais	Contagem	3	13	16
		Padronizado ajustado	-1,9	1,9	
Total		Contagem	15	26	41

			Eu sei onde eu quero ir		
			Menos esperança	Mais esperança	Total
Videogame Lista	Menos	Contagem	20	5	25
		Padronizado ajustado	2,4	-2,4	
	Mais	Contagem	7	9	16
		Padronizado ajustado	-2,4	2,4	
Total		Contagem	27	14	41

			Eu me divirto com muitas coisas		
			Menos depressão	Mais depressão	Total
Desenhos, filmes lista	Menos	Contagem	13	8	21
		Padronizado ajustado	2,4	-2,4	
	Mais	Contagem	5	15	20
		Padronizado ajustado	-2,4	2,4	
Total		Contagem	18	23	41

Tabela 11 – Associações entre itens em lista de prioridades de vida e desfechos de saúde mental positiva e negativa

			Eu me sinto entediado esporadicamente		
			Menos depressão	Mais depressão	Total
Desenhos, filmes lista	Menos	Contagem	17	4	21
		Padronizado ajustado	2,1	-2,1	
	Mais	Contagem	10	10	20
		Padronizado ajustado	-2,1	2,1	
Total		Contagem	27	14	41

			Eu tenho certeza de que sou amado por alguém		
			Menos depressão	Mais depressão	Total
Desenhos, filmes lista	Menos	Contagem	16	4	20
		Padronizado ajustado	2,0	-2,0	
	Mais	Contagem	10	10	20
		Padronizado ajustado	-2,0	2,0	
Total		Contagem	26	14	40

			Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade		
			Menos esperança	Mais esperança	Total
Desenhos, filmes lista	Menos	Contagem	13	8	21
		Padronizado ajustado	2,0	-2,0	
	Mais	Contagem	6	14	20
		Padronizado ajustado	-2,0	2,0	
Total		Contagem	19	22	41

Tabela 11 – Associações entre itens em lista de prioridades de vida e desfechos de saúde mental positiva e negativa

			Eu acredito no valor de cada dia		
			Menos esperança	Mais esperança	Total
Esporte lista	Menos	Contagem	11	10	21
		Padronizado ajustado	-2,1	2,1	
	Mais	Contagem	18	4	22
		Padronizado ajustado	2,1	-2,1	
Total		Contagem	29	14	43

			Eu sou mau de vez em quando		
			Menos depressão	Mais depressão	Total
Religião lista	Menos	Contagem	10	8	18
		Padronizado ajustado	-2,0	2,0	
	Mais	Contagem	20	4	24
		Padronizado ajustado	2,0	-2,0	
Total		Contagem	30	12	42

			Eu me sinto entediado esporadicamente		
			Menos depressão	Mais depressão	Total
Religião lista	Menos	Contagem	9	9	18
		Padronizado ajustado	-2,0	2,0	
	Mais	Contagem	19	5	24
		Padronizado ajustado	2,0	-2,0	
Total		Contagem	28	14	42

Tabela 11 – Associações entre itens em lista de prioridades de vida e desfechos de saúde mental positiva e negativa

			Eu não me comunico bem com as pessoas		
			Menos depressão	Mais depressão	Total
Religião lista	Menos	Contagem	6	9	15
		Padronizado ajustado	-2,1	2,1	
	Mais	Contagem	15	5	20
		Padronizado ajustado	2,1	-2,1	
Total		Contagem	21	14	35

			Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem		
			Menos depressão	Mais depressão	Total
Religião lista	Menos	Contagem	6	12	18
		Padronizado ajustado	-1,9	1,9	
	Mais	Contagem	15	9	24
		Padronizado ajustado	1,9	-1,9	
Total		Contagem	21	21	42

			Eu tenho boa aparência		
			Menos depressão	Mais depressão	Total
Família lista	Menos	Contagem	14	4	18
		Padronizado ajustado	2,6	-2,6	
	Mais	Contagem	9	15	24
		Padronizado ajustado	-2,6	2,6	
Total		Contagem	23	19	42

Tabela 11 – Associações entre itens em lista de prioridades de vida e desfechos de saúde mental positiva e negativa

			Meu nível é tão bom quanto os das outras crianças		
			Menos depressão	Mais depressão	Total
Família lista	Menos	Contagem	10	8	18
		Padronizado ajustado	2,0	-2,0	
	Mais	Contagem	6	18	24
		Padronizado ajustado	-2,0	2,0	
Total		Contagem	16	26	42

			Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor		
			Menos esperança	Mais esperança	Total
Família lista	Menos	Contagem	7	11	18
		Padronizado ajustado	-2,7	2,7	
	Mais	Contagem	19	5	24
		Padronizado ajustado	2,7	-2,7	
Total		Contagem	26	16	42

			Eu acredito no valor de cada dia		
			Menos esperança	Mais esperança	Total
Família lista	Menos	Contagem	9	9	18
		Padronizado ajustado	-2,0	2,0	
	Mais	Contagem	19	5	24
		Padronizado ajustado	2,0	-2,0	
Total		Contagem	28	14	42

Tabela 11 – Associações entre itens em lista de prioridades de vida e desfechos de saúde mental positiva e negativa

			De vez em quando penso que coisas ruins vão me acontecer		
			Menos ansiedade	Mais ansiedade	Total
Deus lista	Menos	Contagem	2	11	13
		Padronizado ajustado	-2,1	2,1	
	Mais	Contagem	14	14	28
		Padronizado ajustado	2,1	-2,1	
Total		Contagem	16	25	41

			Eu não me comunico bem com as pessoas		
			Menos depressão	Mais depressão	Total
Deus lista	Menos	Contagem	4	7	11
		Padronizado ajustado	-1,9	1,9	
	Mais	Contagem	17	7	24
		Padronizado ajustado	1,9	-1,9	
Total		Contagem	21	14	35

			Eu me sinto muito forte		
			Menos esperança	Mais esperança	Total
Deus lista	Menos	Contagem	5	8	13
		Padronizado ajustado	-2,3	2,3	
	Mais	Contagem	22	7	29
		Padronizado ajustado	2,3	-2,3	
Total		Contagem	27	15	42

Tabela 11 – Associações entre itens em lista de prioridades de vida e desfechos de saúde mental positiva e negativa

			Eu sei onde eu quero ir		
			Menos esperança	Mais esperança	Total
Deus lista	Menos	Contagem	6	7	13
		Padronizado ajustado	-1,9	1,9	
	Mais	Contagem	22	7	29
		Padronizado ajustado	1,9	-1,9	
Total		Contagem	28	14	42

			Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade		
			Menos esperança	Mais esperança	Total
Deus lista	Menos	Contagem	3	10	13
		Padronizado ajustado	-2,1	2,1	
	Mais	Contagem	17	12	29
		Padronizado ajustado	2,1	-2,1	
Total		Contagem	20	22	42

			Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem		
			Menos depressão	Mais depressão	Total
Brincadeiras lista	Menos	Contagem	17	7	24
		Padronizado ajustado	3,1	-3,1	
	Mais	Contagem	4	14	18
		Padronizado ajustado	-3,1	3,1	
Total		Contagem	21	21	42

Tabela 11 – Associações entre itens em lista de prioridades de vida e desfechos de saúde mental positiva e negativa

			Eu me divirto na escola frequentemente		
			Menos depressão	Mais depressão	Total
Brincadeiras lista	Menos	Contagem	7	16	23
		Padronizado ajustado	-2,0	2,0	
	Mais	Contagem	11	7	18
		Padronizado ajustado	2,0	-2,0	
Total		Contagem	18	23	41

			Eu estou otimista em relação à vida		
			Menos esperança	Mais esperança	Total
Brincadeiras lista	Menos	Contagem	19	5	24
		Padronizado ajustado	2,0	-2,0	
	Mais	Contagem	9	9	18
		Padronizado ajustado	-2,0	2,0	
Total		Contagem	28	14	42

			Eu não temo sentir dor		
			Menos depressão	Mais depressão	Total
Estudar lista	Menos	Contagem	11	5	16
		Padronizado ajustado	2,0	-2,0	
	Mais	Contagem	8	14	22
		Padronizado ajustado	-2,0	2,0	
Total		Contagem	19	19	38

3.7.2 Desfechos de saúde mental positivos e negativos

Participantes que declararam sentir a presença de Deus com maior frequência, em comparação com menor frequência (ver apêndice B para dicotomização das variáveis) tiveram três vezes mais chances de se sentirem capazes de dar e receber amor (tabela 12). Indivíduos que encontravam força e conforto na religião com maior frequência tiveram cinco vezes mais chance de conseguir ver possibilidade em meio às dificuldades e três vezes mais chances de estar otimista com relação à vida. Além disto, tiveram nove vezes mais chances de se sentirem muito fortes.

Tabela 12: Regressão logística de preditor religiosidade e espiritualidade e desfechos de saúde mental positiva e negativa

Independente: Sinto a presença de Deus			
	B	Exp(B) (IC)	Sig
Se sentir sozinho	-1,253	0,286 (0,07-1,12)	0,073
Ter dificuldade em tomar decisões	-1,62	0,198 (0,04-0,86)	0,031
Em geral se considerar feliz	1,322	3,75 (1,01-13,90)	0,048
Sentir vontade de chorar	-1,466	0,231 (0,06-0,86)	0,030
Se sentir capaz de dar e receber amor	1,466	4,333 (0,99-18,88)	0,051
Independente: Encontrar força e conforto na religião			
	B	Exp(B) (IC)	Sig
Vontade de chorar	-1,466	0,231 (0,06-0,86)	0,030
Pensar em se matar	-1,476	0,229 (0,06-0,82)	0,024
Ter dúvida se é amado por alguém	-1,648	0,193 (0,05-0,78)	0,021
Identificar-se com quem é feliz	0,382	1,46 (1,07-2,01)	0,017
Conseguir ver possibilidade em meio as dificuldades	1,792	6 (1,50-23,99)	0,011
Estar otimista com relação à vida	1,406	4,09 (1,02-16,27)	0,046
Não se divertir com muitas coisas	-1,269	0,281 (0,07-1,00)	0,051
Não gosta de si mesmo	-1,424	0,241 (0,05-1,07)	0,061
Não se divertir na escola	-1,402	0,246 (0,06-0,89)	0,034
Se sentir muito forte	2,331	10,292 (2,29-46,25)	0,002
Eu sei onde eu quero ir	1,599	4,95 (1,24-19,69)	0,023
Ter uma fé que o conforta	1,375	3,955 (1,31-11,90)	0,014
Sentir que a própria vida tem valor e utilidade	1,061	2,889 (0,83-10,01)	0,094
Identificar-se com pessoas felizes	1,424	4,154 (0,93-18,40)	0,061
Não identificar-se com pessoas tristes	1,815	6,139 (1,54-24,44)	0,010

Tabela 12: Regressão logística de preditor religiosidade e espiritualidade e desfechos de saúde mental positiva e negativa

Independente: Desejo estar próximo ou em união com Deus			
	B	Exp(B) (IC)	Sig
Sentir-se nervoso, ansioso ou muito tenso	-1,705	0,182 (0,03-0,96)	0,045
Não se divertir na escola	-1,412	0,244 (0,05-1,07)	0,062
Se sentir capaz de dar e receber= amor/afeto	1,571	4,812 (0,90-25,53)	0,065
Não ter uma boa aparência	1,338	3,81 (0,87-16,67)	0,076
Não se divertir na escola	-1,412	0,244 (0,05-1,07)	0,062
Independente: Até que ponto você se considera uma pessoa espiritualizada?			
Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	-1,442	0,236 (0,05-1,03)	0,056
Independente: Sentir o amor de Deus por mim, diretamente ou por meio dos outros			
	B	Exp(B) (IC)	Sig
Me sinto capaz de dar e receber amor/afeto	1,841	6,303 (1,44-27,45)	0,014
<u>Não</u> ser capaz de impedir ou controlar as preocupações	-1,292	0,275 (0,07-1,02)	0,054
Se sentir nervoso, ansioso ou muito tenso	-2,01	0,134 (0,03-0,58)	0,008
<u>Não</u> se divertir com muitas coisas	-2,185	0,113 (0,02-0,49)	0,004
Sentir vontade de chorar	-1,58	0,206 (0,05-0,76)	0,019
<u>Não</u> se divertir na escola	-2,501	0,082 (0,02-0,37)	0,001
<u>Não</u> ter certeza se é amado por alguém	-1,504	0,222 (0,05-0,86)	0,030
Se considerar em geral feliz	1,426	4,163 (1,15-15,00)	0,029
Estar otimista em relação a vida	1,507	4,513 (1,03-19,65)	0,045
Conseguir ver possibilidades em meio às dificuldades	1,322	3,75 (0,96-14,65)	0,057
Ter uma fé que o conforta	2,061	7,857 (0,83-74,48)	0,072
Se sentir muito forte	2,477	11,9 (2,23-63,52)	0,004
Saber onde que ir	1,674	5,333 (1,22-23,19)	0,026
Independente: Creio em um Deus que cuida de mim			
	B	Exp(B) (IC)	Sig
Dificuldade para relaxar	-1,828	0,161 (0,04-0,63)	0,009
<u>Não</u> gostar de si mesmo	-1,435	0,238 (0,05-0,98)	0,047
Sentir vontade de chorar	-1,336	0,262 (0,07-0,95)	0,042
Não dormir bem à noite	-1,027	0,358 (0,10-1,25)	0,107
Não ter muitos amigos	-1,045	0,352 (0,10-1,21)	0,098
Identificar-se com pessoas felizes	1,435	4,2 (1,01-17,32)	0,047

Tabela 12: Regressão logística de preditor religiosidade e espiritualidade e desfechos de saúde mental positiva e negativa

Independente: Orar em lugares que não sejam igreja ou templo religioso			
	B	Exp(B) (IC)	Sig
<u>Não</u> se sentir muito sozinho	1,447	4,25 (1,07-16,77)	0,039
Saber onde quer ir	1,447	4,25 (1,07-16,77)	0,039
Ter planos a curto e longo prazo	1,265	3,542 (0,89-14,00)	0,071
Conseguir ver possibilidades em meio a dificuldades	1,163	3,2 (0,86-11,81)	0,081
Ser adolescente	-1,345	0,26 (0,07-0,96)	0,044

Independente: Assistir ou ouvir programas religiosos na tv, rádio ou internet			
	B	Exp(B) (IC)	Sig
Ficar facilmente aborrecido ou irritado	-1,366	0,255 (0,07-0,94)	0,040
Temer sentir dor	-1,333	0,264 (0,072-0,96)	0,045
Pensar que coisas ruins irão lhe acontecer	1,117	3,055 (0,82-11,30)	0,094

Independente: Lê a Bíblia ou outra literatura religiosa			
	B	Exp(B) (IC)	Sig
Ficar triste	-1,253	0,286 (0,07-1,05)	0,061
<u>Não</u> gostar de si mesmo	-1,447	0,235 (0,05-1,05)	0,059
Acreditar que é mau	-1,249	0,287 (0,06-1,29)	0,105
Dificuldade em fazer os deveres de casa	-1,333	0,264 (0,07-0,96)	0,045

Independente: Com que frequência são feitas orações ou agradecimentos antes das refeições ou após onde você mora			
	B	Exp(B) (IC)	Sig
Ficar tão agitado que se torna difícil permanecer sentado	-1,361	0,256 (0,07-0,94)	0,041
Sentir medo, como se algo horrível fosse acontecer	1,333	3,792 (0,97-14,77)	0,055
Achar que é mau	-1,435	0,238 (0,05-0,98)	0,047
Não gostar de si mesmo	-1,435	0,238 (0,05-0,98)	0,047
Se sentir entediado	-1,386	0,25 (0,06-0,96)	0,044
Se sentir cansado	-1,638	0,194 (0,05-0,72)	0,014
Em geral se considerar feliz	1,206	3,339 (0,94-11,85)	0,062
Saber onde quer ir	1,529	4,615 (1,06-20,01)	0,041

Tabela 12: Regressão logística de preditor religiosidade e espiritualidade e desfechos de saúde mental positiva e negativa

Independente: Frequência em participar de atividades religiosas			
	B	Exp(B) (IC)	Sig
Pensar que coisas ruins irão lhe acontecer	-1,46	0,232 (0,05-1,01)	0,052
Ficar facilmente aborrecido ou irritado	1,155	3,173 (0,82-12,41)	0,097
Se sentir sozinho	-1,155	0,315 (0,082-1,23)	0,097
Identificar-se com pessoas felizes	1,393	4,025 (0,99-16,34)	0,051
Independente: Até que ponto você se considera uma pessoa religiosa?			
	B	Exp(B) (IC)	Sig
<u>Não</u> se divertir na escola	-1,409	0,244 (0,06-0,96)	0,044
Se sentir culpado por coisas ruins que lhes acontecem	1,345	3,84 (1,03-14,21)	0,044
Não se divertir com muitas coisas	-1,333	0,264 (0,06-1,02)	0,055
Estar otimista com relação à vida	1,861	6,429 (1,21-33,97)	0,028
Se sentir muito forte	1,54	4,667 (1,07-20,19)	0,039
Se sentir capaz de dar e receber amor	1,54	4,667 (1,07-20,19)	0,039
Ser adolescente	-1,695	0,184 (0,04-0,79)	0,023
Não ser capaz de impedir ou controlar as preocupações	-1,253	0,286 (0,07-1,12)	0,073
Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	1,179	3,25 (0,83-12,65)	0,089
Não se divertir com muitas coisas	-2,159	0,115 (0,02-0,61)	0,011
Se achar feio	-2,485	0,083 (0,01-0,38)	0,001
Ter dificuldade para dormir à noite	-1,759	0,172 (0,04-0,69)	0,013
Não se divertir na escola	2,227	0,108 (0,02-0,57)	0,009
Se considerar mais feliz quando comparado a maioria dos amigos	1,504	4,5 (1,17-17,20)	0,028
Sentir que a vida tem valor e utilidade	1,281	3,6 (0,96-13,51)	0,058

Tabela 12: Regressão logística de preditor religiosidade e espiritualidade e desfechos de saúde mental positiva e negativa

Independente: Até que ponto você se considera uma pessoa espiritualizada?

	B	Exp(B) (IC)	Sig
Não ser capaz de impedir ou controlar as preocupações	-1,442	0,236 (0,05-1,03)	0,056
Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	1,386	4 (0,92-17,32)	0,064
Não se divertir com muitas coisas	-2,159	0,115 (0,02-0,61)	0,011
Acreditar que não tem boa aparência	-2,485	0,083 (0,01-0,38)	0,001
Não dormir bem à noite	-1,759	0,172 (0,04-0,69)	0,013
Se sentir sozinho	-1,155	0,315 (0,08-1,23)	0,097

Tabela 12: Regressão logística de preditor religiosidade e espiritualidade e desfechos de saúde mental positiva e negativa

Independente: Até que ponto você se considera uma pessoa espiritualizada?			
	B	Exp(B) (IC)	Sig
Não se divertir na escola	-2,227	0,108 (0,02-0,57)	0,009
Não tenho muitos amigos	-1,128	0,324 (0,08-1,20)	0,092
Se considerar feliz, em comparação com maioria dos amigos	1,504	4,5 (1,17-17,20)	0,028
Não se identificar com pessoas tristes	1,322	3,75 (1,00-14,02)	0,049
Ser otimista em relação à vida	1,584	4,875 (0,92-25,80)	0,062
Conseguir ver possibilidades em meio às dificuldades	1,243	3,467 (0,79-15,03)	0,097
Ter uma fé que conforta	1,514	4,545 (0,72-28,60)	0,107
Se sentir muito forte	1,243	3,467 (0,79-15,03)	0,097
Se sentir capaz de dar e receber amor	1,243	3,467 (0,79-15,03)	0,097
Sentir que a própria vida tem valor e utilidade	1,281	3,6 (0,96-13,51)	0,058
Independente: Quanto é importante a religião e a espiritualidade para você?			
	B	Exp(B) (IC)	Sig
Não se divertir com muitas coisas	-1,9	0,15 (0,04-0,57)	0,006
Não ter certeza que é amado por alguém	-1,856	0,156 (0,03-0,69)	0,015
Identificar-se com pessoas felizes	1,293	3,643 (0,82-16,09)	0,088
Se sentir muito forte	1,482	4,4 (1,17-16,56)	0,029
Se sentir capaz de dar e receber afeto/amor	1,482	4,4 (1,17-16,56)	0,029
Acreditar no valor de cada dia	1,558	4,75 (1,18-19,06)	0,028
Ser adolescente	-1,686	0,185 (0,05-0,70)	0,013

4 DISCUSSÃO

4.1 VISÃO GERAL

Nessa seção apresentaremos inicialmente um panorama acerca dos achados principais. Em seguida, discutiremos os resultados sociodemográficos e suas possíveis implicações. Discutiremos os achados de sintomas depressivos, ansiosos, de felicidade e de esperança.

Houve alta prevalência em nossa amostra da importância atribuída à religiosidade e espiritualidade (76%), bem como da crença em um Deus que cuida de si (96%). A maioria gosta de si mesmo (72%) e concordou que tinha uma fé que lhes confortava (80%). Além disso, crianças e adolescentes que encontravam força e conforto na religião tinham nove vezes mais chances de se sentirem muito fortes (OR = 10,29 IC 95% 2,29–46,25), sete vezes menos chances de pensar em se matar (OR = 0,22 IC 95% 0,06–0,82), três vezes mais chances de saber onde quer ir (OR = 4,95 IC 95% 1,24–19,69) e de identificar-se com pessoas felizes (OR = 4,15 IC 95% 0,93–18,40). Sentir o amor de Deus, diretamente ou por meio dos outros, foi associado a cinco vezes mais chances de se sentir capaz de dar e receber amor/afeto (OR = 6,30 IC 95% 1,44–27,45), a oito vezes menos chances de se sentir nervoso, ansioso ou muito tenso (OR = 0,13 IC 95% 0,03–0,58) e a três vezes mais chances de estar otimista em relação à vida (OR = 4,51 IC 95% 1,03–19,65).

Em comparação com os dados nacionais de crianças e adolescentes em acolhimento institucional, nossa amostra teve predominância de sexo masculino (65 vs 49%), com irmãos (90% vs 56%) e menor proporção em processo de adoção (11 vs 17%). Além disso, o tempo de acolhimento foi mais que o dobro em meses (14 vs 6) (Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento, 2025).

A média de felicidade foi de 4.7 em uma escala de sete pontos. Em nossa amostra, 25% pontuou acima de 6, o que é menos da metade em relação a estudo com 276 estudantes na faixa etária de 11 anos em 2019 na mesma cidade, com crianças

estudantes do sexto ano, em que 56% pontuou acima de 6 (Oliveira, 2019). É possível que o efeito do rompimento dos laços familiares e maus-tratos tenha impactado fortemente o grau de felicidade de nossos participantes, sendo necessário estimular fatores promotores de saúde mental nessa população.

A prevalência de esperança foi alta em nossa amostra, com média de 36 pontos. Em estudos norte-americanos, maior esperança moderou o efeito da exposição à violência em estudo com 132 crianças (Cedeno et al., 2010) e a eventos de vida estressores em pesquisa longitudinal com 699 crianças e adolescentes (Bowers; Bowers, 2023; Valle; Huebner; Suldo, 2006). Esse fator pode ser protetivo diante dos maus-tratos que a maioria de nossa amostra experienciou. Moderou também a relação entre ansiedade e perfeccionismo mal-adaptativo em estudos com 639 adolescentes turcos (Karababa, 2020), o que pode apontar para uma necessidade de maior promoção de esperança por meio de intervenções em instituições de acolhimento.

Houve uma prevalência alta de sujeitos com pontuação considerada indicativa de depressão (44%), o que requer um olhar atento de equipe e de clínicos que estarão cuidando dessas crianças no dia a dia. Prevalência similar às encontradas em outras amostras de crianças acolhidas no Brasil (46%), (Calcing & Benetti, 2014b), (34% e 33%) (Bhatt, 2020). Uma prevalência de três a quatro vezes maior que a prevalência global de transtornos mentais em crianças de 10 a 14 anos (12%) e de 15 a 19 anos (13%) (Kieling et al., 2024). Em estudo com 602 adolescentes em orfanatos no Nepal, 33% apresentaram sintomas clínicos significativos de depressão (Bhatt, 2020). Esta alta prevalência aponta para a necessidade de rastreio ativo de quadros depressivos e seu tratamento, bem como para a implementação de medidas preventivas neste grupo vulnerável e de alto risco para depressão.

Mais da metade (56%) da nossa população pontuou para índices clínicos de transtorno de ansiedade generalizada, o que também é considerado um elemento a ser observado na interação com esses indivíduos e na elaboração de quaisquer propostas de intervenção em saúde mental. Em pesquisa brasileira com 5.795 participantes de cinco a 17 anos, foi encontrada prevalência de índices de ansiedade em 29% (Zuccolo et al., 2023) e em estudo com 3.562 crianças brasileiras de 11 anos, foi encontrada

prevalência de 4% de transtornos de ansiedade (La Maison et al., 2018). Observa-se, em comparação, um maior índice de ansiedade em nossa amostra, o que pode ocorrer devido à experiência prévia de maus-tratos, bem como à incerteza atual que enfrentam sobre o seu futuro. Recomenda-se o estímulo a medidas promotoras de saúde mental.

Em relação à religiosidade/espiritualidade, 45% afirmaram não possuir religião, 95% acreditarem em um Deus que cuidava deles e 57% participarem de atividades religiosas mais de uma vez ao mês. Em comparação com dados nacionais brasileiros do censo de 2022, nossa amostra é significativamente menos afiliada à religião em relação às adolescentes de 10 a 19 anos (11% vs 45%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022). Em estudo com 276 sujeitos não acolhidos da mesma cidade, 97% afirmaram acreditar em um Deus que cuida deles, sendo esse um resultado próximo ao nosso estudo (Oliveira, 2019). Todavia, a frequência religiosa de nossa amostra foi menor (57% vs 68%) (Oliveira, 2019). Dentre alguns fatores explicativos, a dinâmica de funcionamento dos acolhimentos é apenas responder a algum pedido de ir a um serviço religioso por parte das crianças e adolescentes. Não há busca ativa a fim de conhecer a religiosidade/espiritualidade dos indivíduos, o que poderia ser implementado.

4. 2 IDADE E CORRELAÇÕES

Ser criança foi correlacionado positivamente a variáveis de religiosidade/espiritualidade e otimismo. Em revisão sistemática e meta análise que incluiu 19 mil participantes o aumento da intensidade de afetos negativos ocorreu na transição da infância para a adolescência (Reitsema et al., 2022). Para adolescentes, é possível que os dias a mais no acolhimento ou o amadurecimento cognitivo de compreensão sobre a situação influenciem em uma visão mais pessimista da própria situação. Ou ainda, podem ter chegado no acolhimento mais tarde e, por conseguinte, vivido mais experiências adversas por mais tempo, ou serem acolhidos mais de uma vez, tendo ido e voltado às instituições ao longo do tempo por questão da família extensa não ter oferecido suporte suficiente.

4.3 MANUTENÇÃO DE VÍNCULO E FAMÍLIA

A família é um fator que impacta em associações com saúde mental, predisposições genéticas, desempenho educacional, dentre outros, no que diz respeito à infância (Jami et al., 2021). Sobre a população em acolhimento, encontramos dados que apontam o impacto familiar na saúde mental, enquanto a criança está acolhida, a exemplo de estudo norte-americano com 5356 crianças que apontou melhor saúde mental para aquelas que haviam sido realocadas para sua família extensa (pessoas com algum grau de parentesco), em comparação a crianças que estavam em famílias acolhedoras comuns (que não tinham nenhum parentesco) (Stewart et al., 2024). Em nossa amostra, colocar família em primeiro ou segundo lugar na lista de prioridade de vida associou-se a se achar mais feio, se sentir menos capaz de dar e receber afeto/amor, a acreditar menos no valor de cada dia e a acreditar que o nível escolar é tão bom quanto o das outras crianças. É possível que a valorização pessoal da família de origem ocorra nos casos em que a criança tenha o desejo de retornar para casa, mas os genitores não estejam fazendo o esforço necessário para que isso aconteça (exemplo de pais adictos que continuam usando substâncias e são irregulares ou ausentes das visitas na instituição). Isso pode gerar maior frustração e aumento de sintomas depressivos e ansiosos.

A variável “manutenção de vínculos”, bem como os familiares específicos com o quais estariam em manutenção (ex: mãe, avó) não se correlacionaram com quaisquer variáveis investigadas em nosso estudo (em qui-quadrado, correlação de Pearson ou regressão logística).

Reconhece-se que seria mais útil investigar as crenças religiosas parentais, bem como sua saúde mental, a fim de realizar a comparação com as crianças acolhidas. A relação de estar ou não em manutenção de vínculo apenas nos diz se a criança ainda tem algum contato com a família de origem, mas não atribui características a essa família ou nos traz qualquer informação sobre suas crenças religiosas. Em estudo com crianças

em famílias acolhedoras norte-americanas, houve associação entre importância atribuída à religião entre crianças e seus cuidadores, bem como com a frequência a serviços religiosos (Schreiber; Culbertson, 2014). É uma variável que não nos dá grande margem para compreender o impacto das crenças familiares sobre a criança, apenas nos fala sobre sua convivência atual ou não, e isso não foi significativo.

Indiretamente, podemos observar a prevalência de frequência a serviços religiosos, sendo 64% entre uma vez no mês até algumas vezes por semana. Uma hipótese explicativa é a presença familiar, pois as crianças relatavam ir à igreja com suas avós, mães ou outros membros da família aos finais de semana. Na nossa amostra, mais de 80% estava em manutenção de vínculos com seus familiares.

É importante também observar a presença familiar como principal e, muitas vezes, única fomentadora da frequência religiosa. Crianças já destituídas do poder familiar, ou seja, que não tinham mais possibilidade de retorno à família de origem e estavam aptas para adoção, comentavam lembrar-se de ir à igreja com seus familiares e continuavam se identificando com essa mesma religião.

4.4 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E GOSTAR DE SI MESMO

A crença que existe um Ser Superior que é amoroso e cuida de cada um pessoalmente parece trazer maior segurança diante das diversas incertezas diárias que essa população enfrenta. Em estudo com 143 adolescentes órfãos tibetanos, a autoestima mediou a associação negativa entre autocontrole e transtornos mentais (Zheng et al., 2022). É também possível, de acordo com nossas hipóteses, pensar por associação, “se um Ser Superior me ama, eu posso fazer o mesmo” – visto que as duas alternativas diferentes de gostar de si mesmo atribuíam não gostar de si ou se odiar. Em estudo com 352 estudantes universitários, a autoestima mediou a relação entre espiritualidade e afetos negativos/positivos, e entre religiosidade intrínseca e afetos positivos (Craig; Fardouly; Rapee, 2022). Em nosso estudo não controlamos a análise para a variável “gostar de si mesmo” devido ao tamanho pequeno da amostra.

É importante ressaltar que outros estudos apontam que, para adolescentes americanos não institucionalizados a religiosidade/espiritualidade foi associada a menor depressão, maior satisfação de vida, maior felicidade, maior capacidade de perdoar, menor probabilidade de uso de drogas (Y. Chen & Vanderweele, 2018; Oliveira, 2019). Nosso estudo abordou crianças em situação de vulnerabilidade, que previamente passaram por situações de negligência familiar e/ou violência e que atualmente moram em acolhimento institucional. Quando os comparamos aos adolescentes americanos, observamos em nossa amostra uma consistência nos achados, apontando para a religiosidade/espiritualidade como fator protetivo, bem como tamanhos de efeito significativos. Nesse sentido, podemos observar que a visão positiva do outro sobre si - um Deus que me apoia e deseja me ajudar - pode trazer para o indivíduo um senso de identidade positiva, bem como de suporte diante das dificuldades.

4.5 DIVERSÃO NA ESCOLA, RELIGIOSIDADE E ATRASO ESCOLAR

A maioria (76%) da nossa amostra estava atrasada na escola, o que pode sugerir que houve uma dificuldade de manter-se na escola na família de origem ou, algumas vezes, elas somente começaram a frequentar a escola após chegar na instituição. Foi encontrada relação entre maior frequência em encontrar força e conforto na religião com menor chance de não se divertir na escola (OR 1,40 IC 95% 0,06-0,89), bem como desejar estar próximo ou em união com Deus, sentir o amor de Deus diretamente ou por meio dos outros e se considerar uma pessoa religiosa. Em estudo longitudinal com 12 mil adolescentes americanos observou-se que a frequência a escola confessional/religiosa, em comparação a escola pública, associou-se a menor risco de obesidade, menos parceiros sexuais ao longo da vida e menor comportamento de uso esporádico de álcool (Chen; Hinton; VanderWeele, 2021). Em estudo longitudinal com 900 crianças e adolescentes australianos, adolescentes estudavam em escolas católicas reportaram menores sintomas depressivos em comparação a escola do governo (laicas) (Rowland et al., 2023). Podemos compreender que a escola é um segundo ambiente no qual são formados vínculos afetivos, em que as crianças encontram seus pares e

realizam atividades que lhes são prazerosas. Embora se observe um atraso escolar, é possível que eles experienciem a escola com ar de curiosidade por ser uma atividade nova em suas vidas, ou seja, um ambiente que não frequentavam ou não o faziam de forma regular antes de chegarem no acolhimento. Em estudo longitudinal com 3446 adolescentes na Alemanha do 5 ao 9 ano escolar encontrou-se associação positiva entre o apoio à autonomia ofertado pelo professor e bem-estar (Kleinkorres; Stang-Rabrig; McElvany, 2023). Mudanças na percepção do apoio estavam positivamente associadas com a satisfação com a escola também.

4.6 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E FELICIDADE

Diversas dimensões de religiosidade/espiritualidade associaram-se de forma consistente a maiores níveis de felicidade: sentir a presença de Deus, encontrar força e conforto na religião, sentir o amor de Deus por mim, diretamente ou por meio dos outros, crer em um Deus que cuida de mim, bem como maior frequência de orações antes ou após as refeições.

Em revisão sistemática de 124 estudos, o funcionamento familiar impactou o grau de felicidade de crianças e adolescentes (Izzo et al., 2022). Em nossa população em situação de vulnerabilidade, bem como com vínculos familiares rompidos ou gravemente danificados, a média geral de felicidade foi razoável em nossa amostra. Todavia, em comparação com estudo na mesma cidade, com crianças de 11 anos, a porcentagem de indivíduos que pontuaram acima de 6 na escola foi menos que a metade (25% vs 56%), o que denota o possível impacto familiar negativo de acordo com nossas hipóteses. Diversos outros estudos com adultos (Deb et al., 2020) demonstraram o efeito da religiosidade/espiritualidade na felicidade, sendo uma variável nova de estudo no público infantil, com impacto em geral positivo (Antônio Oliveira; Fávero de Souza, 2020; Oliveira et al., 2025a, 2025b).

4.7 SE CONSIDERAR UMA PESSOA ESPIRITUALIZADA

Se considerar uma pessoa espiritualizada associou-se a menores chances de se sentir incapaz de impedir ou controlar preocupações, embora tenha se associado a sentir medo como se algo horrível fosse acontecer. Em revisão sistemática com meta análise que investigou indivíduos de 10 a 24 anos o bem-estar espiritual foi protetivo contra sintomas depressivos, enquanto coping religioso negativo (exemplo, sentir as dificuldades da vida como punição de Deus) associou-se a um aumento de índices de sintomas depressivos ao longo do tempo (Aggarwal et al., 2023). Em nosso estudo, maior espiritualidade foi associada a dormir melhor à noite, o que pode estar associado ao hábito de orar antes de dormir. Em estudo com 1.614 mulheres americanas, considerar a religião/espiritualidade como fonte de força ou conforto (em comparação a não considerar) associou-se positivamente ao sono restaurador, embora a frequência diária de orações (em oposição a uma vez por mês/nunca) tenha se associado ao sono não restaurador (Singh et al., 2025), a se sentir menos sozinho, a considerar que tem muitos amigos, bem como se considerar mais feliz em comparação aos amigos, a se divertir com mais coisas e a acreditar que tem melhor aparência. Em termos de esperança, foi associado a maiores chances de ser otimista em relação à vida, ver possibilidades em meio às dificuldades e a se sentir muito forte. Associou-se diretamente a ser capaz de dar e receber amor, o que ocorreu em direção oposta à associação entre colocar família em primeiro ou segundo lugar na lista de prioridades. Isto representa um dado importante, visto que a espiritualidade foi associada a uma variável de saúde positiva afetada negativamente pela relação familiar. É um indício que pode sugerir uma proteção à saúde mental dos indivíduos.

4.8 OTIMISMO COM RELAÇÃO À VIDA E SE SENTIREM MUITO FORTES EM ASSOCIAÇÃO À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

Um dos maiores tamanhos de efeito das associações de R/E com saúde mental foi com “Sentirem-se muito fortes” (OR=10,29 IC 95% 2,29-46,25). Ou seja, as crianças e adolescentes que têm alta religiosidade/espiritualidade tendem a se verem como mais fortes e têm autoimagem positiva. Isso pode ser um fator de resiliência ou de crescimento pós-traumático. Outra variável que foi positivamente associada a religiosidade/espiritualidade foi estar otimista com relação à vida (OR 4,51 IC 95% 1,03-19,65). Em estudo global retrospectivo com 202 mil adultos, a frequência a serviços religiosos pelo menos uma vez por mês aos 12 anos associou-se a maiores níveis de otimismo na vida adulta (Chen et al., 2025). Em estudo com 124 pacientes turcos adultos, níveis mais altos de espiritualidade associaram-se a maiores índices de esperança (Rızalar; Tufan; Uslu, 2023). Em estudo com 70 pacientes brasileiros adultos, ter uma religião e praticá-la associou-se a índices mais altos de esperança (Negré; Souza; Negri, 2023). Nesse sentido, é possível que a relação pessoal com Deus, bem como as práticas religiosas particulares (orar antes de dormir, dentre outras) estejam relacionadas na nossa amostra a uma compreensão de que um poder superior se preocupa com elas e com um futuro melhor para elas.

Essas associações se relacionam a frases obtidas na investigação qualitativa, em que crianças e adolescentes relataram o impacto da relação com Deus diante das dificuldades encontradas em suas vidas. Exemplos: “Quando eu tava na casa da minha mãe, eu chorava escondida em um quartinho, pedindo pra Deus me tirar dali. Agora que vim pra cá tô até mais melhor” (Adolescente feminino, 17 anos); “Quando eu to triste, quando eu to precisando dele, nos momentos mais difíceis da minha vida. Aí eu oro pra Deus e sinto que fico mais aliviado” (adolescente masculino, 14 anos). Essas declarações demonstram uma compreensão do tema que estava sendo perguntado a eles ao longo da aplicação dos questionários, bem como o uso da religião e da espiritualidade para solução de problemas em suas vidas.

4.9 PENSAR EM SE MATAR

A vivência de experiências adversas na infância, como negligência, violência física, abuso sexual, dentre outros é um dos fatores de risco para ideação suicida (Van Meter; Knowles; Mintz, 2023), o que em nossa amostra foi somado à experiência de estar afastada da família em acolhimento institucional. Em particular, nossa amostra possui elevada prevalência de tais vivências (negligência: 60%, abuso de substância pelos pais: 32%, abandono: 20%). Apesar de quase metade referir algum grau de ideação suicida (46%), encontrar força e conforto na religião associou-se fortemente a não pensar em cometer suicídio. Diversos estudos apontam o fator protetivo da religiosidade/espiritualidade acerca de ideação suicida e tentativa de suicídio (Koenig; VanderWeele; Peteet, 2023) enquanto que a filiação religiosa foi protetora de mortalidade por suicídio (Na et al., 2025)

A idade não se correlacionou com essa variável, tanto crianças quanto adolescentes pontuaram de forma semelhante na ideação suicida, conforme tabela 10. Esse dado também nos traz um alerta acerca da necessidade de medidas preventivas em ambas as faixas etárias, bem como a necessidade de promoção de saúde mental nessa população. Os dados mundiais nos mostram que a prevalência de ideação suicida entre indivíduos de seis a 21 anos é de 14% a 22% e de tentativa de suicídio é de 4% a 15% em estudo de metanálise e revisão sistemática que abrangeu 149 países (Van Meter; Knowles; Mintz, 2023). Deixar de abordar o assunto por pensar que “não falar sobre suicídio vai prevenir suicídio” não é uma estratégia recomendável. No entanto, as instituições dependem do Sistema Único de Saúde para promover tratamento em saúde mental, o que pode levar a elevado tempo de espera, considerando a escassez de serviços especializados para o atendimento de crianças e adolescentes.

4.10 IMPLICAÇÕES INSTITUCIONAIS E CLÍNICAS

Diante do exposto, observa-se que a alta importância atribuída pelas crianças à religiosidade/espiritualidade está fortemente associada a maior felicidade, esperança, menor depressão e ansiedade no contexto de acolhimento institucional. Abordamos aqui igualmente as dificuldades atuais encontradas nas instituições de modo a respeitar a individualidade dos acolhidos, preservando seus direitos de expressão religiosa. Os dados apontam para uma prevalência de espiritualidade, no entanto, observamos que suas necessidades espirituais não são atendidas (Fitchett; Burton; Sivan, 1997; Speck; Higginson; Addington-Hall, 2004).

A Lei Brasileira de Inclusão, no inciso IV, Art. 3º, define como barreira:

[...] qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em [...]

e) barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas (Brasil, 2015).

É possível compreender a dificuldade do acesso à religiosidade e espiritualidade nas instituições de acolhimento como uma barreira atitudinal, que distancia os indivíduos do acesso livre ao exercício religioso em suas vidas, o que poderia ser considerado como uma “deficiência do exercício religioso e espiritual”. A necessidade de orientação no caminho da fé que decidem seguir, bem como o compartilhamento de crenças com uma comunidade, dentre outros fatores, permanecem esquecidos, de modo que não lhes é ofertado de modo ativo o recurso espiritual/religioso.

Atualmente existem seções específicas de religiosidade/espiritualidade na Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Pediatria e Sociedade Brasileira de Cardiologia. Aconselha-se direcionar a abordagem às necessidades do paciente, não como imposição do clínico. Um dos questionários que podem estar presentes nessa abordagem é o FICA que aborda Fé/crença, Importância/influência, Comunidade e Ação no tratamento da religiosidade/espiritualidade na vida do paciente (Esporcatte et al., 2020; Puchalski; Romer, 2000). É composto por perguntas do tipo “Você se considera religioso ou espiritualizado? “, “Como você gostaria que o médico

considerasse a questão R/E no seu tratamento? “. Outro meio utilizado é a coleta da história espiritual, composto por quatro perguntas acerca da vivência da religiosidade/espiritualidade para o indivíduo, como, por exemplo “A fé tem sido importante para você em outras épocas da sua vida?” e “Você gostaria de tratar de assuntos religiosos com alguém?” (Lo; Quill; Tulsy, 1999).

A imposição de crenças religiosas ou proselitismo é um receio por parte dos acolhimentos, partindo estes do pressuposto da laicidade do Estado. Considerando o artigo 19 da Constituição Brasileira, vemos que:

É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

I - estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o funcionamento ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada, na forma da lei, a colaboração de interesse público (Brasil, 1988).

Nesse sentido, promover o acesso a religiosidade e espiritualidade dentro da instituição de acolhimento poderia ser configurado como uma colaboração de interesse público, visto o exercício de crença religiosa ser um direito e garantia fundamental, conforme o inciso VI do artigo 5 (Brasil, 1988). Além disto, “é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva” (Brasil, 1988) no inciso VII, a exemplo de práticas já estabelecidas, como as capelarias hospitalares .

Em perspectiva de soluções viáveis para os acolhimentos, sugere-se incluir nos primeiros contatos com a criança ou o adolescente que é acolhido as questões a seguir:

- 1) Você acredita em Deus?
- 2) Você gostaria que alguém conversasse com você sobre Deus e suas orações?
- 3) Você possui alguma religião no momento?
- 4) Para você a religião é importante?

Caso a anterior tenha sido respondida de forma positiva.

- 5) Você gostaria de ir à igreja? A pessoa responsável poderá te levar quando você quiser.

Substituir igreja pelo templo religioso da religião que a criança se identificou. Já indicar o nome da pessoa da equipe técnica, de modo que a criança se familiarize.

São questões voltadas tanto para abordar a religião como prática organizada, bem como a espiritualidade da criança, que seriam as vivências mais pessoais de sua relação com Deus e ao transcendente. Entende-se que, ao perguntar aos indivíduos e dar a eles o espaço de se expressarem sobre o que desejam praticar e abordar sobre sua RE, pode-se preservar a integridade física e moral, com riscos minimizados de impor quaisquer proselitismos ou coerção. Preserva-se também o que já é próprio do indivíduo, sua vivência anterior ao acolhimento. Essa proposta não adicionará nenhum gasto financeiro aos orçamentos das instituições e é um passo que pode estimular o cultivo da religiosidade/espiritualidade pelos acolhidos, deixando claro para eles que é um assunto que podem abordar com os cuidadores e a equipe técnica.

Em um segundo nível dessa intervenção, seria interessante que dentro da instituição pudesse haver uma pessoa de referência na equipe técnica para auxiliar as crianças no dia a dia, tanto em direcioná-las para templos religiosos, quanto para apoiar suas práticas diárias, a exemplo de leitura da Bíblia. Nesse caso, a pessoa de referência na instituição teria conhecimento e contato com as instituições religiosas e poderia direcionar no dia a dia as práticas sugeridas. Se a criança estiver interessada na leitura diária da Bíblia, ela conseguiria o livro. Depois, a ajudaria a encontrar o material de apoio na internet (vídeos, por exemplo) recomendados pela instituição religiosa (por pessoas do grupo de jovens da igreja ou outros). O profissional de referência, portanto, possuiria o papel de apoio dessas práticas, sem influenciar para determinada religião específica ou para a anulação da vivência religiosa. Acredita-se que dessa forma seja possível promover a vivência da religiosidade/espiritualidade de modo eficaz e ético dentro das instituições de acolhimento.

4.11 LIMITAÇÕES E FORÇAS DO ESTUDO

Tendo em vista que a população total de crianças acolhidas em Juiz de Fora era pequena ($n=83$), nossa amostra final foi de tamanho limitado ($n=43$), o que aumenta a probabilidade de erros do tipo 2, ou seja, não detectar uma associação quando ela existe. Para minimizar esse risco, consideramos um valor de p de até 0.1 para nossas discussões sobre possíveis associações. Assim, é necessário cautela na interpretação de nossos achados pioneiros, sendo importante verificar se serão replicados por outros estudos. É possível que tenha ocorrido algum viés de composição da amostra, por exemplo, ao não conseguirmos incluir os adolescentes evadidos. Nesse caso, é possível que a inclusão desses jovens teria aumentado a força da associação entre R/E desfechos positivos em saúde, pois provavelmente era um público menos religioso e com pior saúde mental.

Dada nossa opção por p menor ou igual a 0,10 entendemos que há maior probabilidade de erro tipo I, a rejeição da hipótese nula quando essa é verdadeira, um *falso positivo*. Entretanto, essa possibilidade se enfraquece ao se constatar que as associações encontradas com p entre 0.06 e 0.1 estavam em sua grande maioria coerentes e na direção das associações mais significativas. Além disso, podemos observar que o tamanho do efeito nos resultados da regressão logística foi, em geral, grande e consistente com a mesma direção (exemplo, encontrar força e conforto na religião manteve-se como preditor para mais felicidade, menos ansiedade, menos depressão, mais esperança).

Outra limitação foi não controlarmos para idade e sexo. Devido ao tamanho da amostra, não foi possível realizar a análise, pois geraria problemas estatísticos aos gerar caselas com muito poucos ou nenhum participante. É importante, todavia, ressaltar que a direção dos dados possivelmente mudaria para maior impacto da religiosidade/espiritualidade em suas vidas, visto o número reduzido de mulheres atualmente, que comumente têm maiores índices de R/E e de sintomas internalizantes (depressivos e ansiosos). Sobre a idade, provavelmente não impactou nos resultados de forma significativa, pois não se relacionou com nossos desfechos, exceto com esperança. Nossos resultados, por serem de amostra pequena, devem ser ponderados antes de utilizá-los como referência para generalização em outras populações de acolhimentos.

Por ser um estudo transversal, não é possível estabelecer relação causal entre as variáveis, sendo para isso necessários estudos futuros de acompanhamento longitudinal.

A compreensão dos instrumentos pelas crianças foi perceptivelmente mais pobre que em adolescentes. As perguntas precisavam ser lidas pelo menos duas vezes, bem como as alternativas de resposta. Mais de uma vez a pesquisadora precisou retomar a explicação sobre qual era o objetivo do instrumento sendo aplicado (exemplo, avaliar ansiedade) para que a criança entendesse como poderia responder.

Para os adolescentes, foi explicado que os questionários seriam autoaplicados. Alguns conseguiam ler com grande dificuldade, muitas vezes parando e perguntando o que uma frase inteira significava. Outras vezes liam pausadamente palavra por palavra em voz alta. Muitos adolescentes pediam para que a pesquisadora lesse, sendo informado a esta pela equipe do acolhimento que alguns ainda não sabiam ler ou tinham dificuldade acentuada. É importante considerar a alta taxa de analfabetismo funcional no Brasil, com cerca de 29% de prevalência na população jovem e adulta (Ibope, 2024). A leitura e explicação da pesquisadora pode ter auxiliado a reduzir o impacto da falta de letramento da amostra.

No questionário BMMRS, observou-se que ao ler as alternativas de resposta, a opção “todos os dias” era frequentemente entendida como de maior intensidade e frequência do que “muitas vezes ao dia”. Em especial, crianças repetiam e enfatizavam “não, tia, é todo dia, todo dia!”. É possível observar que em diversas opções essa alternativa foi mais frequente que “muitas vezes ao dia”. Como dicotimizamos a BMMRS em nossas análises, essas duas opções foram unidas, assim, minimizando esse viés de mensuração. Além disso, na opção “qual a sua religião no momento” quase todos os indivíduos pediram que lhes explicassem como podiam responder, se era “coisa de igreja”, por exemplo. Uma opção mais didática seria haver, por escrito, alternativas com as religiões mais prevalentes no Brasil, a) protestante, b) católica, c) espírita, e assim por diante.

No questionário de felicidade, um número considerável de indivíduos apresentou dificuldade com as duas últimas questões, sobre identificar-se com ser feliz ou não se identificar com ser triste. Eles tinham que reler uma ou duas vezes e, ainda assim, pediam

à pesquisadora para explicar. Acredita-se que, por requerer sustentar um raciocínio por mais tempo (por serem frases longas), bem como o fato de uma se opor à outra logo em sequência, isso trouxe um pouco de confusão. No entanto, com a explicação da pesquisadora, parece não ter resultado em prejuízo para a pesquisa.

O questionário de esperança teve em 100% dos casos a necessidade de explicação da palavra “otimismo”, no item 1. Algumas crianças tiveram dificuldade em entender “planos a curto e longo prazo”. Em ambas as situações, são termos que não fazem parte da sua vivência nem do seu vocabulário. Entendiam rapidamente palavras como “bom, bonito, amor” dentre outras, por exemplo. No termo “sei aonde quero ir” algumas crianças explicavam verbalmente “sei sim, tia, quero ir amanhã tomar sorvete e na semana que vem vou visitar minha tia”. No que a pesquisadora explicava que o sentido original dizia respeito ao senso de direção futura da vida, de planejamento pessoal sobre a própria vida de modo mais amplo. Embora tenha sido uma experiência em geral positiva de aplicação, seria interessante a modificação de algumas palavras para facilitar a compreensão.

No questionário CDI, verificou-se uma maior facilidade para as crianças compreenderem as frases sem precisar de grandes explicações. No entanto, o termo “esporadicamente” não foi compreendido e “frequentemente” precisava ser explicado pelo menos uma vez ao início da aplicação. Acerca das respostas, encontrou-se dificuldade em itens com alternativas que não condiziam com suas realidade. A exemplo do item 18, que questiona apenas se não tem vontade de comer às vezes ou sempre. Alguns indivíduos afirmavam “tenho vontade de comer todos os dias, tia”. Outro item considerava possível apenas três opções: não se comunicar bem com as pessoas, envolver-se em brigas de vez em quando ou sempre. Do mesmo modo, alguns respondiam “tia, não faço nada disso”. Então, recomenda-se ajustar os itens para mais opções condizentes com o funcionamento saudável de crianças e adolescentes e com seu nível de letramento.

O questionário GAD-7 foi o melhor compreendido. Apenas o termo “preocupação” requereu algumas explicações para crianças menores. Por fim, por ser um estudo transversal, pode haver uma bidirecionalidade da relação entre as variáveis, ou seja, não

podemos afirmar com certeza se a religiosidade/espiritualidade reduz os sintomas de depressão e ansiedade, ou se aqueles menos depressivos e ansiosos têm maiores índices de religiosidade/espiritualidade. No entanto, diversos estudos longitudinais demonstram a relação de causalidade entre maior religiosidade/espiritualidade e menor saúde mental negativa, bem como melhores desfechos em saúde mental positiva (Chen; Vanderweele, 2018; Jacobs et al., 2012).

Entre os pontos fortes, pode-se destacar ser um estudo pioneiro, no que diz respeito a crianças em acolhimento, e a associação dessas variáveis de saúde mental e RE. Igualmente desconhecemos até a presente data estudos que abordaram esperança ou felicidade nessa população no Brasil. Utilizamos escalas validadas para o Brasil e para a faixa etária infanto-juvenil, bem como incluímos medidas de saúde negativa (ansiedade e depressão) e positiva (felicidade e esperança). Outro ponto importante foi a realização da coleta de dados com toda a população de acolhidos de uma cidade, o que possibilita comparações com outras amostras regionais que surgirem. Nosso tamanho de efeito encontrado foi alto em diversas associações, o que denota um possível impacto significativo da religiosidade/espiritualidade na vida de crianças e adolescentes que convivem em instituições.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho investigou a prevalência de religiosidade/espiritualidade e sintomas depressivos, ansiosos, esperança e felicidade em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. Observou-se que os participantes atribuem alta importância à sua religiosidade/espiritualidade e que isso está, em geral, presente diariamente em suas vidas. Encontraram-se também altos índices de esperança e razoavelmente altos de felicidade. Sintomas ansiosos e depressivos apresentaram alta prevalência, o que aponta para uma necessidade de maior atenção à saúde mental dessa população em situação de vulnerabilidade. Encontramos fortes associações diretas entre variáveis de religiosidade/espiritualidade e felicidade, bem como esperança. Em sua maioria, observaram-se associações inversas entre religiosidade/espiritualidade e sintomas depressivos e ansiosos. É necessário investigar ativamente a religiosidade/espiritualidade desse público e implementar medidas institucionais que viabilizem o acolhimento à prática religiosa-espiritual de cada criança e adolescente que assim o deseje.

REFERÊNCIAS

AGGARWAL, Shilpa *et al.* Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. **BMC Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 729, 10 out. 2023.

ÁLVARES, Amanda de Melo; LOBATO, Gledson Régis. Um estudo exploratório da incidência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. **Temas em Psicologia**, p. 151–164, 2013.

ANTÔNIO OLIVEIRA, Vívian Hagen; FÁVERO DE SOUZA, Márcia Helena. Espiritualidade da criança e do adolescente na prática clínica. **HU Revista**, v. 44, n. 4, p. 461–468, 18 fev. 2020.

BOWERS, Rachael M.; BOWERS, Edmond P. A Literature Review on the Role of Hope in Promoting Positive Youth Development across Non-WEIRD Contexts. **Children**, v. 10, n. 2, p. 346, 10 fev. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Presidência da República** Brasília, DF, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 30 ago. 2025

BRASIL. **Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS)** Brasil, 2009. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cadernos/orientacoes-tecnicas-servicos-de-acolhimento.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2025

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência . Estatuto da Pessoa com Deficiência** Brasília, DF, 2015.

BRASIL. **Serviços de Acolhimento para Crianças, Adolescentes e Jovens.** Disponível em: <<https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/unidades-de-atendimento/servicos-de-acolhimento-para-criancas-adolescentes-e-jovens>>. Acesso em: 23 jun. 2025.

CALCING, Jordana; BENETTI, Silvia Pereira da Cruz. Caracterização da Saúde Mental em Crianças e Adolescentes em Acolhimento Institucional. **Psico**, v. 45, n. 4, p. 559, 23 dez. 2014a.

CALCING, Jordana; BENETTI, Silvia Pereira da Cruz. Caracterização da Saúde Mental em Crianças e Adolescentes em Acolhimento Institucional. **Psico**, v. 45, n. 4, p. 559, 23 dez. 2014b.

CAMARGOS, Mayara Goulart de *et al.* Predictors of happiness and satisfaction with life in individuals from the Brazilian general population who use social networks: a cross-sectional study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12, 2021.

CARRETTA, Carrie M.; RIDNER, Sheila H.; DIETRICH, Mary S. Hope, Hopelessness, and Anxiety: A Pilot Instrument Comparison Study. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 28, n. 4, p. 230–234, ago. 2014.

CEDENO, Linda A. *et al.* School violence, adjustment, and the influence of hope on low-income, African American youth. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 80, n. 2, p. 213–226, abr. 2010.

CHEN, Ying *et al.* When the glass is half full: early life experiences and adult optimism in 22 countries. **npj Mental Health Research**, v. 4, n. 1, p. 12, 30 abr. 2025.

CHEN, Ying; HINTON, Christina; VANDERWEELE, Tyler J. School types in adolescence and subsequent health and well-being in young adulthood: An outcome-wide analysis. **PLOS ONE**, v. 16, n. 11, p. e0258723, 10 nov. 2021.

CHEN, Ying; VANDERWEELE, Tyler J. Associations of Religious Upbringing with Subsequent Health and Well-Being from Adolescence to Young Adulthood: An Outcome-Wide Analysis. **American Journal of Epidemiology**, v. 187, n. 11, p. 2355–2364, 1 nov. 2018.

CHEYNE, William M.; JAHODA, Gustav. Emotional sensitivity and intelligence in children from orphanages and normal homes. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 12, n. 2, p. 77–90, 7 abr. 1971.

CRAIG, David J.; FARDOULY, Jasmine; RAPEE, Ronald M. The Effect of Spirituality on Mood: Mediation by Self-Esteem, Social Support, and Meaning in Life. **Journal of Religion and Health**, v. 61, n. 1, p. 228–251, 13 fev. 2022.

CURCIO, Cristiane Schumann Silva; LUCCHETTI, Giancarlo; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Validation of the Portuguese Version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS-P) in Clinical and Non-clinical Samples. **Journal of Religion and Health**, v. 54, n. 2, p. 435–448, 7 abr. 2015.

DAMÁSIO, Bruno Figueiredo; ZANON, Cristian; KOLLER, Silvia Helena. Validation and Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Subjective Happiness Scale. **Universitas Psychologica**, v. 13, n. 1, 1 maio 2014.

DEB, Sibnath *et al.* Happiness, Meaning, and Satisfaction in Life as Perceived by Indian University Students and Their Association with Spirituality. **Journal of Religion and Health**, v. 59, n. 5, p. 2469–2485, 8 out. 2020.

DESMOND, Chris *et al.* Prevalence and number of children living in institutional care: global, regional, and country estimates. **The Lancet Child and Adolescent Health**, v. 4, n. 5, p. 370–377, 1 maio 2020.

DUFAULT, K.; MARTOCCHIO, B. C. Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. **The Nursing clinics of North America**, v. 20, n. 2, p. 379–91, jun. 1985.

ENGLER, Amy D. *et al.* A Systematic Review of Mental Health Disorders of Children in Foster Care. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 23, n. 1, p. 255–264, 20 jan. 2022.

ESPORCATTE, Roberto *et al.* ESPIRITUALIDADE: DO CONCEITO À ANAMNESE ESPIRITUAL E ESCALAS PARA AVALIAÇÃO. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 30, n. 3, p. 306–314, 20 out. 2020.

FETZER INSTITUTE. **Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A Report of the Fetzer Institute/ National Institute on Aging Working Group**. 2. ed. Kalamazoo, MI: Fetzer Institute, 2003.

FITCHETT, G.; BURTON, L.; SIVAN, A. The Religious Needs and Resources of Psychiatric Inpatients. **The Journal of Nervous & Mental Disease**, v. 185, n. 5, p. 320–326, maio 1997.

GARSSEN, Bert; VISSER, Anja; POOL, Grieteke. Does Spirituality or Religion Positively Affect Mental Health? Meta-analysis of Longitudinal Studies. **The International Journal for the Psychology of Religion**, v. 31, n. 1, p. 4–20, 2 jan. 2021.

GOMES, Laura Poll *et al.* Inventário de Depressão Infantil (CDI): uma revisão de artigos científicos brasileiros. **Contextos Clínicos**, v. 6, n. 2, 7 ago. 2013.

GOUVEIA, V. V. *et al.* Inventário de depressão infantil—CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa . **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 7, p. 345–349, 1995.

GRIGGS, Stephanie. Hope and Mental Health in Young Adult College Students: An Integrative Review. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, v. 55, n. 2, p. 28–35, fev. 2017.

HARRELL, Frank E. Binary Logistic Regression. *In*: **Regression Modeling Strategies**. [S.l.]: Springer, Cham, 2015. p. 219–274.

HAUGAN, Gørill; UTVÆR, Britt Karin Støen; MOKSNES, Unni Karin. The Herth Hope Index—A Psychometric Study Among Cognitively Intact Nursing Home Patients. **Journal of Nursing Measurement**, v. 21, n. 3, p. 378–400, 2013.

HERTH, K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. **J Adv Nurs.**, v. 17, n. 10, p. 1251–1259, 1992.

HIRSCH, Jameson K.; SIROIS, Fuschia M. Hope and fatigue in chronic illness: The role of perceived stress. **Journal of Health Psychology**, v. 21, n. 4, p. 451–456, 26 abr. 2016.

HOHLS, Johanna Katharina *et al.* Anxiety, Depression and Quality of Life—A Systematic Review of Evidence from Longitudinal Observational Studies. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 22, p. 12022, 16 nov. 2021.

HOLDER, Mark D.; COLEMAN, Ben; WALLACE, Judi M. Spirituality, Religiousness, and Happiness in Children Aged 8–12 Years. **Journal of Happiness Studies**, v. 11, n. 2, p. 131–150, 11 abr. 2010.

HULLEY, Stephen B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBOPE. **Inaf 2024: Legado e Futuro do Alfabetismo Funcional**. São Paulo: [S.n.].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022: Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por religião, segundo o sexo e os grupos de idade**. [S.l.: S.n.].

IZZO, Flavia; BAIOTTO, Roberto; PISTELLA, Jessica. Children's and Adolescents' Happiness and Family Functioning: A Systematic Literature Review.

International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 24, p. 16593, 10 dez. 2022.

JACOBS, Martha *et al.* Family religion and psychopathology in children of depressed mothers: Ten-year follow-up. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 320–327, fev. 2012.

JAMI, Eshim S. *et al.* Parental characteristics and offspring mental health and related outcomes: a systematic review of genetically informative literature. **Translational Psychiatry**, v. 11, n. 1, p. 197, 1 abr. 2021.

JIANG, Yingying *et al.* Happiness in University Students: Personal, Familial, and Social Factors: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 8, p. 4713, 13 abr. 2022.

KARABABA, Ali. The Moderating Role of Hope in the Relationship Between Maladaptive Perfectionism and Anxiety Among Early Adolescents. **The Journal of Genetic Psychology**, v. 181, n. 2–3, p. 159–170, 3 maio 2020.

KIELING, Christian *et al.* Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence. **JAMA Psychiatry**, v. 81, n. 4, p. 347, 1 abr. 2024.

KLEINKORRES, Ruben; STANG-RABRIG, Justine; MCELVANY, Nele. The longitudinal development of students' well-being in adolescence: The role of perceived teacher autonomy support. **Journal of Research on Adolescence**, v. 33, n. 2, p. 496–513, 4 jun. 2023.

KOENIG, Harold G.; VANDERWEELE, Tyler; PETEET, John R. **Handbook of Religion and Health**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2023.

KOVACS, M. **The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school – aged youngsters**. Pittsburgh: University of Pittsburgh, 1983.

LA MAISON, Carolina *et al.* Prevalence and risk factors of psychiatric disorders in early adolescence: 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 53, n. 7, p. 685–697, 13 jul. 2018.

LEBRUN-HARRIS, Lydie A. *et al.* Five-Year Trends in US Children's Health and Well-being, 2016-2020. **JAMA Pediatrics**, v. 176, n. 7, p. e220056, 5 jul. 2022.

LO, B.; QUILL, T.; TULSKY, J. Discussing palliative care with patients. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. **Annals of internal medicine**, v. 130, n. 9, p. 744–9, 4 maio 1999.

LU, Bingqing; LIN, Lixia; SU, Xiaojuan. Global burden of depression or depressive symptoms in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 354, p. 553–562, jun. 2024.

LUCCHETTI, Giancarlo; KOENIG, Harold G.; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. **World Journal of Clinical Cases**, v. 9, n. 26, p. 7620–7631, 16 set. 2021.

LYUBOMIRSKY, Sonja. **The how of happiness: a scientific approach to getting the life you want** . London: The Penguin Books, 2008.

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

MIARELLI, A. V. T. C.; SILVA, J. V. **Adaptação cultural da brief multidimensional measure of religiousness/spirituality:1999**. (Mestrado)—Pouso Alegre: Universidade do Vale do Sapucaí, 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; MOSQUEIRO, Bruno Paz; BHUGRA, Dinesh (ORGS.). **Spirituality and mental health across cultures**. [S.l.]: Oxford University Press, 2021.

MORENO, André Luiz *et al.* Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 367–376, 1 mar. 2016.

NA, Peter Jongho *et al.* Social Determinants of Health and Suicide-Related Outcomes. **JAMA Psychiatry**, v. 82, n. 4, p. 337, 1 abr. 2025.

OLIVEIRA, Lorena De Melo Mendonça; RESENDE, Ana Cristina. Estudo de Sintomas Depressivos em Crianças sob situação de Acolhimento Institucional. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 10, n. 1, 21 dez. 2016.

OLIVEIRA, V. H. A. **Religiosidade, espiritualidade e felicidade na infância e adolescência**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2019.

OLIVEIRA, Vívian Hagen Antônio *et al.* The Impact of Religiousness and Spirituality in Childhood: What do Brazilian Children and their Parents Think? **International Journal of Latin American Religions**, 15 maio 2025a.

OLIVEIRA, Vívian Hagen Antônio *et al.* Religiosity and its Relationship with Happiness and Parenting Style in Young Adolescents. **International Journal of Latin American Religions**, v. 9, n. 1, p. 318–338, 30 jun. 2025b.

PAULA, Cristiane S. *et al.* Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 37, n. 2, p. 178–179, jun. 2015.

PEH, Chao Xu; KUA, Ee Heok; MAHENDRAN, Rathi. Hope, emotion regulation, and psychosocial well-being in patients newly diagnosed with cancer. **Supportive Care in Cancer**, v. 24, n. 5, p. 1955–1962, 17 maio 2016.

PETERSON, Christopher; SELIGMAN, Martin E. P. **Character strengths and virtues: a handbook and classification**. Washington, DC: American Psychological Association, 2004.

PFIZER. **Portuguese for Brazil version of the GAD-7 Screener**. Pfizer Inc, , 2013.

PHILLIPS-SALIMI, Celeste R. *et al.* Psychometric Properties of the Herth Hope Index in Adolescents and Young Adults With Cancer. **Journal of Nursing Measurement**, v. 15, n. 1, p. 3–23, maio 2007.

PIVARČ, Jakub. Well-being of children and adolescents: Psychosocial correlates of happiness and lifesatisfaction. **Ceskoslovenska psychologie**, v. 66, n. 3, p. 186–211, 30 jun. 2022.

PRACANA, S. de M. B. M. **A depressão em crianças e adolescentes em acolhimento institucional: caracterização em função de variáveis sócio-demográficas e do acolhimento**. Doutorado—Lisboa: Universidade de Lisboa, 2008.

PUCHALSKI, Christina; ROMER, Anna L. Taking a Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully. **Journal of Palliative Medicine**, v. 3, n. 1, p. 129–137, mar. 2000.

REITSEMA, Anne M. *et al.* Emotion dynamics in children and adolescents: A meta-analytic and descriptive review. **Emotion**, v. 22, n. 2, p. 374–396, mar. 2022.

RIZALAR, Selda; TUFAN, Afide; USLU, Rana. Spirituality and Hope Levels of Lung Cancer Patients Who Had Surgery in Turkey. **Journal of Religion and Health**, v. 62, n. 3, p. 2050–2064, 10 jun. 2023.

ROWLAND, Bosco C. *et al.* School Influences on Adolescent Depression: A 6-Year Longitudinal Study Amongst Catholic, Government and Independent Schools, in Victoria, Australia. **Journal of Religion and Health**, v. 62, n. 2, p. 1136–1156, 14 abr. 2023.

SARTORE, Alessandra Cristina; GROSSI, Sonia Aurora Alves. Escala de Esperança de Herth-Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, p. 227–2, 2008.

SCHREIBER, J. C.; CULBERTSON, M. J. Religious socialization of youth involved in child welfare. **Child Abuse and Neglect**, v. 38, n. 7, p. 1208–1220, 2014.

SHANAHAN, Mackenzie L. *et al.* Hope, Optimism, and Clinical Pain: A Meta-Analysis. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 55, n. 9, p. 815–832, 23 ago. 2021.

SINGH, Rupsha *et al.* Religiosity as a Stressor and a Stress Reliever in Relation to Sleep Health Among African American Women. **SLEEP**, v. 48, n. Supplement_1, p. A163–A164, 19 maio 2025.

SISTEMA NACIONAL DE ADOÇÃO E ACOLHIMENTO. **Painel de acompanhamento.**

SOLANO, Joao Paulo Consentino *et al.* Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. **BMC Palliative Care**, v. 15, n. 1, p. 70, 2 dez. 2016.

SPECK, Peter; HIGGINSON, Irene; ADDINGTON-HALL, Julia. Spiritual needs in health care. **BMJ**, v. 329, n. 7458, p. 123–124, 17 jul. 2004.

SPITZER, Robert L. *et al.* A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 10, p. 1092, 22 maio 2006.

STEWART, Shannon L. *et al.* The relationship between kinship and foster placement on mental health indicators in children and youth seeking treatment. **Child Protection and Practice**, v. 3, p. 100061, dez. 2024.

TIETBOHL-SANTOS, Bárbara *et al.* Protective factors against depression in high-risk children and adolescents: a systematic review of longitudinal studies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 2024.

TOLKIEN, J. R. R. **O senhor dos anéis: A sociedade do anel** . São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VALDIVIA, L. J. **Associação entre felicidade e espiritualidade em crianças e adolescentes saudáveis de escolas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

VALLE, Michael F.; HUEBNER, E. Scott; SULDO, Shannon M. An analysis of hope as a psychological strength. **Journal of School Psychology**, v. 44, n. 5, p. 393–406, out. 2006.

VAN METER, Anna R.; KNOWLES, Ellen A.; MINTZ, Emily H. Systematic Review and Meta-analysis: International Prevalence of Suicidal Ideation and Attempt in Youth. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 62, n. 9, p. 973–986, set. 2023.

VANDERWEELE, Tyler J. *et al.* Association Between Religious Service Attendance and Lower Suicide Rates Among US Women. **JAMA Psychiatry**, v. 73, n. 8, p. 845, 1 ago. 2016.

WATHIER, Josiane Lieberknecht; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de

institucionalização. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, p. 305–314, dez. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders—Global Health Estimates**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2017.

YAGHOOBZADEH, Ameneh *et al.* A Model of Aging Perception in Iranian Elders With Effects of Hope, Life Satisfaction, and Socioeconomic Status: A Path Analysis. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 24, n. 6, p. 522–530, 22 nov. 2018.

ZHENG, Miao *et al.* Self-control protects Tibetan adolescent orphans from mental problems: A mediating role of self-esteem. **Journal of Adolescence**, v. 94, n. 2, p. 253–263, 14 fev. 2022.

ZUCCOLO, Pedro Fonseca *et al.* Children and adolescents' emotional problems during the COVID-19 pandemic in Brazil. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 32, n. 6, p. 1083–1095, 27 jun. 2023.

APÊNDICE A – ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

Espiritualidade/religiosidade e sua relação com felicidade, bem-estar e depressão em acolhimento institucional: uma revisão

APÊNDICE B – DICOTOMIZAÇÃO DE VARIÁVEIS USADAS NAS ANÁLISES INFERENCIAIS

Instrumento: GAD-7		
Item	Codificado como “0”=“Menos ansiedade”	Codificado como “1”=“mais ansiedade”
Sentir-se nervoso, ansioso/ a ou muito tenso/a	Nenhuma vez Vários dias	Mais da metade dos dias Quase todos os dias
Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	Nenhuma vez	Vários dias Mais da metade dos dias Quase todos os dias
Preocupar-se muito com diversas coisas	Nenhuma vez Vários dias Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Dificuldade para relaxar	Nenhuma vez Vários dias	Mais da metade dos dias Quase todos os dias
Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	Nenhuma vez Vários dias	Mais da metade dos dias Quase todos os dias
Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	Nenhuma vez Vários dias Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Sentir medo, como se algo horrível fosse acontecer	Nenhuma vez Vários dias	Mais da metade dos dias Quase todos os dias
Instrumento: Felicidade		
Item	Codificado como “0”=“Menos felicidade”	Codificado como “1”=“mais felicidade”
Em geral, eu me considero	1 a 5	6 e 7
Comparando com a maioria dos meus amigos, eu me considero	1 a 4	5 a 7
1 - Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas aproveitam a vida aconteça o que acontecer, procurando obter o máximo. Em que grau essa descrição se aplica a você?	1 a 3	4 a 7

2- Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, nunca parecem ser tão felizes quanto poderiam ser. Em que grau essa afirmação se aplica a você?

1 a 3

4 a 7

Instrumento: Escala Herth de Esperança

Item	Codificado como “0”=“Menos esperança”	Codificado como “1”=“mais esperança”
Eu estou otimista em relação à vida	Discordo completamente Discordo Concordo	Concordo completamente
Eu tenho planos a curto e longo prazo	Discordo completamente Discordo Concordo	Concordo completamente
Eu me sinto muito sozinho (a)	Concordo completamente Concordo Discordo	Discordo completamente
Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades	Discordo completamente Discordo Concordo	Concordo completamente
Eu tenho uma fé que me conforta	Discordo completamente Discordo	Concordo Concordo completamente
Eu tenho medo do meu futuro	Concordo completamente Concordo	Discordo Discordo completamente
Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos	Discordo completamente Discordo	Concordo Concordo completamente
Eu me sinto muito forte	Discordo completamente Discordo Concordo	Concordo completamente
Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor	Discordo completamente Discordo Concordo	Concordo completamente
Eu sei onde eu quero ir	Discordo completamente Discordo Concordo	Concordo completamente
Eu acredito no valor de cada dia	Discordo completamente Discordo Concordo	Concordo completamente
Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade		Concordo completamente

Instrumento: BMMRS

Item	Codificado como “0”=“Menos RE”	Codificado como “1”=“mais RE”
Sinto a presença de Deus	Nunca ou quase nunca De vez em quando Alguns dias	A maior parte dos dias Todos os dias Muitas vezes ao dia

Encontro força e conforto na minha religião	Nunca ou quase nunca De vez em quando Alguns dias	A maior parte dos dias Todos os dias Muitas vezes ao dia
Desejo estar próximo ou em união com Deus	Nunca ou quase nunca De vez em quando Alguns dias A maior parte dos dias	Todos os dias Muitas vezes ao dia
Sinto o amor de Deus por mim, diretamente ou por meio dos outros	Nunca ou quase nunca De vez em quando Alguns dias A maior parte dos dias	Todos os dias Muitas vezes ao dia
Creio em um Deus que cuida de mim	Discordo totalmente Concordo	Concordo totalmente
Com que frequência você reza em lugares que não sejam igreja ou templo religioso	Nunca Menos de uma vez ao mês Uma vez no mês Algumas vezes no mês Uma vez por semana Algumas vezes por semana	Uma vez ao dia Mais de uma vez ao dia
Com que frequência você assiste ou ouve programas religiosos na tv, rádio ou internet	Nunca Menos de uma vez ao mês	Uma vez no mês Algumas vezes no mês Uma vez por semana Algumas vezes por semana Uma vez ao dia Mais de uma vez ao dia
Com que frequência você lê a biblia ou outra literatura religiosa	Nunca Menos de uma vez ao mês Uma vez no mês Algumas vezes no mês	Uma vez por semana Algumas vezes por semana Uma vez ao dia Mais de uma vez ao dia
Com que frequência são feitas orações ou agradecimentos antes das refeições ou após onde mora?	Nunca Apenas em ocasiões especiais No mínimo uma vez por semana	Uma vez ao dia Em todas as refeições
Com que frequência você participa de atividades religiosas?	Nunca Algumas vezes ao ano	Uma vez no mês (mensal) Algumas vezes no mês Toda semana (semanal) Mais de uma vez por semana
Até que ponto você se considera uma pessoa religiosa	Nem um pouco religiosa Pouco religiosa	Moderadamente religiosa Muito religiosa
Até que ponto você se considera uma pessoa espiritualizada	Nem um pouco espiritualizada Pouco espiritualizada	Moderadamente espiritualizada Muito espiritualizada
Quanto é importante a religião	Não importante Indiferente Importante	Muito importante

e a espiritualidade
para você

Instrumento: CDI		
Item	Codificado como “0”=“Menos depressão”	Codificado como “1”=“mais depressão”
1	Eu fico triste de vez em quando	Eu fico triste muitas vezes Eu estou sempre triste
2	Para mim tudo se resolverá bem	Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim Nada vai dar certo para mim
3	Eu faço bem a maioria das coisas	Eu faço errado a maioria das coisas Eu faço tudo errado
4	Eu me divirto com muitas coisas	Eu me divirto com algumas coisas Nada é divertido para mim
5	Eu sou mau de vez em quando	Eu sou mau com frequência Eu sou sempre mau
6	De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer	Eu tenho medo que coisas ruins me aconteçam. Eu tenho certeza de que coisas terríveis me acontecerão
7	Eu gosto de mim mesmo	Eu não gosto de mim mesmo Eu me odeio
8	Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que a	Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa Tudo de mau que acontece é por minha culpa
9	Eu não penso em me matar	Eu penso em me matar, mas não o faria Eu quero me matar
10	Eu sinto vontade de chorar esporadicamente	Eu sinto vontade de chorar freqüentemente Eu sinto vontade de chorar diariamente
11	Eu me sinto entediado esporadicamente	Eu me sinto entediado freqüentemente Eu me sinto sempre entediado
12	Eu gosto de estar com as pessoas	Freqüentemente eu não gosto de estar com as pessoas Eu não gosto de estar com as pessoas
13	Eu tomo decisões facilmente	É difícil para mim tomar decisões Eu não consigo tomar decisões
14	Eu tenho boa aparência	Minha aparência tem alguns aspectos negativos Eu sou feio

15	Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim	Com freqüência eu tenho que ser pressionado para fazer os de Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
16	Eu durmo bem à noite	Eu tenho dificuldades para dormir à noite freqüentemente Eu sempre tenho dificuldades para dormir à noite
17	Eu me canso de vez em quando	Eu me canso freqüentemente Eu estou sempre cansado
18	Alguns dias eu não tenho vontade de comer	Quase sempre eu não tenho vontade de comer
19	Eu não temo sentir dor	Eu temo sentir dor com freqüência Eu estou sempre temeroso de sentir dor
20	Eu não me sinto sozinho	Eu me sinto sozinho com freqüência Eu sempre me sinto sozinho
21	Eu me divirto na escola freqüentemente	Eu me divirto na escola de vez em quando Eu nunca me divirto na escola
22	Eu tenho muitos amigos	Eu tenho muitos amigos mas gostaria de ter mais Eu não tenho muitos amigos
23	Meus trabalhos na escola são bons	Meus trabalhos na escola não são tão bons quanto eram antes Eu tenho me saído mal nas matérias em que eu costumava ser bom
24	Meu nível é tão bom quanto o das outras crianças	Meu nível pode ser tão bom quanto o das outras crianças, se Meu nível nunca é tão bom quanto o das outras crianças
25	Eu tenho certeza que sou amado por alguém	Eu não tenho certeza se sou amado por alguém Ninguém gosta de mim realmente
26	Eu sempre faço o que me mandam	Eu faço o que me mandam com freqüência Eu nunca faço o que me mandam
27	Eu não me comunico bem com as pessoas	Eu me envolvo em brigas com freqüência Eu estou sempre me envolvendo em brigas

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: VICTORIA REGIA DUARTE DE MATOS

1 Nome completo: _____

2 Identificador na pesquisa: _____

3 Data de nascimento: _____

4 Data de entrada no sistema de acolhimento: _____

5 Causa(s) da entrada no sistema:

- Negligência
- Abandono
- Violência física
- Violência sexual
- Orfandade
- Abuso de substâncias pelos pais
- Trabalho infantil
- Exploração sexual
- Entrega ao sistema de acolhimento
- Sem motivo especificado

6 Está em manutenção de vínculos? Sim Não

7 Com qual(is) familiar(es)?

8 Está em processo de adoção? Sim Não

9 Ano escolar: _____

10 a) Tem irmãos acolhidos? Sim Não

10 b) Estão todos na mesma instituição? Sim Não

10 c) Quantidade de irmãos 1 a 3 4 ou mais

10 d) Nome dos irmãos:

11 Altura:

12 Peso:

13 Consultas de saúde realizadas nos últimos 6 meses: _____

14 Gravidez? Sim Não Não se aplica

15 Tem filhos? Sim Não Não se aplica

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO RESPONSÁVEIS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/RESPONSÁVEIS

O menor _____, sob sua responsabilidade, está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **Religiosidade/espiritualidade, sintomas depressivos e felicidade em crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a falta de informações sobre a população em acolhimento institucional brasileira, além da importância do tema, visto existirem cerca de 47 mil atualmente. Nesta pesquisa pretendemos entender como está saúde mental dos acolhidos em Juiz de Fora e o que pode promover seu bem-estar, bem como o que pode prejudicar saúde mental.

Caso você concorde na participação do menor, vamos realizar as seguintes atividades com o mesmo: 1) será pedido a utilização de uma sala separada para aplicação dos instrumentos. Cada criança ou adolescente dará o assentimento (permissão), por meio do Termo de Assentimento. 2) Será explicado a cada participante em linguagem acessível à idade, o objetivo da pesquisa e o tipo de perguntas realizadas para fazermos o convite à participação na pesquisa. Serão aplicados 4 questionários, que se referem a Felicidade, Ansiedade, Depressão, Esperança e Religiosidade/Espiritualidade. Cada questionário será lido em voz alta (criança até 11 anos) ou preenchido pelo próprio adolescente com disponibilidade da pesquisadora para tirar dúvidas. 3) Serão medidos altura e peso por meio de fita métrica e balança. 4) Será feita uma pergunta e gravado o áudio da resposta 5) Serão obtidos as informações do questionário sociodemográfico, a exemplo de data de nascimento e causa do abrigamento, por meio de acesso a fichas deles (PIA) nas instituições. 6) Serão obtidos dados de histórico médico por meio de acesso às fichas (PIA) ou por meio verbal. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: mobilização do afeto com a demonstração de cansaço ou aborrecimento ao responder os questionários ou sentimento de tristeza ou vergonha aos responder algumas perguntas, risco mínimo de identificação dos participantes, possibilidade de identificação de potenciais transtornos mentais. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, será garantida a possibilidade de pausas de alguns minutos, ou mais, caso haja cansaço; será garantido e preservado o anonimato, pois os dados serão vistos apenas pela pesquisadora; não será divulgada nenhuma forma de identificação; será feito esforço para, em diálogo com a instituição, promover encaminhamentos a serviços de saúde mental aos sujeitos que mostrarem essa necessidade, as crianças e adolescentes poderão pedir para serem confortados por alguém da instituição, caso haja sofrimento durante as entrevistas. A pesquisa pode ajudar aos adolescentes pensarem sobre sua saúde mental; às crianças e aos adolescentes a possibilidade de identificar a necessidade de encaminhamento a serviço de saúde mental e o auxílio nesse processo pela pesquisadora, em colaboração com as instituições; às instituições, melhor conhecimento sobre os sujeitos abrigados, nas variáveis estudadas; ao corpo da literatura, dados que irão contribuir para a discussão a respeito da importância e associação da R/E em contextos de convivência fora do ambiente familiar.

Para participar desta pesquisa, o menor sob sua responsabilidade e você não terão nenhum custo, nem receberão qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se o menor tiver algum dano por causa das atividades relacionadas a esta pesquisa, ele tem direito a buscar indenização. Ele terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Você, como responsável pelo menor, poderá retirar seu consentimento (sua permissão) ou interromper a participação dele a qualquer momento. Mesmo que você queira deixá-lo participar agora, você pode voltar atrás e interromper a participação a qualquer momento. A participação dele é voluntária e o fato em não o deixar participar não vai levar a qualquer penalidade ou mudança na forma em que ele é atendido. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição, quando finalizada. O nome ou o material que indique a participação do menor não será liberado sem a sua permissão. O menor não será identificado em nenhuma publicação.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em deixá-lo participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do (a) Responsável

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Victoria Regia Duarte de Matos, Campus Universitário da UFJF. Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Medicina – Pós Graduação em Saúde. CEP: 36036-900. Fone: (85) 999833074. E-mail: victoria.dmatos@gmail.com

APÊNDICE E – TERMO DE ASSENTIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário(a) da pesquisa "Religiosidade/espiritualidade, sintomas depressivos e felicidade em crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é o interesse em conhecer mais sobre pessoas como você que estão morando em um abrigo, porque não temos muitos estudos na ciência. Nesta pesquisa pretendemos conhecer melhor quem vocês são e o que te faz mais feliz ou mais triste, além de saber da sua relação com Deus.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades: 1) vamos para uma sala separada aqui no abrigo onde eu, que sou a pesquisadora, e você permaneceremos 2) Nessa sala, vou ler para você, se for criança, as 4 listas de perguntas que tenho na minha pesquisa. Se você for adolescente, você irá ler e preencher com caneta, mas eu estarei disponível o tempo todo para tirar dúvidas. 3) Serão medidos altura e peso por meio de fita métrica e balança. 4) Faremos uma pergunta e você responderá enquanto a pesquisadora irá gravar o áudio 5) Faremos outras perguntas aos diretores do abrigo também, por exemplo, sobre quando você nasceu e se você precisa de atendimento médico. Esta pesquisa pode te trazer alguns incômodos afetivos, que são sentimentos de cansaço ou aborrecimento ao responder os questionários, ou o sentimento de estar um pouco chateado(a) ou com vergonha com as perguntas que eu irei fazer ter vergonha de responder. Mas, para diminuir a chance disso acontecer, você pode pedir para pausarmos um pouco ou posso te ajudar a ir buscar a ajuda de uma pessoa no abrigo que você confie e que possa te confortar. Também iremos garantir e preservar o anonimato, ou seja, ninguém fora a pesquisadora, irá saber das suas respostas, pois ficaremos nessa sala separada. Pensamos que você irá gostar de participar, pois a pesquisa pode ajudar você a refletir sobre como se sente no seu dia a dia e, caso necessário, poderemos conversar com seu responsável para te ajudar com algumas dificuldades emocionais, se você estiver precisando.

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano causado por atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer punição ou mudança na forma em que você é tratado. O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você.

Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas cópias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos com para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do (a) menor

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Victoria Regia Duarte de Matos. Campus Universitário da UFJF. Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Medicina – Pós Graduação em Saúde. CEP: 36036-900. Fone: (85) 999833074. E-mail: victoria.dmatos@gmail.com

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do

Brasil. Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@uff.br

APÊNDICE F – TERMO DE INFRAESTRUTURA E CONCORDÂNCIA

DECLARAÇÃO

Eu, _____, na qualidade de responsável pela instituição de acolhimento _____, localizada na rua _____ autorizo a realização da pesquisa intitulada “**Religiosidade/espiritualidade, sintomas depressivos e felicidade em crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional**” a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora “**Victoria Regia Duarte de Matos**”; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, __ de ____ de _____

ASSINATURA _____

ANEXO A – BMMRS E LISTA DE PRIORIDADES DE VIDA

Medida Religiosidade/Espiritualidade

(BMMRS) - domínios específicos – e outras questões

Experiências espirituais diárias

As seguintes questões lidam com as possíveis experiências espirituais.

Marque com um "X" a alternativa que melhor demonstra com que frequência você tem as seguintes experiências:

1- Sinto a presença de Deus.

- 1() Muitas vezes ao dia
- 2() Todos os dias
- 3() A maior parte dos dias
- 4() Alguns dias
- 5() De vez em quando
- 6() Nunca ou quase nunca

2- Encontro força e conforto na minha religião.

- 1() Muitas vezes ao dia
- 2() Todos os dias
- 3() A maior parte dos dias
- 4() Alguns dias
- 5() De vez em quando
- 6() Nunca ou quase nunca

3- Desejo estar próximo ou em união com Deus.

- 1() Muitas vezes ao dia
- 2() Todos os dias
- 3() A maior parte dos dias
- 4() Alguns dias
- 5() De vez em quando
- 6() Nunca ou quase nunca

4- Sinto o amor de Deus por mim, diretamente ou por meio dos outros.

- 1 () Muitas vezes ao dia
- 2 () Todos os dias
- 3 () A maior parte dos dias
- 4 () Alguns dias
- 5 () De vez em quando
- 6 () Nunca ou quase nunca

Valores/crenças

5- Creio em um Deus que cuida de mim.

- 1 () Concordo totalmente
- 2 () Concordo
- 3 () Discordo
- 4 () Discordo totalmente

Práticas religiosas particulares

6- Com que frequência você reza (ora) em lugares que não sejam igreja ou templo religioso?

- 1 () Mais de uma vez ao dia
- 2 () Uma vez ao dia
- 3 () Algumas vezes por semana
- 4 () Uma vez por semana
- 5 () Algumas vezes no mês
- 6 () Uma vez no mês
- 7 () Menos de uma vez ao mês
- 8 () Nunca

7 - Com que frequência você assiste ou ouve programas religiosos na TV, rádio ou internet?

- 1 () Mais de uma vez ao dia

- 2 () Uma vez ao dia
- 3 () Algumas vezes por semana
- 4 () Uma vez por semana
- 5 () Algumas vezes no mês
- 6 () Uma vez no mês
- 7 () Menos de uma vez ao mês
- 8 () Nunca

8- Com que frequência você lê a bíblia ou outra literatura religiosa (livros, jornais, revistas, folhetos e internet)?

- 1 () Mais de uma vez ao dia
- 2 () Uma vez ao dia
- 3 () Algumas vezes por semana
- 4 () Uma vez por semana
- 5 () Algumas vezes no mês
- 6 () Uma vez no mês
- 7 () Menos de uma vez ao mês
- 8 () Nunca

9 - Com que frequência são feitas orações ou agradecimentos antes ou após as refeições onde você mora?

- 1 () Em todas as refeições
- 2 () Uma vez ao dia
- 3 () No mínimo uma vez por semana
- 4 () Apenas em ocasiões especiais
- 5 () Nunca.

10- Com que frequência você participa de atividades religiosas (Missas, Cultos, Rituais, Celebrações, encontro de jovens)?

- 1 () Mais de uma vez por semana
- 2 () Toda semana (semanal)

- 3 () Algumas vezes no mês
- 4 () Uma vez no mês (mensal)
- 5 () Algumas vezes ao ano
- 6 () Nunca

Preferência religiosa

11- Qual é sua religião no momento?

12- Se Evangélico, qual a denominação religiosa?

Auto-avaliação Global

13- Até que ponto você se considera uma pessoa religiosa?

- 1 () Muito religiosa
- 2 () Moderadamente religiosa
- 3 () Pouco religiosa
- 4 () Nem um pouco religiosa

14 - Até que ponto você se considera uma pessoa espiritualizada?

- 1 () Muito espiritualizada
- 2 () Moderadamente espiritualizada
- 3 () Pouco espiritualizada
- 4 () Nem um pouco espiritualizada

15- Quanto importante é a religião e a espiritualidade para você?

- 1 () Não importante
- 2 () Indiferente
- 3 () Importante
- 4 () Muito Importante

16- Numerar de 1 a 10 de acordo com a importância para você, sendo 1 mais importante e 10 menos importante:

- () Video Game
- () Desenho, filmes, séries, vídeos no You tube

- Esporte
- Religião (Igreja)
- Família
- Leitura
- Deus
- Brincadeiras
- Escola
- Estudar

ANEXO C – ESCALA DE ESPERANÇA

ANEXO

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (EEH)

Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação neste momento.

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1. Eu estou otimista quanto à vida.				
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos.				
3. Eu me sinto muito sozinho(a).				
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.				
5. Eu tenho uma fé que me conforta.				
6. Eu tenho medo do meu futuro.				
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.				
8. Eu me sinto muito forte.				
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.				
10. Eu sei onde eu quero ir.				
11. Eu acredito no valor de cada dia.				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.				

ANEXO D – ESCALA DE DEPRESSÃO

QUESTIONÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL

Corresponde a escala para a própria criança, elaborada por Kovacs (1983), validada em nosso meio por Barbosa, tendo como ponto de corte 17, e pontuação de 0 a 2 para cada item.

1. Eu fico triste de vez em quando
 Eu fico triste muitas vezes
 Eu estou sempre triste

2. Para mim tudo se resolverá bem
 Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim
 Nada vai dar certo para mim

3. Eu faço bem a maioria das coisas
 Eu faço errado a maioria das coisas
 Eu faço tudo errado

4. Eu me divirto com muitas coisas
 Eu me divirto com algumas coisas
 Nada é divertido para mim

5. Eu sou mau de vez em quando
 Eu sou mau com frequência
 Eu sou sempre mau

6. De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer
 Eu tenho medo que coisas ruins me aconteçam
 Eu tenho certeza de que coisas terríveis me acontecerão

7. Eu gosto de mim mesmo
 Eu não gosto de mim mesmo
 Eu me odeio

8. Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem
 Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa
 Tudo de mau que acontece é por minha culpa

9. Eu não penso em me matar
 Eu penso em me matar, mas não o faria
 Eu quero me matar

10. Eu sinto vontade de chorar esporadicamente
 Eu sinto vontade de chorar freqüentemente
 Eu sinto vontade de chorar diariamente

11. Eu me sinto entediado esporadicamente
 Eu me sinto entediado freqüentemente
 Eu me sinto sempre entediado
12. Eu gosto de estar com as pessoas
 Freqüentemente eu não gosto de estar com as pessoas
 Eu não gosto de estar com as pessoas
13. Eu tomo decisões facilmente
 É difícil para mim tomar decisões
 Eu não consigo tomar decisões
14. Eu tenho boa aparência
 Minha aparência tem alguns aspectos negativos
 Eu sou feio
15. Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim
 Com freqüência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa
 Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
16. Eu durmo bem à noite
 Eu tenho dificuldades para dormir à noite freqüentemente
 Eu sempre tenho dificuldades para dormir à noite
17. Eu me canso de vez em quando
 Eu me canso freqüentemente
 Eu estou sempre cansado
18. Alguns dias eu não tenho vontade de comer
 Quase sempre eu não tenho vontade de comer
19. Eu não temo sentir dor
 Eu temo sentir dor com freqüência
 Eu estou sempre temeroso de sentir dor
20. Eu não me sinto sozinho
 Eu me sinto sozinho com freqüência
 Eu sempre me sinto sozinho
21. Eu me divirto na escola freqüentemente
 Eu me divirto na escola de vez em quando
 Eu nunca me divirto na escola

22. Eu tenho muitos amigos
 Eu tenho muitos amigos mas gostaria de ter mais
 Eu não tenho muitos amigos

23. Meus trabalhos na escola são bons
 Meus trabalhos na escola não são tão bons quanto eram antes
 Eu tenho me saído mal nas matérias em que eu costumava ser bom

24. Meu nível é tão bom quanto o das outras crianças
 Meu nível pode ser tão bom quanto o das outras crianças, se eu quiser
 Meu nível nunca é tão bom quanto o das outras crianças

25. Eu tenho certeza que sou amado por alguém
 Eu não tenho certeza se sou amado por alguém
 Ninguém gosta de mim realmente

26. Eu sempre faço o que me mandam
 Eu faço o que me mandam com frequência
 Eu nunca faço o que me mandam

27. Eu não me comunico bem com as pessoas
 Eu me envolvo em brigas com frequência
 Eu estou sempre me envolvendo em brigas.

ANEXO E – ESCALA DE ANSIEDADE

GAD-7

Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<i>(Marque sua resposta com "✓")</i>				
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ____ = ____ + ____ + ____)