

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Faculdade de Medicina**  
**Programa de Pós Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE FELICIDADE E ESPIRITUALIDADE EM  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES SAUDÁVEIS DE ESCOLAS DE  
PORTO ALEGRE**

Lucianne Jobim Valdivia  
Orientadora: Neusa Sica da Rocha  
Co-Orientador: Mark Holder

PORTO ALEGRE - RS  
MARÇO DE 2017

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Faculdade de Medicina**  
**Programa de Pós Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento**



Dissertação de Mestrado

**ASSOCIAÇÃO ENTRE FELICIDADE E ESPIRITUALIDADE EM  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES SAUDÁVEIS DE ESCOLAS DE  
PORTO ALEGRE**

Lucianne Jobim Valdivia  
Orientadora: Neusa Sica da Rocha  
Co-Orientador: Mark Holder

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria e Ciências Comportamentais

PORTO ALEGRE - RS  
MARÇO DE 2017

### CIP - Catalogação na Publicação

Valdivia, Lucianne

ASSOCIAÇÃO ENTRE FELICIDADE E ESPIRITUALIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES SAUDÁVEIS DE ESCOLAS DE PORTO ALEGRE / Lucianne Valdivia. -- 2017.

114 f.

Orientadora: Neusa Rocha.

Coorientadora: Mark Holder.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Espiritualidade. 2. Felicidade. 3. Crianças. 4. Adolescentes. I. Rocha, Neusa, orient. II. Holder, Mark, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## AGRADECIMENTOS

Ao Leandro, meu sócio, colega, parceiro, melhor amigo, esposo, meu norte, minha âncora.

Aos meus filhos Manuela e Miguel, obrigada por me darem a oportunidade de conhecer o amor incondicional e me tornar cada dia uma pessoa melhor, cada sorriso de vocês me ilumina e me dá forças para seguir adiante, tudo é por vocês e para vocês.

Aos meus pais Demetrio e Noely que me proporcionaram tudo isso, me deram esse bem precioso da vida, me educaram no sentido de que não há limites para o pensar, para o conhecimento e para o amor e que esses são os únicos bens que realmente importam.

À minha orientadora, Professora Neusa Sica da Rocha, verdadeira Mestra, na melhor acepção da palavra, por partilhar comigo seus conhecimentos, sua visão ética e equânime do mundo.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa Bruno, Guilherme, Katiuscia, Leonardo, Cíntia e Rogério pelo companheirismo e parceria. Um agradecimento especial ao querido colega e amigo Lucas Primo, sua amizade e auxílio foram imprescindíveis.

Às queridas Ana Cláudia Knackfuss e Cleonice Zatti pelos estudos e conhecimento que dividiram comigo, cafés, risadas e palavras de incentivo, amizades que levo no coração.

À Professora Keila Cereser pelos ensinamentos, paciência e postura acolhedora e sensível.

À Professora Maria Paz Hidalgo pela oportunidade de integrar ciência e música, áreas que tanto amo, agradecimento extensivo a todos os participantes do Coral Chronos.

À Cláudia Grabinski, mais que uma secretária, uma amiga querida que se juntou à minha vida nesse mestrado.

A todas as crianças e adolescentes com quem já tive contato, inclusive através dessa pesquisa, pacientes, amigos, por me ensinarem sobre a vida, sobre recomeço, sobre alegria, plenitude e sobre estar presente.

E à Dona Cyalu, meu "boa noite" e gratidão profunda.

## SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS .....	7
RESUMO.....	8
ABSTRACT .....	10
APRESENTAÇÃO.....	12
1. INTRODUÇÃO .....	13
2. REVISÃO DA LITERATURA .....	15
2.1. Psiquiatria Positiva .....	15
2.2. Bem-Estar Subjetivo e Felicidade .....	16
2.2.1. Felicidade e bem-estar subjetivo em Crianças e Adolescentes .....	18
2.2.2. Medidas auto-reportadas de felicidade em Crianças e Adolescentes .....	19
2.3. Espiritualidade: Conceitos e Dimensões .....	20
2.3.1. Espiritualidade e Saúde Mental .....	21
2.3.2. Espiritualidade em Crianças e Adolescentes .....	23
2.3.3. Medidas de Espiritualidade em Crianças e Adolescentes .....	25
3. JUSTIFICATIVA .....	27
4. OBJETIVOS .....	28
5. METODOLOGIA .....	29
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	35
7. ARTIGO 1.....	37
8. ARTIGO 2.....	60
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	82

10.REFERÊNCIAS .....	85
11. ANEXO I - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO .....	94
12. ANEXO II - ESCALA SUBJETIVA DE FELICIDADE .....	97
13. ANEXO III - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL (CDI) .....	98
14. ANEXO IV - MEDIDA BREVE MULTIDIMENSIONAL DE RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE (BMMRS) - DOMÍNIOS ESPECÍFICOS.....	101
15. ANEXO V - MEDIDA DE ORIENTAÇÃO DE VIDA E SAÚDE ESPIRITUAL (SHALOM) .....	104
16. ANEXO VI - TERMO DE ASSENTIMENTO .....	106
17. ANEXO VII - TERMO DE DISSSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	107
18. ANEXO VIII - TERMO DE CONCORDÂNCIA PARA A ESCOLA .....	109
18. ANEXO IX - CÓPIA DO EMAIL COM AUTORIZAÇÃO DO AUTOR PARA VALIDAÇÃO DA SHALOM NO BRASIL .....	110

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

BES - Bem-Estar Subjetivo

R/E - Religiosidade/Espiritualidade

Sp - Espiritualidade

SHALOM - Medida de Saúde Espiritual e de Orientação de Vida (Spiritual Health And Life-Orientation Measure)

SpP - Domínio de Espiritualidade Pessoal da SHALOM

SpC - Domínio de Espiritualidade Comunitária da SHALOM

SpA - Domínio de Espiritualidade Ambiental da SHALOM

SpT - Domínio de Espiritualidade Transcendental da SHALOM

CDI - Inventário de Depressão Infantil (em inglês, Children Depression Inventory)

SHS - Escala Subjetiva de Felicidade (em inglês, Subjective Happiness Scale)

BMMRS - Medida Breve Multidimensional de Religiosidade e Espiritualidade (em inglês, Brief Multidimensional Measure of Religiosity/Spirituality)

## RESUMO

### **Introdução:**

No contexto brasileiro, um levantamento nacional mostrou o alto nível de religiosidade da população brasileira, indicando que 83% dos brasileiros consideram religião como muito importante em suas vidas e mais de um terço frequenta um serviço religioso pelo menos uma vez por semana. Muitos estudos tem sido conduzidos no Brasil e no mundo investigando a relação espiritualidade e saúde, porém a imensa maioria em populações de adultos. O objetivo da atual dissertação é avaliar a associação entre as medidas das variáveis felicidade e espiritualidade em crianças e adolescentes saudáveis entre 9-15 anos estudantes de escolas de Porto Alegre, Brasil. Para tanto, inicialmente procedeu-se à tradução, adaptação e validação da escala SHALOM para medir espiritualidade na população em estudo. Também considerou-se a influência de fatores confundidores como fatores demográficos e sintomas depressivos.

### **Métodos:**

Os participantes do estudo foram crianças saudáveis de 9-15 anos, estudantes de uma escola pública e outra privada de Porto Alegre, Brasil e a coleta de dados foi feita em sala de aula, durante o período escolar. Questionário de dados demográficos e escalas de felicidade, espiritualidade, e sintomas depressivos foram aplicadas. A adaptação e validação da escala seguiram os procedimentos indicados pela literatura. Posteriormente, procedeu-se à análise de regressão hierárquica tendo as variáveis demográficas idade e gênero, religiosidade, estrutura familiar e classe social no primeiro bloco, as dimensões da espiritualidade e presença de doença crônica no segundo bloco e sintomas depressivos no terceiro bloco.



## **Resultados:**

Os dados indicam que a escala SHALOM apresenta propriedades psicométricas adequadas para o estudo da espiritualidade e da saúde espiritual em crianças e adolescentes saudáveis acima de 9 anos de Porto Alegre, Brasil. A análise do modelo de regressão da amostra de crianças e adolescentes (n=487) demonstrou que a idade ( $\beta=-0,109$ ;  $p=0,020$ ) e sintomas depressivos ( $\beta=-0,272$ ;  $p<0,001$ ) foram negativamente correlacionados com felicidade. Ter uma religião ( $\beta=0,323$ ;  $p<0,001$ ) e "ser espiritualizado não-religioso" ( $\beta=0,286$ ;  $p<0,001$ ), mostrou correlação positiva com felicidade. As dimensões pessoal ( $\beta=0,237$ ;  $p<0,001$ ) e comunitária ( $\beta=0,135$ ;  $p<0,045$ ) da espiritualidade mostraram associações positivas com felicidade. As demais variáveis não foram significativas para o modelo.

## **Conclusões:**

Os achados foram consistentes com pesquisas em crianças e adolescentes de outros continentes. Ter uma afiliação religiosa, "ser espiritualizado, mas não-religioso", ter uma relação pessoal com a espiritualidade, significado de vida, valores e com os semelhantes foram positivamente associadas com maior felicidade e menores sintomas depressivos. As relações entre espiritualidade e felicidade sugerem que estudos futuros devem ser conduzidos para acessar a eficácia da espiritualidade como um fator de promoção de saúde. Esse é o primeiro estudo no Brasil e um dos poucos no mundo a avaliar a espiritualidade de crianças e adolescentes saudáveis através de auto-relato.

## **ABSTRACT**

### **Background:**

In Brazil, a national survey showed the high level of religiosity of the Brazilian population, indicating that 83% of Brazilians consider religion to be very important in their lives and more than one third attend a religious service at least once a week. In the last years, many studies have been conducted investigating the relationship between spirituality and health, but most of them in adult samples. The objective of the present dissertation is to evaluate the association between measures of happiness and spirituality variables in healthy children and adolescents aged 9-15 years, students of schools in Porto Alegre, Brazil. Therefore, the SHALOM scale was initially translated, adapted and validated to measure spirituality in the study population. We also considered the influence of confounding factors such as demographic factors and depressive symptoms.

### **Methods**

The dissertation begins with a review of the literature on Positive Psychiatry, a theoretical framework on which this study is based, addressing concepts and evidence on well-being, happiness, and spirituality in children and adolescents, as well as measures of these variables in the study population. The study participants were healthy children aged 9-15, students from a public and private school in Porto Alegre, and data collection was done in the classroom during the school period. Questionnaire of demographic data and scales of happiness, spirituality, depressive symptoms were applied. The adaptation and validation of the scale followed the procedures indicated in the literature. Subsequently, we conducted a hierarchical regression analysis in blocks, with the demographic variables age, gender, religiosity, family structure and social class included in the first block, dimensions of spirituality and presence of chronic disease in the second block and depressive symptoms in the third block.

## Results

The data indicate that the SHALOM scale presents adequate psychometric properties for the study of spirituality and spiritual health in children and adolescents of 9 years and above. Analysis of the regression model of the sample of (n=487) children and adolescents demonstrated that age ( $\beta=-0.109$ ;  $p=0.020$ ) and depressive symptoms ( $\beta=-0.272$ ;  $p<0.001$ ) were negatively correlated with happiness. Having a religion ( $\beta=0.323$ ;  $p<0.001$ ), and be "spiritual but not religious" ( $\beta=0.286$ ;  $p<0.001$ ) showed a positive correlation with happiness. Personal ( $\beta=0.237$ ;  $p<0.001$ ) and Communal ( $\beta=0.135$ ;  $p<0.045$ ) dimensions of spirituality showed positive associations with happiness. The other variables were not significant for the model.

## Conclusions

The findings were consistent with research on children and adolescents from other continents. Having a religious affiliation, "be spiritual but not religious", having a personal relationship with spirituality, meaning of life, values, and with others was positively associated with greater happiness and less depressive symptoms. The relationships between spirituality and happiness suggest that future studies should be conducted to assess the effectiveness of spirituality as a factor of health promotion.

## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação visa estudar as relações entre felicidade e espiritualidade em crianças e adolescentes saudáveis.

Nas últimas décadas as pesquisas em saúde mental tem se debruçado sobre a doença, disfunção e tratamento, apesar de estados positivos como felicidade e sua associação com melhor saúde possuam um número crescente de evidências. Uma revisão da literatura sugere que a felicidade desempenha um papel de prevenção de doença e de melhor saúde física em populações saudáveis.

Estudos relacionando espiritualidade e bem-estar e qualidade de vida em adultos tem mostrado associações positivas, bem como associações inversas entre espiritualidade/religiosidade e doença mental (Moreira-Almeida et al 2014; Zimpel et al. 2015). Contudo, apesar do grande interesse dos estudos que visam proporcionar bem-estar e desenvolvimento saudável para as pessoas, poucas pesquisas tem sido feitas nessa área em relação à população de crianças e adolescentes.

O presente trabalho se encontra organizado da seguinte forma: Inicialmente é apresentado conceitos acerca da área da Psiquiatria Positiva, abordagem teórica na qual esse estudo está assentado. Posteriormente, são apresentadas evidências gerais sobre o tema, incluindo conceito e relações entre bem-estar subjetivo/felicidade, espiritualidade e saúde mental em crianças e adolescentes, bem como formas de medir essas variáveis na população em estudo.

O primeiro artigo apresenta a tradução e validação cultural da SHALOM para o contexto brasileiro. O segundo artigo avalia as associações entre felicidade, espiritualidade, controlado para fatores confundidores como sintomas depressivos e variáveis sociodemográficas.

Em anexo disponibilizamos o protocolo de pesquisa com os instrumentos aplicados para medir espiritualidade, felicidade subjetiva e sintomas depressivos. Nas considerações finais, integramos as discussões propostas sobre o tema e perspectivas futuras para estudo.

## 1. INTRODUÇÃO

Os pesquisadores nos campos da Medicina e da Psicologia tendem a focar seus esforços naquilo que não está bem com os pacientes e de que maneira podemos resolver isto. Já a Psiquiatria Positiva, no entanto, se debruça sobre uma questão diferente, ela busca identificar aquilo que vai bem com o paciente e de que maneira podemos promover isto. Esse emergente campo de pesquisa, inspirado na Psicologia Positiva, tem por premissa que um profissional de saúde mental deveria se dedicar não somente ao tratamento dos processos de adoecimento, mas também encorajar comportamentos e intervenções que se dediquem à manutenção e promoção da saúde (Rettew 2015).

Nesse sentido, buscamos respostas para o que pode oferecer maior qualidade de vida, bem-estar e melhor saúde ainda na infância e adolescência, nos parece um tarefa altamente relevante. Na última década, pesquisas sobre felicidade em crianças e adolescentes tem crescido (Proctor, Linley, & Maltby 2009), mostrando que a maioria reporta de médio a altos níveis de felicidade, embora com o aumento da idade mostrem uma tendência a diminuir (Uusitalo-Malmivaara 2014). Felicidade é um estado ativo e não simplesmente a ausência de dor ou enfermidade e tampouco é o mesmo que prazer, mas sim traduz o componente afetivo do que denominamos Bem-Estar Subjetivo (BES). O conceito de Bem-Estar Subjetivo inclui ainda uma avaliação do nível de satisfação com a vida, e dos afetos, com uma preponderância de afetos positivos e presença de baixos, mas apropriados níveis de afetos negativos (Diener 2000).

Definições sobre o conceito de espiritualidade variam entre as diferentes áreas de pesquisa e a definição do construto espiritualidade precisa estar de acordo com uma medida válida construída sob o mesmo arcabouço teórico que fundamenta a investigação. Sendo assim, para fins desse estudo, consideramos a definição de Fisher sobre saúde espiritual que, segundo o autor, é a perspectiva integrada da vida em relação a Deus, a si mesmo, à comunidade, celebrada em sua totalidade. Tal definição está em acordo com o conceito de espiritualidade postulado por Koss & Holder: *“Espiritualidade é um sentimento de conexão com algo maior, cultivando através da relação consigo mesmo, com a comunidade, com o ambiente e através de uma percepção do transcendente”* (Koss & Holder, 2015).

No tocante à relação entre espiritualidade e qualidade de vida, os estudos mostram que o campo da qualidade de vida pode ser uma intersecção e mediar as ações em saúde e as questões religiosas/espirituais, tornando viável o desenvolvimento de intervenções em saúde, espiritualmente embasadas, de maneira ampla e multidimensional, com a participação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento (transdisciplinar) (Panzini et al. 2007; Alvarez et al. 2016; Garcia et al. 2013).

Ao compreender e estabelecer as possíveis associações entre espiritualidade e felicidade em crianças e adolescentes, podemos entender melhor a felicidade nessa população no intuito de promoção de saúde (Veenhoven 2007). Conhecer como as pessoas saudáveis se comportam e que fatores contribuem positivamente para a saúde é fundamental para o desenvolvimento de práticas e programas em saúde e educação que não apenas se dediquem a tratar a doença, mas nutrir e incrementar os nossos recursos internos que nos protegem do adoecimento (Machado 2015).

Os dados de pesquisa aqui reportados dizem respeito a um estudo exploratório que investiga as associações entre as diferentes dimensões da espiritualidade e felicidade em crianças e adolescentes saudáveis, bem como as variáveis que contribuem para sua variação. Além disso, este estudo é parte de uma proposta de pesquisa maior, que tem por objetivo analisar a influência de valores econômicos nas avaliações das crianças de felicidade, satisfação com a vida, espiritualidade e várias dimensões adicionais de bem-estar.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. Psiquiatria Positiva**

De acordo com a definição de Jeste e colaboradores (2015), Psiquiatria Positiva é a ciência e prática da psiquiatria que busca compreender e promover o bem-estar através de avaliações e intervenções que objetivam a melhora do comportamento e do bem-estar mental. O objetivo principal da Psiquiatria Positiva é aumentar o bem-estar e, como é uma área da medicina, tem suas raízes na Biologia, o que a orienta no sentido de decifrar os fundamentos biológicos das chamadas características psicossociais positivas. Características psicossociais positivas são características do indivíduo que atuam como fatores protetores contra enfermidades, dentre elas podemos citar resiliência, otimismo, engajamento social, auto-determinação, espiritualidade, sabedoria, dentre outros (Seligman 2000). As características psicossociais positivas, juntamente com o estudo e a promoção de desfechos positivos em saúde mental são os construtos chave da psiquiatria positiva.

O pensamento que deu origem a essa nova abordagem data da década de 60, quando William James, médico e psicólogo, desenvolveu uma nova maneira de estudar e aplicar os princípios da psicologia subjacentes à chamada "cura pela mente", os quais se referem supostamente aos poderes de cura das emoções positivas e das crenças (Froh 2004). No entanto, essa abordagem só ganhou forma no final da década de 90, quando Martin Seligman criou as bases para o que hoje conhecemos como Psicologia Positiva (Seligman 2000). Mais recentemente a Psiquiatria se juntou a esse esforço de reorientar a ciência na direção de investigar a construção de qualidades positivas do indivíduo, como otimismo, altruísmo, responsabilidade social, ética, dentre outras (Jeste et al 2013).

No estudo dos desfechos mentais positivos e sua relação com características positivas do indivíduo, o bem-estar aparece como uma das dimensões-alvo da Psiquiatria Positiva. A presença e desenvolvimento de características psicossociais positivas, traços psicológicos positivos e fatores ambientais positivos associados com os níveis individuais de bem-estar aparecem como preditores de maior bem-estar e de saúde física (Jeste et al 2015).

Bem-Estar aqui não é entendido como a ausência de enfermidade física ou mental, mas a presença de um estado psicológico de satisfação com a vida e de felicidade. Inclui a presença da chamada felicidade eudaimônica, que diz respeito a um direcionamento na vida tendo em vista um significado de vida, propósitos e aceitação e auto-aceitação (Holder 2012).

Sob essa perspectiva ampla e integrada de saúde e bem-estar a espiritualidade (aqui compreendida como crenças pessoais, significado de vida, pensamentos e comportamentos relacionados com a transcendência e crença em um poder superior) e a religiosidade assumem um papel importante, tendo em vista o suporte de evidências que apontam na direção de associações positivas entre espiritualidade e desfechos positivos em saúde (Mosqueiro et al 2015; Rocha & Fleck 2011; Rocha & Aguiar 1996).

## **2.2. Bem-estar subjetivo e Felicidade**

Na literatura, o termo Felicidade é muitas vezes usado como sinônimo de Bem-Estar Subjetivo (BES), embora haja algumas diferenças que vamos aqui pontuar. Bem-Estar Subjetivo (BES) envolve a avaliação individual acerca de sua própria vida em termos de satisfação e felicidade e tem sido conceitualizado como um construto que abarca avaliações individuais de pelo menos três componentes da vida das pessoas: (1) a avaliação cognitiva da vida, (2) níveis baixos e apropriados de afeto negativo (3) e avaliação afetiva da vida e de suas emoções positivas. Em outras palavras, o bem-estar subjetivo é o quanto a pessoa gosta da vida que leva (Diener 2006).

O primeiro componente envolve uma avaliação cognitiva do passado, presente e futuro do indivíduo, no sentido de pontuar os níveis gerais de satisfação com a vida. O segundo componente enfatiza que o bem-estar também é composto de níveis baixos de afetos negativos, ou seja, bem-estar não é eliminar os afetos negativos, o que não seria benéfico. Reconhecer o valor dos afetos negativos, tristeza, arrependimento, raiva, é importante, pois isso permite à pessoa uma avaliação de suas escolhas e oportunidade de aprender com elas, modificando sua conduta e o ambiente se necessário. O terceiro componente envolve também uma



avaliação afetiva de como a pessoa se sente a respeito de seus componentes emocionais, incluindo uma apreciação de seu estado de felicidade atual, bem como de suas condições gerais de felicidade (Holder 2012).

BES é ainda uma avaliação tanto cognitiva quanto emocional da própria existência. Quando uma pessoa possui alto BES, isso significa que ela se sente satisfeita com a vida, experiencia frequentes emoções de contentamento e alegria e poucas vezes, sente emoções como tristeza e raiva. Por outro lado, uma pessoa possui baixo BES quando não está satisfeita com a vida e frequentemente sente emoções negativas como raiva e ansiedade. (Diener et al. 2002)

Tendo em vista que BES é um construto multidimensional, felicidade é um dos aspectos dessa multidimensionalidade. Felicidade, de acordo com Lyubomirsky, pode ser definida como *"um julgamento subjetivo sobre a experiência que é determinada pela presença de afetos positivos e negativos e satisfação de vida"* (Lyubomirsky et al. 2005). Conforme Baumeister, felicidade geralmente é definida como correlato de bem-estar subjetivo, o que significa um estado experiencial que contém uma apreciação global de afetos positivos (Baumeister et al. 2013).

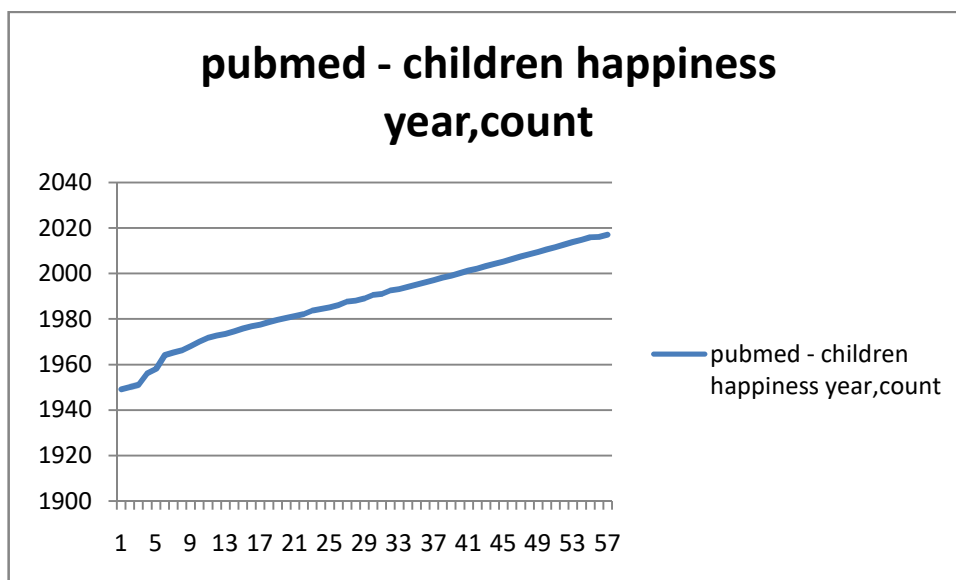
A discussão sobre o conceito de felicidade é antiga na humanidade. Aristóteles postula em *Ética à Nicômano*, que a felicidade é o objetivo de todo homem e só pode ser atingida através do exercício das virtudes em sintonia com a vida em sociedade (Aristóteles 2009). Mais recentemente Fowler afirma que a felicidade é o objetivo último da existência humana (Fowler & Christakis 2008). Usualmente, os pesquisadores tem diferenciado o estudo da felicidade em hedônica e eudaimônica. Felicidade hedônica se refere à felicidade obtida através da gratificação relacionada aos prazeres sensoriais. Felicidade eudaimônica diz respeito à felicidade derivada da postergação da gratificação sensorial a fim de alcançar os benefícios a longo prazo obtidos a partir da experiência de viver uma vida virtuosa (Delle Fave et al. 2008).

Estudar felicidade/BES é importante porque bem-estar é correlacionado com muitos benefícios, incluindo incremento do desenvolvimento intelectual, atitudes de compartilhar com outras pessoas, melhoria da produtividade do trabalho, das relações sociais, da saúde física e mental (Lyubomirsky, King, Diener, 2005), e ampliação da cognição e habilidades de enfrentamento (coping) (Fredrickson et al. 2003).

### 2.2.1. Felicidade e bem-estar subjetivo em crianças e adolescentes

De maneira similar ao estudado em adultos, em crianças o BES deve ser compreendido como uma convicção individual da pessoa sobre o grau de realização de suas necessidades de vida, compreendidas em termos de satisfação, felicidade, medos e apreensões. Similar ao que ocorre nos estudos em populações adultas, crianças e adolescentes reportam altos índices de felicidade e não apresentam diferenças entre os gêneros (Huebner et al. 2000; Park & Huebner 2005).

É consenso que a felicidade das crianças é um valor importante e representa um objetivo a ser alcançado pela maioria dos adultos. Um estudo em mais de 10.000 pessoas adultas de 48 países em 6 continentes demonstrou que a maioria das pessoas deseja a felicidade de suas crianças, independente de gênero (Diener & Lucas 2004). No entanto, há uma relativa escassez de estudos nessa área. Uma breve pesquisa nas bases de dados do pubmed, com o descritor "children happiness", demonstrou a existência de 929 artigos nos últimos 20 anos, com um crescimento considerável de publicações na área (Fig.1).



Frequência acumulada de publicações na base de dados Pubmed no período de 1949 à 2017 com estratégia de busca "children happiness"

O gráfico demonstra que a busca por investigar fatores que promovam felicidade em crianças tem, gradativamente incrementado nos anos mais recentes. Uma pesquisa com mais de 1000 crianças e adolescentes a partir de 9 anos

perguntou "o que faz as crianças felizes", tendo encontrado cinco classes de respostas: "pessoas e animais de estimação" "conquistas," "bens materiais" "hobbies" e "esportes". A pesquisa mostrou ainda que a importância dessas variáveis pode flutuar com a idade, mais notadamente, os efeitos dos valores materiais sobre a felicidade, que seriam mais fortes em populações pré-adolescentes(Chaplin, 2009). Contudo, vários outros fatores podem ser pensados para influenciar a felicidade das crianças, como relações sociais e espiritualidade.

### **2.2.2. Medidas auto-relatadas de felicidade em Crianças e Adolescentes**

A forma mais direta e válida de avaliar o padrão de vida de uma criança é perguntar diretamente para ela. Crianças são capazes de avaliar suas próprias vidas e reportar dados baseados na realidade de suas experiências (Casas et al. 2013).O uso de medidas auto-relatadas se justifica pelo fato de que a felicidade é um fenômeno subjetivo e individual e cada pessoa tem uma percepção própria e juízo para julgar o quanto se sente ou não feliz (Lyubomirsky et al. 2005).

Huebner afirma a confiabilidade e validade da avaliação de níveis globais de satisfação com a vida auto-relatados por crianças a partir de 8 anos (Hubner 1991). A partir dessa faixa etária, as crianças já conseguem identificar suas emoções e empregá-las adequadamente (incluindo felicidade) em vários contextos sociais (Schultz, Izard, & Bear 2004). Ademais crianças dessa idade estão aptas a observar diferentes emoções e experienciá-las simultaneamente, atribuindo relações causais às emoções (Denham 1998; Whitesell & Harter 1989).

No entanto, a mensuração de bem-estar e felicidade em crianças deve levar em conta pelo menos dois pontos (1) as condições de vida das crianças e medidas objetivas de bem-estar; (2) as percepções das crianças, suas avaliações e aspirações a respeito de sua própria experiência de vida. Ademais, o estudo de medidas de felicidade como desfecho em relação a outras variáveis deve sempre ser analisada com cautela, tendo em vista a quantidade de variáveis confundidoras que possam impactar essa relação (Axford et al. 2014).

Em razão dessas peculiaridades, muito poucos estudos tem sido conduzidos no mundo e ainda mais raros no Brasil. Contudo, uma maior atenção tem

gradativamente sido dada ao estudo do bem-estar em crianças e adolescentes, incluindo a felicidade (Ben-Arieh 2010). Um dos exemplos disso é a inclusão de questões a respeito de bem-estar subjetivo (no qual está contida dimensão da felicidade) na *UK national household surveys*, conduzida pelo *Office for National Statistics (ONS)*, que é o órgão responsável pelas levantamento e gerenciamento de informações a respeito da sociedade e economia do Reino Unido, a fim de produzir base de dados para a implementação de políticas sociais e alocação de recursos públicos (Tinkler & Hicks 2011).

A mensuração do bem-estar subjetivo demonstra que o governo inglês está comprometido em promover qualidade de vida, bem-estar e felicidade através de políticas públicas. Além disso, na medicina, a partir dos anos 70, a investigação sobre bem-estar, qualidade de vida, níveis de felicidade tem também tido maior interesse dos pesquisadores, contudo, os estudos tem se dedicado a avaliar desfechos pós-tratamentos de saúde. (Skevington & Gillison 2006).

### **2.3. Espiritualidade: conceitos e dimensões**

Conceitos de religiosidade e espiritualidade, embora sejam afins, não se sobrepõem. Koenig et al. (2001) definem religiosidade como uma busca pelo sagrado através de um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente (Deus ou Ser Superior). Já o termo espiritualidade, segundo os mesmos autores, se caracteriza em uma busca pessoal por questões existenciais, significado da vida e relação com o sagrado ou transcendente.

Pargament (1999) salienta que religião é *"a busca por significado de formas relacionada ao sagrado"*, enquanto espiritualidade é *"a busca pelo sagrado"*. Worthington et al. definem religião como *"adesão a crenças e práticas sistematizadas associadas a uma tradição na qual existe um acordo sobre o que se acredita e se pratica"*, enquanto que espiritualidade é *"um sentimento mais geral de proximidade e conexão com o sagrado"* (Worthington et al. 2011).

De acordo com Gomez & Fisher, a Saúde Espiritual pode ser entendida em termos de relacionamento com o self, empatia para com os outros e uma conexão

com o sagrado (Gomez & Fisher 2003). Young menciona que a espiritualidade está inter-relacionada com o corpo, mente e espírito dentro de um contexto de paz interior e em termos de um relacionamento com os outros e a natureza (Young 1999). A saúde espiritual inclui ainda características existenciais e do transcendente, as quais compreendem as relações com o self, com os outros, com um bem maior e com o ambiente (Hood-Morris 1996).

Para Goodloe e Arreola (1992) a espiritualidade se relaciona com significado de vida e com o auto-transcendente, além de ações sociais e espirituais para com os outros, união com a natureza e uma relação pessoal com Deus. Em 1975 a "National Interfaith Coalition on Aging", uma coalizão norte-americana criada pelas instituições religiosas em parceria com setores comunitários para o cuidado com o idoso, com o objetivo de promover bem-estar espiritual e melhora da qualidade de vida no idoso, sugere que bem-estar espiritual é a afirmação do relacionamento consigo mesmo (pessoal, com os outros (comunitária), com a natureza (ambiental) e com Deus (transcendente ou outro).

Em última análise, a integração dessas dimensões define saúde espiritual em termos de um estado no qual estão presentes sentimentos positivos, comportamentos e cognições que proporcionam um senso de identidade, integridade, alegria, contentamento, amor, respeito, beleza, atitudes positivas, paz interior, harmonia, propósito e direcionamento de vida e uma relação com o transcendente (Gomez e Fisher 2003). A partir disso, o conceito de espiritualidade que o presente estudo adota, engloba essas dimensões que se traduzem numa conexão com o transcendente através de uma relação pessoal satisfatória, com as outras pessoas e com o ambiente a nossa volta (Koss & Holder, 2015).

### **2.3.1. Espiritualidade e Saúde mental**

Em 1983, a Assembléia Mundial da Saúde gerou uma proposta para a inclusão de uma dimensão não-material ou espiritual de saúde, a qual passaria a ser "um estado dinâmico completo de bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" (WHO/MAS/MHP/98.2 1998) Mais recentemente em 2006, a Organização Mundial da Saúde incluiu o módulo

específico de avaliação da religiosidade e espiritualidade como dimensões da qualidade de vida(WHOQOL SRPB Group 2006).

Nas últimas décadas tem crescido significativamente o interesse em pesquisas acerca da importância e efeitos da espiritualidade e religiosidade sobre a saúde do indivíduo(Koenig et al. 2012; Garcia et al.2013). Organizações mundialmente relevantes para a saúde como a *Royal College of Psychiatrist "Special Interest Group"*, *American Psychological Association* (Divisão 36), Associação Brasileira de Psiquiatria e a *World Psychiatry Association* (WPA) apresentam seções para o estudo da religiosidade/espiritualidade e destacam a importância da avaliação desses aspectos na prática clínica.

Em fevereiro de 2016, a WPA publicou uma posição oficial a respeito das recomendações da abordagem da espiritualidade e religiosidade na prática clínica, a qual inclui: a importância de pesquisas na área da R/S e treinamento dos psiquiatras para a abordagem dessa dimensão na prática clínica, tendo consideração, respeito e entendimento das crenças espirituais e religiosas do paciente em relação à sua condição de saúde, mantendo uma atenção respeitosa e sem impor suas próprias crenças (Moreira-Almeida et al. 2016).

No contexto brasileiro, um levantamento nacional mostrou o alto nível de religiosidade da população brasileira, indicando que 83% dos brasileiros consideram religião como muito importante em suas vidas e mais de um terço frequenta um serviço religioso pelo menos uma vez por semana (Moreira-Almeida et al. 2010).

A religião promove a socialização, a aquisição de valores e bom comportamento e pode também promover saúde mental e qualidade de vida. Há um número considerável de estudos que apontam existir tanto associações positivas quanto negativas entre religiosidade/espiritualidade e saúde (Pargament et al. 2013; Moreira-Almeida et al. 2014).Da mesma forma, a associação negativa entre sintomas depressivos, religiosidade e espiritualidade em adultos também vem sendo demonstrada na literatura científica (Leurent et al. 2013).

Contudo, no tocante à população de adolescentes e crianças, ainda há escassez de estudos.(Maselko et al. 2009). Numa revisão de literatura realizada em 2003, em 6 periódicos internacionais sobre desenvolvimento psicológico, mostrou que dos 3.123 artigos publicados sobre crianças e adolescentes, entre 1990 e julho

de 2002, apenas 27 (0,9%) faziam referência aos termos espiritualidade, religiosidade, desenvolvimento religioso ou espiritual (Benson et al. 2003).

### **2.3.2 Espiritualidade em crianças e Adolescentes**

É importante ressaltar que a relação positiva entre felicidade e espiritualidade em crianças é similar à encontrada em adolescentes e adultos, incluindo que a espiritualidade ou religiosidade estão associadas com nível de satisfação de vida (Keley & Miller 2007), felicidade (Abdel-Khalel 2006), e bem-estar (Ciarrocchi & Deneke 2006). Em geral, há relação positiva entre engajamento religioso, espiritualidade pessoal e desfechos psicológicos e comportamentais em adolescentes (Kang 2011).

Em um estudo com adolescentes saudáveis e adolescentes com doenças inflamatórias, 59% reportaram que sua relação com um Poder Maior/Deus contribui de maneira geral para seu bem-estar e 82% relatou que se sentem tranquilos com relação ao futuro, amados e cuidados por esse Poder Maior (Cotton et al. 2009).

Cerca de 70 à 90% de 6725 adolescentes e jovens adultos de 11 países reportaram altos níveis de espiritualidade pessoal, incluindo uma relação com o sagrado, desejo de servir e uma busca existencial (Benson et al. 2012). Em investigação acerca dos níveis de depressão em adolescentes e jovens adultos, esses foram menores entre os que pontuaram maiores índices de características psicológicas positivas e de espiritualidade pessoal (Miller & Barton 2015).

Ainda com relação à associação entre espiritualidade e depressão, uma investigação com 114 adultos filhos de pais depressivos e não-depressivos com 10 anos de seguimento, destaca que para os filhos de pais não depressivos que referiam que a religião ou espiritualidade era muito importante para eles, tinham cerca de um quarto do risco de sofrer depressão maior em comparação com outros participantes (entre os anos 10 e 20). O efeito mais pronunciado, no entanto, foi entre os filhos de alto risco para a depressão em virtude de ter um pai deprimido; neste grupo, aqueles que relataram uma alta importância da religião ou espiritualidade tinham cerca de um décimo do risco de sofrer depressão maior entre os anos 10 e 20 em comparação com aqueles que não o fizeram. O efeito protetor

foi encontrado principalmente contra a recorrência da doença ao invés de aparecimento da depressão (Miller et al. 2012).

No Canadá, Holder e Coleman realizaram uma importante pesquisa com 320 crianças de 8-12 anos de escolas públicas e privadas, a qual demonstrou, através de dados auto-relatados pelas próprias crianças e seus pais, que crianças que possuíam crenças espirituais eram mais felizes. Contudo, a pesquisa associa espiritualidade, mas não a prática religiosa, com felicidade (Holder, Coleman, e Wallace 2010).

Em estudo promovido por Dalgalarrondo em escolares de áreas urbanas distintas no Brasil, as variáveis religiosas mostraram uma significativa associação entre melhor saúde mental, qualidade de vida e aquisição de conhecimento escolar. No mesmo estudo, os pré-adolescentes que declararam não ter recebido ou quase não possuir educação religiosa durante a infância, possuem uma tendência a mostrar maior variedade de sintomas emocionais bem como pior qualidade de vida e performance acadêmica (Cucchiari & Dalgalarrondo 2007).

Pesquisas dedicadas à investigação do impacto da R/E na cultura e vida familiar também tem sido realizadas. Scheepers et al. demonstraram através de extenso estudo transcultural que incluiu dados de 15 países e 16604 sujeitos que valores religiosos e morais e atitudes compartilhadas pelos pais durante os anos de socialização tendem a aumentar à medida que a idade avança (Scheepers et al. 2002). Já Pearce & Axinn evidenciaram que embora a afiliação religiosa não estivesse relacionada à estrutura e funcionamento familiar, o envolvimento e comprometimento religioso da família tinha um impacto decisivo sobre a qualidade da relação mãe-criança (Pearce & Axinn 1998).

Dessa forma, o estudo da relação entre espiritualidade/religiosidade em crianças e as associações com presença de psicopatologias, temperamento e bem-estar é uma tarefa importante a ser realizada. Crenças sobre o sentido da vida, o sofrimento, a moral são centrais nas religiões e abordagens espirituais e as respostas a estas questões certamente influenciam em como as crianças respondem a uma gama de tarefas e eventos da vida que fazem parte do próprio desenvolvimento da personalidade promovendo saúde ou comportamentos patogênicos (Mabe & Josephson, 2004).



### **2.3.3 Medidas de Espiritualidade em Crianças e Adolescentes**

Existem muitas escalas que medem espiritualidade em adultos e validadas para o contexto brasileiro (Fleck et al. 2003; Panzini et al. 20113), mas a mensuração dessa variável em populações de crianças e adolescentes ainda é um ponto a ser pesquisado. Apesar do reconhecimento de que espiritualidade é um construto multidimensional que incorpora comportamentos, atitudes, valores, transcendência, a maioria dos estudos com crianças e adolescentes medem espiritualidade usando um ou dois itens com perguntas limitadas à frequência religiosa e afiliação.

No Brasil, ainda não há questionários criados especificamente para medir espiritualidade em crianças e adolescentes. Tendo em vista que a maioria dos questionários foi desenvolvida em países de língua inglesa, a adaptação transcultural de questionários auto-aplicáveis em saúde necessita de um método uniformizado para garantir equivalência entre o original e as versões em novos idiomas e contextos culturais (Beaton et al. 2000).

Para fins de avaliação de construto tão subjetivo quanto a espiritualidade, em especial em crianças e adolescentes, é necessário considerarmos as questões desenvolvimentais. Segundo a teoria de desenvolvimento espiritual de James Fowler, a qual está baseada na teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, na teoria do desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson e na teoria do desenvolvimento moral de Laurence Kohlberg, os estágios de desenvolvimento espiritual se desenvolvem à medida que as crianças crescem, sendo que sua habilidade de estar mais consciente da espiritualidade aumenta (Fowler 2008).

A fim de medirmos espiritualidade e a relação que as diferentes formas pelas quais expressamos nossa relação com esse construto, podemos adotar o modelo apresentado por Gomez e Fisher, o qual abarca a mensuração de quatro dimensões da espiritualidade: pessoal, comunitária, ambiental e inclui a relação com o transcendente. A partir desse modelo, o desenvolvimento das escalas Spiritual Wellbeing Questionnaire (SWBQ) e posteriormente da SHALOM (Spiritual Health and Life-Orientation Measure) se deu avaliando suas propriedades psicométricas, que tem sido analisadas em diferentes grupos, demonstrando resultados consistentes. (Gomez & Fisher, 2003; 2005; Fisher 2010; Elhai 2016).

Um dos fatores que pode gerar confusão no tocante ao que a SHALOM se propõe a medir é a diferença entre o conceito de saúde espiritual que descreve o nome da escala e espiritualidade. Conceitualmente, a medida de espiritualidade deve responder à questão "o quanto você experiencia a espiritualidade?", enquanto que a medida de saúde espiritual deve responder à questão "O quão bem você se sente em relação à sua espiritualidade?". A SHALOM abarca ambos os conceitos, já que na primeira parte da escala os respondentes devem pontuar os itens de acordo com o seu ideal de saúde espiritual e na segunda parte, de acordo com o quanto eles vivenciam aqueles itens na sua vida pessoal. (Fisher, 2010).

Consequentemente, com a saúde espiritual conceituada como a diferença entre os ideais e a experiência vivida, a segunda seção da SHALOM pode simplesmente ser compreendida como uma medida de espiritualidade em si. Esse entendimento é evidenciado por pesquisas que já utilizaram a SHALOM com esse objetivo, incluindo crianças e adolescentes (Holder, Coleman, & Wallace, 2010) e pelo fato de que conceitualmente a espiritualidade deve ser medida de acordo com a experiência individual (Kapuscinski & Masters 2010).

### **3. JUSTIFICATIVA**

A busca por novos tratamentos em saúde mental é de extrema importância devido à alta prevalência de transtornos mentais na população e seu impacto na incapacidade e qualidade de vida. Neste contexto, torna-se fundamental as investigações sobre fatores que possam prevenir o surgimento de doenças mentais em especial em crianças e adolescentes, assegurando um desenvolvimento saudável.

Já sabemos que saúde emocional e comportamento pró-social em crianças são preditores importantes de melhores níveis de satisfação de vida na fase adulta e necessitamos de modelos que confirmem o impacto desses e outros fatores. A relação entre saúde mental, bem estar, religiosidade e espiritualidade tem sido amplamente estudada e comprovada nos últimos anos, tanto no Brasil como no exterior (Koenig 2012).

No entanto, estudos envolvendo crianças, espiritualidade e bem estar são escassos até o presente momento. Esse entendimento pode nos guiar no desenvolvimento de intervenções que promovam bem-estar e qualidade de vida não só na infância como do futuro adulto.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo geral:**

Avaliar as associações entre felicidade, espiritualidade, fatores demográficos e sintomas depressivos em crianças e adolescentes de 9-15 anos de Porto Alegre.

### **4.2. Objetivos Específicos:**

- Traduzir e adaptar o instrumento para medir Espiritualidade (Spiritual And Health And Life-Orientation Measure - SHALOM) e suas dimensões em crianças e adolescentes a partir de 9 anos.
- Avaliar as principais propriedades psicométricas do instrumento para medir a espiritualidade e suas dimensões
- Avaliar a associação entre Felicidade e dimensões da Espiritualidade e variáveis demográficas em crianças e adolescentes saudáveis de 9-15 anos
- Avaliar os sintomas depressivos em crianças e adolescentes saudáveis de 9-15 anos como potencial confundidor da associação entre felicidade e espiritualidade.
- Ajustar a relação entre felicidade e espiritualidade para potenciais confundidores como: sintomas depressivos, idade, gênero, classe social, estrutura familiar, afiliação religiosa, doença crônica, tipo de escola.

## **5. METODOLOGIA:**

### **5.1. Questão de Pesquisa**

A espiritualidade está associada com Felicidade em crianças e adolescentes saudáveis de 9 à 15 anos?

### **5.2. Delineamento**

O presente estudo faz parte de um projeto integrado de avaliação de crianças e adolescentes saudáveis intitulado: "Estudo Transcultural de Medidas de Valores Econômicos, Espiritualidade e Felicidade/Bem -Estar subjetivo em crianças e adolescentes de 9-15 anos", aprovado com o número 14-0575 no Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O atual estudo inclui os dados do corte transversal referentes às medidas das variáveis felicidade, espiritualidade e sintomas depressivos.

### **5.3. Amostra**

Foram incluídos 487 indivíduos sem déficit cognitivo clinicamente diagnosticável, entre 9-15 anos, alunos de uma escola pública e outra privada pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília em Porto Alegre, no período de março a julho de 2015.

Para o cálculo dessa amostra , nos baseamos em estudos internacionais sobre o tema que mostraram correlações significativas em amostras com aproximadamente 300 indivíduos (Holder, Coleman & Wallace 2010; Holder & Klassen 2010; Castella Sarriera et al.,2012).

#### **5.4. Desfechos Avaliados**

- Fator em estudo: Espiritualidade
- Desfecho: Felicidade
- Fatores de confusão: sintomas depressivos, presença de doença crônica e variáveis sociodemográficas: - idade, gênero, afiliação religiosa, classe social, estrutura familiar, tipo de escola (pública ou privada).

#### **5.5. Instrumentos Aplicados**

As variáveis analisadas foram coletadas em protocolo geral no qual constavam, além de um questionário sociodemográfico, instrumentos e escalas para avaliar as variáveis pesquisadas: felicidade subjetiva (SHS), espiritualidade (SHALOM), religiosidade/espiritualidade (BMMRS) e sintomas depressivos (CDI).

#### **5.6. Escala Subjetiva de Felicidade:**

Desenvolvida por Lyubomirsky & Lepper, é uma escala likert que inclui quatro itens, sendo os dois primeiros itens consistindo em uma avaliação geral de como a pessoa se sente em termos de felicidade e dois outros itens que são afirmações em que se pede aos respondentes para se caracterizarem a si próprios por comparação com os seus pares, quer em termos absolutos, quer relativos acerca de o quanto são felizes ou infelizes. Pede-se aos respondentes para indicar a extensão em que as afirmações os caracterizam, e a resposta é dada numa escala análoga visual com sete posições, ancorada em duas afirmações antagônicas que expressam o nível de felicidade ou a sua falta, variando de 1=menos feliz a 7=mais feliz (Lyubomirsky & Lepper 1999). Foi validada e traduzida para o Brasil apresentando boas propriedades psicométricas quanto à validade convergente, consistência interna e análise fatorial confirmatória de todos os itens (Damásio et al. 2014).

## **5.7. SHALOM (Spiritual Health and Life-Orientation Measure)- Medida de Espiritualidade e orientação de vida**

A SHALOM utiliza os mesmos 20 itens que o Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ), o qual foi desenvolvido a partir de uma seleção inicial de 60 itens derivada do modelo de quatro dimensões da espiritualidade: pessoal, comunitária, ambiental e transcendental.

A dimensão pessoal inclui auto-percepção, presença de felicidade na vida, significado da vida e valor na própria vida; a comunitária, a qualidade e profundidade das relações interpessoais, valores e ações para com os outros; a ambiental, a harmonia com a natureza, uma conexão com o meio ambiente; ea transcendental, fé e relacionamento com alguém ou algo além da natureza humana. Os cinco itens de cada uma das quatro dimensões da espiritualidade são pontuados usando uma escala Likert e as respostas variam entre: 1 = muito pouco(importante) a 5 = muito alto(importante) (Gomez & Fisher 2003).

A escala contém duas seções. Na primeira seção, os participantes respondem os 20 itens considerando (a) quão importante você acha que cada uma dessas áreas é para um estado ideal de saúde espiritual? Na segunda seção, considerando (b) o quanto você sente que cada item reflete sua experiência pessoal na maior parte do tempo (Fisher 2010).

A seção dois relacionada à experiência pessoal, quando avaliada separadamente (como no SWBQ), pode ser utilizada como uma medida de espiritualidade, já que a espiritualidade pode ser medida através da experiência individual, e o termo "Transcendente" diminui sua afiliação religiosa, permitindo que ele atue como uma medida de espiritualidade através de uma variedade de visões de mundo (Fisher 2013).

### **5.8. Inventário de Depressão Infantil (CDI):**

Surgiu inicialmente nos Estados Unidos, compreendendo uma adaptação do Inventário Depressão de Beck - BDI e se propõe a mensurar sintomas depressivos em jovens de 7 a 17 anos, por meio de auto-aplicação. O CDI é composto por 20 itens cada um contendo três opções de respostas, das quais a criança ou o adolescente seleciona a que melhor descreve seus sentimentos nas duas últimas semanas, o que indicará seu grau de depressão. Cada resposta do instrumento possui um valor correspondente que varia de 0 a 2 pontos (a=0, b=1, c=2), sendo o somatório total dos valores das respostas o escore a ser considerado. Das três opções uma refere-se à normalidade, outra à severidade dos sintomas e a outra, à enfermidade clínica mais significativa (Kovacs 1993). O instrumento foi adaptado e normatizado para o Brasil e apresenta bons parâmetros psicométricos, tendo como ponto de corte 17 pontos ou mais (Gouveia et al. 1995).

### **5.9. Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS):**

A BMMRS foi traduzida e validada para o Brasil (Curcio et al. 2013) e possui 38 itens e medem 11 dimensões: 1) Experiências espirituais diárias; 2) Valores/crenças; 3) Perdão; 4) Práticas religiosas particulares; 5) Superação religiosa; 6) Apoio religioso; 7) Histórico religioso espiritual; 8) Comprometimento; 9) Religiosidade organizacional; 10) Preferências religiosas e 11) Autoavaliação global de R/E. As opções de resposta estão dispostas em escala Likert que em alguns itens variam de 1 a 8 opções e, em outros, de 1 a 6 opções de resposta (Fetzer Institute 1993). Os itens a que foram respondidos pelos sujeitos de pesquisa são os referentes aos domínios de Experiências espirituais diárias, Valores e Crenças, Perdão, Superação religiosa, Preferências religiosas e Autoavaliação Global de R/E, tendo em vista serem os mais adequados para os propósitos do estudo, já tendo sido utilizada nesse formato em população de 8-12 anos (Holder & Coleman 2010).



### **5.10. Protocolo Geral:**

O protocolo geral foi aplicado por estudantes de iniciação científica de medicina sob a supervisão presencial de psicóloga. Inicialmente se fez contato com as escolas para apresentar o projeto e convidá-las a participarem do estudo. Após a autorização da escola, foi feita a apresentação da pesquisa aos alunos e entregue um envelope aos que mostrarem interesse em participar. Nesse envelope constavam o Termo Dissentimento direcionado aos responsáveis pelos alunos, e lhes foi instruído de que deveriam retornar apenas no caso de não autorização da participação do aluno. Após essa etapa, passou-se para ao convite e aplicação do protocolo de pesquisas para os alunos que desejarem participar da pesquisa, mediante a assinatura do termo de assentimento (a partir de 12 anos).

O convite foi feito para 546 alunos desde o 3º até o 9º ano do Ensino Fundamental em duas escolas, uma pública e outra privada, pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Participaram da pesquisa 487 crianças e adolescentes no total, com um percentual de recusas de aproximadamente 11%.

Procedeu-se então às respostas dos demais questionários e instrumentos constantes do estudo, os quais foram aplicados em sala de aula, de maneira coletiva durante o período escolar. Para as crianças entre 9 e 12 anos, o protocolo foi lido em conjunto, em voz alta, enquanto eles respondiam individualmente. Para os adolescentes apenas lhes foi entregue o protocolo para que realizassem de maneira individual.

### **5.11. Análise Estatística**

As análises foram realizadas pelo software SPSS 21.0 software. O teste de Kolmogorov–Smirnov foi realizado para avaliação da distribuição normal das variáveis. Aplicamos uma transformação de raiz quadrada para as variáveis com distribuição assimétrica (escore da CDI). Os níveis de significância foram fixados num valor de 0,05 para os desfechos principais e 0,20 para inclusão de variáveis nos modelos de regressão.

Para a análise de consistência interna da escala SHALOM e seus domínios, foi calculada pelo coeficiente de Cronbach. Utilizou-se o teste t de student para amostras independentes para comparações entre gênero e idade e posteriormente realizou-se uma ANOVA e o Teste de Tukey. Para a análise da validade convergente da SHALOM foram feitas correlações de Pearson com os três domínios da BMMRS (experiências espirituais diárias, valores e crenças e auto-avaliação global) e CDI. A validade discriminante foi medida pela comparação entre os grupos de ateus, espirituais não religiosos e religiosos usando ANOVA e o Teste de Tukey *post hoc*.

Posteriormente, foi realizada correlações entre variáveis demográficas e os escores da escala subjetiva de felicidade, sintomas depressivos e as quatro dimensões da seção 2 (Experiencial) da SHALOM (pessoal, comunitária, ambiental e transcendental). As variáveis consideradas significativas foram incluídas em um modelo de regressão hierárquica múltipla em blocos, no qual avaliou-se ainda a colinearidade entre as variáveis através da análise do Fator de Inflação da Variância (VIF), dos níveis de Tolerância (todos acima de 0,2), dos Índices de Condição e da Proporção da Variância.

A análise de regressão considerou o escore da escala de felicidade subjetiva como variável dependente (desfecho) e as variáveis independentes foram introduzidas em três blocos distais, intermediários e proximais. O 1º bloco foi o de variáveis demográficas (gênero, idade, religião, espiritualizado não religioso, tipo de escola, classe social, estrutura familiar; o 2º bloco com as dimensões da SHALOM e presença de doença crônica e o 3º bloco com os sintomas depressivos.

## **6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O presente estudo encontra-se vinculado ao Projeto "Estudo Transcultural de Medidas de Variáveis de Felicidade, Espiritualidade e Valores Econômicos em Crianças e Adolescentes de 9-15 anos". O estudo atual inclui a validação da escala de espiritualidade e a análise de variáveis de espiritualidade e seu impacto na felicidade nos participantes de pesquisa.

O projeto de pesquisa segue as determinações presentes na Resolução do CNS 466/12, bem como da Declaração de Helsinque e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, registrado sob o número 14-0575.

Todos os dados obtidos foram anonimizados antes de compor o banco de dados, não permitindo a identificação do participante. Os participantes receberam um termo de dissentimento dirigido aos responsáveis o qual deverão assinar e entregar apenas no caso de não autorização da participação de seus filhos ou dependentes a participarem da pesquisa, seguindo sugestão da apreciação do Comitê de Ética do Hospital de Clínicas, bem como consultoria no departamento de Bioética desta instituição. Foi entregue ainda um termo de assentimento para os maiores de 12 anos, descrito em terminologia compatível com a faixa etária.

## 7. ARTIGO 1

### **"Spiritual Health And Life-Orientation Measure (SHALOM): translation, cultural adaptation and description of psychometrics properties of the Brazilian Portuguese version"**

Valdivia L,Alves, LPC, Rocha NS

Programa de Pós Graduação em Psiquiatria e Ciências Comportamentais

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Submetido para Publicação:

Fator de Impacto:

Status:

## ABSTRACT

**Objectives:** The role of spiritual and religious involvement in mental health has been increasingly investigated in psychiatric research; however, there is a shortage of scales on spirituality in Portuguese. The present study aimed to translate into Portuguese of Brazil, culturally adapt and evaluate the main psychometric properties of the four domains of spirituality from Spiritual Health And Life-Orientation Measured (SHALOM) in a Brazilian sample of children and adolescents.

**Methods:** The Spiritual Health And Life-Orientation Measure (SHALOM), three subscales of Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality, Children's Depression Inventory and a socio demographic questionnaire were applied in a convenience sample of 487 students of two schools, in the city of Porto Alegre, Southern Brazil, between March to July 2015. The sample was stratified by sex, age, health status and religion/belief.

**Results:** SHALOM dimensions showed high internal consistence reliability (Cronbach's  $\alpha = 0.94$ ). Comparison of means between sex showed no difference. Comparison of means between age showed a tendency to decrease spirituality scores with increasing age (Health Section: SpPersonal  $F=2.183$ ;  $p=0.483$ ; SpCommunal  $F=4.279$ ;  $p<0.001$ ; SpEnvironmental  $F=9.421$ ;  $p<0.001$ ; SpTranscendental  $F=12.678$ ;  $p<0.001$ . Lived experience Section: Sp Personal  $F=6.732$ ;  $p=0.001$ ; SpCommunal  $F=6.958$ ;  $p=0.001$ ; SpEnvironmental  $F=9.9$ ;  $p<0.001$ ; SpTranscendental  $F=57.01$ ;  $p<0.001$ ). Discriminate validity of mean spirituality scores between groups of atheists, 'spiritual, but not religious', and religious was significant in all domains ( $0,026 < p < 0.001$ ). Convergent validity for all dimensions of SHALOM showed moderate to strong correlations with domains of the BMMRS (ranging from  $0.26 < r < 0.71$ ;  $p<0.001$ ). Comparisons between sex showed no difference.

**Conclusions:** These data indicate that the SHALOM dimensions presented adequate psychometric properties and may contribute to study Spirituality and Spiritual Health in Brazilian samples of children and adolescents aged 9 and above.

**Key Words:** Religiosity, Spiritual Health, Measure, Children and Adolescents

## INTRODUCTION

Studies on the relationship between spirituality and mental health have increased in recent decades (1,2). Overall, researches demonstrate that religious/spiritual persons report higher levels of subjective well-being (3,4), better physical and mental health, and higher levels of quality of life (5,6) when compared to non-religious/spiritual persons. However, assessments in spirituality are not an easy task due to the diversity of concepts of spirituality and religiosity, cultural and developmental differences among populations.

Although many researchers consider religiosity and spirituality as connected but separable constructs (7), there is still a lack of consensus on the separate meanings of the two terms. According to Koenig et al (8), religion is an organized system of beliefs, practices, rituals, and symbols related to sacred or transcendent, while spirituality is a personal search for answers to questions related to meaning of life, sacred or transcendent that may be or not be connected to religious rituals. De Jager Meezenbroek(9) defines spirituality as "one's striving for and experience of connection with oneself, connectedness with others and nature, and connectedness with the transcendent". In this sense, it is important to produce indicators to accurately reflect how people experience spirituality in their own lives, and not just categorize them according indicators of "religiosity" (i.e. religious affiliation, frequency of religious service).

Guidelines for the study of religiosity and spirituality (R/S) in mental health point to the need for multidimensional assessments for better description and evaluation of health outcomes (10,11). The National Interfaith Coalition on Aging's (NICA) (12) defines spiritual well-being (SWB), as "the affirmation of life in a relationship with God, self, community and environment that nurtures and celebrates wholeness". In this sense, SHALOM was developed to measure an ideal state of spiritual health and the lived experience of spirituality, discriminated in four dimensions (personal, communal, environmental and transcendental), identified in Fisher's model in 1999, and reconfirmed in other studies (13–17).

An adequate differentiation and measurement of these components of spirituality seems relevant insofar as these dimensions may have different repercussions on measures of physical and/or psychological well-being (18–20).

Despite the several instruments for measuring spiritual well-being or a spiritual dimension of health (21,22), there is a shortage of scales to measure these constructs in Brazilian Portuguese. Furthermore, there is a lack of studies assessing the psychometric properties of these instruments performed on non-clinical samples aged under 12.

The advantages of SHALOM include its shortness, ease of application, and an accurately study provided about dimensions of spirituality. This instrument has been used in several studies worldwide, and it was translated to 29 languages (17), including Portuguese of Portugal (18).

The objective of this study was to report the process of translation and cultural adaptation of the SHALOM for Brazilian children and adolescents (aged 9-15) as well as to evaluate the main psychometric properties of the instrument.



## **2.METHODS**

### **2.1.Sample Selection**

We submitted the Brazilian version of SHALOM to a study whereby 487 students (aged 9 to 15 years) were selected at random and recruited from two schools (one public and one private) in the catchment area of the Basic Health Unit link to the UFRGS/HCPA, in the same district of the city of Porto Alegre, state Southern, Brazil. We excluded three participants due to missing data. The research instruments were applied within the classroom, by trained research assistants (medical students) under the supervision of a Senior Psychologist, with the presence of a school teacher. Information regarding subjective happiness, religiosity, depressive symptoms, quality of life, economic values and spirituality was collected from March to July 2015. Students of both sexes (50,7% male) and educational levels ranging from 3rd grade to 9th grade were included.

The procedures of this study followed the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 1983 (ethics committee approval number: 14-0575 GPPG/HCPA). Permission was obtained from the school districts, school principals and teachers. Before the start of the survey, children were asked for their informed assent and parent informed dissent according to the ethical committee's requirement. Individuals with cognitive deficits clinically diagnosed were not included in the study. The translation and adaptation of the scale to Brazilian Portuguese followed the methodology proposed by Guillemin(23,24).

### **2.2.Measures**

#### **2.2.1.Spiritual Health And Life-Orientate Measured (SHALOM)**

The SHALOM utilizes the same 20 items as the Spiritual Well-Being Questionnaire (SWBQ), that was developed from an initial selection of 60 items derived from the 4 domains model of spiritual health, and was reduced to the 20-item SHALOM using exploratory factor analysis (13). The five items in each of four

dimensions of spirituality were scored using Likert scale, responses ranging between 1 = very low to 5 = very high.

The scale contains two sections: in the first section, participants rate the 20 items, each item requires the respondent to consider: (a) How important do you think (this item) is for optimum spiritual health? In the second section, the participants were asked to answer the same 20 items based on: (b) How do you feel (this item) reflects your personal experience most of the time? The difference between respondents' "ideals" and "lived experience" is used to investigate the level of spiritual harmony/dissonance (17).

The lived experience section alone (i.e., the original SWBQ) can be viewed as a measure of spirituality because spirituality is by nature an individual experience (25), and the term "Transcendent" lessens its religious affiliation and allows it to act as a measure of spirituality/spiritual health across a variety of worldviews (16). This is supported by research that successfully utilized items from the SWBQ as a measure of global spirituality (7). In this sense, the use of the SHALOM provides a measure of spirituality through the lived experience section and a measure of spiritual health as a reference (26).

SHALOM was developed in the belief that an instrument should have appropriate language and conceptual clarity for studies of Spirituality/Spiritual Well-Being within general populations and individuals. The scale measure four dimensions of spirituality (Figure 1), according to a largely known theoretical model of spirituality (9,12,19).

Figure 1: Items comprising four dimensions of spiritual well-being in SHALOM (13).

<b>SpPersonal</b>	<b>SpCommunal</b>
Sense of identity	Love for other people
Self-awareness	Forgiveness toward others
Joy in life	Trust between individuals
Inner peace	Respect for others
Meaning in life	Kindness toward other people
<b>SpEnvironmental</b>	<b>SpTranscendental</b>
Connection with nature	Personal relationship with transcendent
Awe at a breathtaking view	Worship of the transcendent
Oneness with nature	Oneness with transcendent
Harmony with the environment	Peace with transcendent
Sense of 'magic' in the environment	Prayer life

### 2.2.2.Children Depression Inventory

We used the Children Depression Inventory (CDI) (27) to measure depression symptoms. CDI is composed by 20 items, related to the last two weeks, with values ranging 0-2 points. Each item has three options, one refers to normal, another to mild symptoms and the other to higher intensity. The sum of the score values of the responses represents the presence and severity of depression symptoms with a cut point of 17 points for depression. The instrument was adapted and standardized by Gouveia and Cols (28), and shows good psychometric parameters and level of internal consistency, and it was validated to Brazilian samples (29).

### 2.2.3.Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS)

BMMRS is a product of a group of research experts (30) who, in partnership with the Fetzer Institute and the US National Institute of Aging (FI/NIA), worked in

1995 to develop a comprehensive and multidimensional tool on spirituality and religiosity suitable for use in health researches (31).

The dimensions of spirituality and religiousness included in this instrument are intended for use in studies that evaluate the relationship between religiosity, spirituality and health. The BMMRS has 38 items and measures 11 dimensions which can be analyzed in general or separately: [1] daily spiritual experiences, [2] values/beliefs; [3] forgiveness; [4] private religious practices; [5] overcoming religious; [6] religious support; [7] spiritual religious history; [8] commitment; [9] organizational religiosity; [10] religious preference and [11] overall R/S. The response options are arranged in a Likert scale, which in some items range from 1 to 8 options and in others from 1 to 6 response options.

It was translated and validated in Brazil by Curcio et.al (32). This instrument has been used in several worldwide studies and has been validated in different populations, including adolescents (20,33).

### 2.3.Procedures

First, the instrument developer was contacted to ask for permission to use and translate the instrument. The second step was to conduct two independent forward translations of the instrument involving a two-person English-Portuguese translation team. As a third step we conducted a reconciliation after that, to discuss discrepancies between the original independent translations, and seeks agreement between individual speech habits and preferences processes and a discussion group (composed of a psychiatrist expert in QoL questionnaires and their applications, a senior psychologist and a English and Portuguese teacher) responsible for reaching full consensus regarding lexical and cultural equivalence and a reconciliation step after that. The fourth step was the back-translation to English original version conducted by two-person and a review with the instrument developer, and compare with the Portuguese version from Portugal. The original author's approval of the resulting merged version (back-translation) shows that the methodology employed was adequate. A debriefing was performed with 10 children, which represent the

focus group in terms of age and school year, and no items were considered to be problematic by these subjects.

#### 2.4. Statistical Analysis

Descriptive and basic statistical analyses were performed by using SPSS 21.0. The normality distribution of the variables was evaluated by the Kolmogorov–Smirnov test. We applied a square root transformation to the variables with asymmetric distribution (CDI score). To determine internal consistency, Cronbach's alpha coefficients were calculated with a cutoff of 0.70 (34). We used t test for independent samples to compare spiritual dimensions means scores between sex. We used an ANOVA, and a post hoc Tukey comparisons to determine discriminate between groups of atheists, 'spiritual, but not religious', and religious. For discriminate validity, it was expected that the SHALOM scores would be different between religious, atheists, and 'spiritual, but not religious' groups. Convergent validity was assessed by using Pearson correlations with three domains of BMMRS (daily spiritual experiences, values/belief, overall self-ranking), and CDI. For convergent validity, it was expected that the measures of BMMRS domains spirituality would be positively correlated to the SHALOM's dimensions and CDI scores would be a negatively relationship. A p value of 0.05 or less was used to define statistical significance. Participants who reported not having a religion, but believed in something beyond human nature (Good, Higher Power) were classified as spiritual, but not religious.

### 3.RESULTS

#### 3.1.Demographics

The sample of 487 children and adolescents, 9-15 aged were recruited from a private (65.1%) and a public school (34.9%) of Porto Alegre, Southern Brazil. The mean age was 11.4 years (SD1.94), and 50.4% were male. Ethnic composition of the sample (n=484) was as follows: Caucasian n=373 (77.1%), African Brazilian n=83 (17.1%), Indigenous n=21 (4.3%) and other n=7 (1.4%). Approximately ninety-three percent (n=456) reported family incomes variance range from \$5,000/year to \$30,000/year. 62% of parents/guardians had graduate education.

#### 3.2.Religious/Spiritual Characteristics

Religious affiliations of subjects were classified as Catholic (39.5%), "Spiritual, but not religious (31,2%), Evangelic (10.3%), Kardecist (8%), Atheist (6.8%), Afroreligions (2.1%), Others (2.1%).

#### 3.3.Internal Consistency

Table 1 presents the internal consistency for each section (Ideals and Lived Experience) to each SHALOM domain. In the section Ideals, all the four dimensions Cronbach's alpha was ranging from 0.77 to 0.91 and the total was 0.92. In the Lived Experience section the Cronbach's alpha to the personal domain was 0.82; the communal domain was 0.81; the environmental domain was 0.85 and transcendental domain was 0.91. The total Cronbach's alpha for the Lived Experience section was 0.94.

### 3.4. Discriminate Validity

In the comparison of the dimensions between gender there was no difference on means of both sections of the scale, as shown in table 2. Moreover, in the comparison between age, the scale showed a tendency to lower spirituality mean scores with the increase of age. In Ideals Section mean scores ranged from SpPersonal: 22.0 SD± 3.2 to 20.7; SD±3.6;  $p=0.043$  - SpCommunal: 21.8; SD±3.5 to 20.5; SD±3.7;  $p<0.001$  - SpEnvironmental: 21.8; SD±3.6;  $p<0.001$  to 17.6; SD±4.7;  $p<0.001$  - SpTranscendental: 19.9; SD±4.7 to mean 14.4; SD±5.4;  $p<0.001$ . In Lived Experience meanscores ranged from SpPersonal: 21.6; SD± 3.8 to 18.6; SD±3.6;  $p<0.001$  - SpCommunal: 21.6; SD±3.6 to 18.7; SD±3.5;  $p<0.001$  - SpEnvironmental: 21.3; SD±4.4;  $p<0.001$  to 15.9; SD±5.1;  $p<0.001$  - SpTranscendental: 19.9; SD±4.6 to 12.0; SD±5.9;  $p<0.001$ , with a significant difference in all dimensions of the two sections ( $0.04 < p < 0.001$ ).

Table 3 presents the means and standard deviations of the two sections of SHALOM among atheists, 'spiritual, but not religious', and religious groups. The post hoc Tukey Test comparisons showed that there was a difference between groups in all dimensions of the two sections of the scale.

For the Lived Experience section of the SHALOM, in the SpPersonal domain there was a difference between the means among the groups of atheists (mean = 18.2; SD±4.7) and religious (mean = 20.5; SD±3.7;  $p=0.003$ ), but they did not differ from the 'spiritual, but not religious' group (mean = 19.6; SD±4.1;  $p=0.145$ ). In the SpCommunal and SpEnvironmental dimensions, the group of atheists' mean (SpCommunal: 18.3; SD±4.5;  $p=0.001$  - SpEnvironmental: 14.9; SD±5.5;  $p<0.001$ ) scored significantly less on the scale than 'spiritual, but not religious' (SpCommunal: 20.0; SD±3.2;  $p=0.001$  - SpEnvironmental: 18.7; SD±5.2;  $p<0.001$ ) and religious groups (SpCommunal: 20.7; SD±3.6;  $p=0.001$  - SpEnvironmental: 18.9; SD±4.9;  $p<0.001$ ). In the SpTranscendental domain, the three groups differed significantly from each other, and the atheist group presented the lowest mean (7.1; SD±4.3;  $p<0.001$ ), followed by "spiritual, but not religious" (14.4; SD±6.0;  $p<0.001$ ) and religious groups (17.6; SD±5.5;  $p<0.001$ ), which obtained the highest average.

With regard to the Ideals section, the personal domain showed a difference between the group of atheists (19.5; SD±4.3;  $p=0.007$ ) and religious (21.4 ± 3.4;

p=0.007) and 'spiritual but not religious' (21.4; SD±3.2; p=0.007) groups. For the other dimensions in this section, the results followed the same direction than the lived experience section.

### 3.5. Convergent Validity

Correlations between the SHALOM dimensions and measures of the three domains of BMMRS, and depressive symptoms were all significant ( $p < 0.001$ ) as shown in table 4. Positive correlations were found between BMMRS domains and the each dimensions of both sections of SHALOM (SpPersonal: daily spiritual experiences ( $0.36 < r < 0.48$ ;  $p < 0.001$ ); values/beliefs ( $0.33 < r < 0.38$ ;  $p < 0.001$ ); overall self-ranking ( $0.26 < r < 0.31$ ;  $p < 0.001$ ); SpCommunal: daily spiritual experiences ( $0.36 < r < 0.42$ ;  $p < 0.001$ ); values/beliefs ( $0.37 < r < 0.42$ ;  $p < 0.001$ ); overall self-ranking ( $0.27 < r < 0.38$ ;  $p < 0.001$ ); SpEnvironmental: daily spiritual experiences ( $0.39 < r < 0.43$ ;  $p < 0.001$ ); values/beliefs ( $0.34 < r < 0.33$ ;  $p < 0.001$ ); overall self-ranking ( $0.29 < r < 0.32$ ;  $p < 0.001$ ). Depressive symptoms had inverse correlations (SpPersonal: ( $-0.27 < r < 0.42$ ;  $p < 0.001$ ); SpCommunal: ( $-0.25 < r < -0.372$ ;  $p < 0.001$ ); SpEnvironmental: ( $-0.20 < r < -0.27$ ;  $p < 0.001$ ); SpTranscendental: ( $-0.29 < r < -0.36$ ;  $p < 0.001$ ). We found strongest correlations between the Transcendental dimension of SHALOM and BMMRS domains (daily spiritual experiences  $0.65 < r < 0.72$ ; belief  $r = 0.55$ ; overall self-ranking  $0.52 < r < 0.56$ ;  $p$ 's  $< 0.001$ ).



#### 4. DISCUSSION

This is the first study to assess spirituality/spiritual health in the children and adolescents aged 9 and above in Brazil. The findings describe acceptable psychometric properties of the SHALOM, in terms of internal consistency, discriminate validity between atheists, 'spiritual, but not religious', religious, and age groups, convergent validity.

The coefficients of internal consistency were similar in magnitude to those reported in a reliability analyses of the SHALOM in a sample of 341 adults in Israel, which the internal consistency was found to be high for both sections of the scale: Ideals  $\alpha = 0.89$  and Experience  $\alpha = 0.90$ . Alpha values for the four dimensions of Experience and Ideals sections ranged from adequate to ideal ( $0.72 < \alpha < 0.96$ ) (35). In the Portuguese version of the SWBQ, the evaluation of the psychometric properties showed that the variation of the Cronbach's Alpha for all dimensions ranging from  $0.72 < \alpha < 0.88$  (36).

Regarding to children and adolescents samples, a study with 460 students, aged 12-18 years from four different types of secondary schools (State, Catholic, Christian Community and other independent schools) in Victoria Australia also showed good levels of internal consistency (alpha value Personal=0.83 Transcendental=0.92 Environmental=0.87 Communal=0.78) (16). The internal consistency of the SHALOM was sufficiently high and fairly similar for the four dimensions.

The analysis of the convergent and discriminate validation criteria with BMMRS and CDI were satisfactory. Our results showed a higher levels of convergence in the transcendental domain and BMMRS domains, most of daily spiritual experiences, and this is the first evaluation of this properties in children and adolescent sample. Future studies are necessary to investigate the dynamic qualities of religiosity and spirituality, the processes of growing and transforming of faith and spiritual believes, and the role in health outcomes.

In the analysis of discriminate validity between atheist groups, 'spiritual but not religious' and religious groups, we observe a presence of an ascending gradient. The group of atheists had the lowest scores, followed by the spiritual group, but not religious and religious group, which was expected according to the scale construct.

Analysis regarding psychometric properties of the original SWBQ using item response theory (IRT), in a sample comprising 4462 participants, from mainly secondary schools and universities, showed that the discrimination parameters for all items in the four scales were moderate to large (37).

In the comparative analysis between sex, the results showed no significant difference. Results from measurement of the structural equivalencies, and latent mean differences across gender in the SWBQ, found support for the invariance in factor loadings and means across males and females (38).

With regard to age, the finding that as people progress in age, from childhood to adolescence, the score in all dimensions decrease is in agreement with some current research. In a cohort of twins from 14 - 25 years, religiousness and religious service attendance were evaluated and the results demonstrate a slight, but significant, decrease in the mean level of religiousness especially during the transition from 14 – 20 (39). In adult sample, young and older participants significantly scored lower on the transcendental domain than young participants did (mean age of 42 years) (35).

## Limitations

SHALOM is a multidimensional scale and future studies should execute analysis of item response theory to evaluate the performance of the items, tests to assess unidimensionality (Rasch analysis) in order to increase the validity of the scale.

Although we evaluated a sample of healthy children and adolescents from urban context with high and low socioeconomic levels, more studies are needed in different settings, due to the cultural and religious diversity in Brazil

## Conclusions

Since there are very few multidimensional R/S instruments in Brazil Portuguese, and as far as we know, none that measure spirituality in children samples, SHALOM could become a reference tool for studies about religiousness and spirituality. In addition, SHALOM embraces four dimensions (personal,

communal, environmental, and transcendental), and two different sections (ideals and lived experience) that could be analyzed separately. The “lived experience” section of SHALOM can be used as a measure of spirituality in a broadly definition that include personal, communal, environmental and the transcendent dimensions (7,16,17,26). As a growing number of studies are reporting their findings using SHALOM, it is becoming increasingly useful as a database upon which to compare other studies using different measures.

The SHALOM adapted to Brazilian culture has produced results that indicate satisfactory equivalence to the version and suggest that it is a reliable, user friendly option for evaluation Spiritual Health/Spirituality among Brazilian children and adolescents aged 9 and above.

#### Role of funding source

Support for this research provided by Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq Grant number 462338/2014-2 from Ministry of Education in Brazil.

## REFERENCES

1. Damiano R, Costa L, Viana M, Moreira-Almeida A, Lucchetti A, Lucchetti G. Brazilian scientific articles on "Spirituality, Religion and Health." *Arch Clin Psychiatry*. 2016;43(1):11–6.
2. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2009 May;54(5):283–91.
3. Hackney CH, Sanders GS. Religiosity and Mental Health: A Meta–Analysis of Recent Studies. *J Sci Study Relig*. 2003 Mar 1;42(1):43–55.
4. Koenig H, Larson D. Religion and mental health: Evidence for an association. *Int Rev Psychiatry*. 2001;13(2):67–78.
5. Diener E, Tay L, Myers DG. The religion paradox: if religion makes people happy, why are so many dropping out? *J Pers Soc Psychol*. 2011 Dec;101(6):1278–90.
6. Moreira-Almeida A, Koenig H, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014 Jun;36(2):176–82.
7. Holder MD, Coleman B, Wallace JM. Spirituality, Religiousness, and Happiness in Children Aged 8–12 Years. *J Happiness Stud*. 2010 Apr 1;11(2):131–50.
8. Koenig H, King D, Carson V. *Handbook of Religion and Health*. second edition. USA: Oxford University Press; 2012. 1169 p.
9. De Jager Meezenbroek E, Garssen B, van den Berg M, van Dierendonck D, Visser A, Schaufeli WB. Measuring spirituality as a universal human experience: a review of spirituality questionnaires. *J Relig Health*. 2012 Jun;51(2):336–54.
10. Pargament KI, Lomax JW. Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry*. 2013 Feb;12(1):26–32.
11. Kendler K, Liu X-Q, Gardner C, McCullough M, Larson D, Prescott C. Dimensions of religiosity and their relationship to life time psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2003 Mar;160(3):496–503.
12. Athens G. National Interfaith Coalition on Aging. *Spiritual Well-Being: A Definition*. 1975.

13. Fisher J. Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM. *Religions*. 2010;1(1):105–21.
14. Fisher J. *Spiritual health: its nature and place in the school curriculum*. University of Melbourne: Melbourne University Custom Book Centre; 2010. 210 p. (Thesis series (Melbourne University Custom Book Centre)).
15. Fisher J. The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being. *Religions*. 2011;2(1):17–28.
16. Fisher J. Assessing adolescent spiritual health and well-being. *Int J Child Spiritual*. 2013;18(4):306–17.
17. Fisher J. Selecting the Best Version of SHALOM to Assess Spiritual Well-Being. *Religions*. 2016;7(5):45.
18. Gouveia M, Marques M, Pais-Ribeiro J. Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicol Saúde Doenças*. 2009;10(2):285–93.
19. Gomez R, Fisher J. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personal Individ Differ*. 2003 Dec;35(8):1975–91.
20. Harris S, Sherritt L, Holder D, Kuliq J, Sherier L, Knight J. Reliability and validity of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality among adolescents. *J Relig Health*. 2008 Dec;47(4):438–57.
21. Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla CJ. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2011 Nov;26(11):1345–57.
22. O'Connell KA, Skevington SM. The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: themes from focus groups in Britain. *Br J Health Psychol*. 2005 Sep;10(Pt 3):379–98.
23. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993 Dec;46(12):1417–32.
24. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000 Dec 15;25(24):3186–91.

25. Kapuscinski AN, Masters KS. The current status of measures of spirituality: A critical review of scale development. *Psychol Relig Spiritual*. 2010;2(4):191–205.
26. Koss S, Holder M. Toward a Global Understanding of Spirituality and Religiosity: Definitions, Assessments, and Benefits. In: *Spirituality: Global Practices, Societal Attitudes and Effects on Health*. Nova Science Pub Inc; 2015. p. 203–30.
27. Kovács, M. (1983). *The Children`s Depression Inventory: A self-rated depression scale for school – aged youngsters*. University of Pittsburg, 1983.
28. Gouveia V, Barbosa G, de Almeida H, Gaião A. Inventário de Depressão Infantil - CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J Bras Psiquiatr*. 1995;44:345–9.
29. Coutinho M da P de L, Oliveira MX de, Pereira DR, Santana IO de. Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. *Aval Psicológica*. 2014 Aug;13(2):269–76.
30. Idler E, Musick M, Ellison C, George L, Krause N, Ory M, et al. Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research: Conceptual background and findings from the 1998 General Social Survey. *Res Aging*. 2003;25(4):327–35.
31. Fetzer Institute/National Institute on Aging. *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*. 1999. 1-103
32. Curcio CSS, Lucchetti G, Moreira-Almeida A. Validation of the Portuguese Version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS-P) in Clinical and Non-clinical Samples. *J Relig Health*. 2015 Apr;54(2):435–48.
33. Bodling A, Heneghan M, Walsh J, Yoon D, Johnstone B. The brief multidimensional measure of religiousness/spirituality with an Irish sample: A factor analysis. *Int J Ther Rehabil*. 2013 Feb;20(2):72–8.
34. Nunnally J. *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill; 1967. 640 p.
35. Elhai N, Carmel S, O'Rourke N, Bachner YG. Translation and validation of the Hebrew version of the SHALOM Spiritual questionnaire. *Aging Ment Health*. 2016 Sep 5;0(0):1–7.
36. Gouveia M, Pais-Ribeiro J, Marques M. Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem Estar Espiritual: resultados psicométricos preliminares. In: I Leal, J Pais-Ribeiro, *Actas do 7o congresso nacional de psicologia da saúde*. Lisboa; 2008. p. 423–6.

37. Gomez R, Fisher JW. Item response theory analysis of the spiritual well-being questionnaire. *Personal Individ Differ*. 2005 Apr;38(5):1107–21.
38. Gomez R, Fisher JW. The spiritual well-being questionnaire: Testing for model applicability, measurement and structural equivalencies, and latent mean differences across gender. *Personal Individ Differ*. 2005 Dec;39(8):1383–93.
39. Koenig LB, McGue M, Iacono WG. Stability and change in religiousness during emerging adulthood. *Dev Psychol*. 2008;44(2):532–43.
40. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. Vol.2012, Article ID: 278730, 33 pages, 2012. doi:10.5402/2012/278730

**TABLE 1**

**Summary statistics and reliability coefficients (Cronbach's alpha and for each item/domain of the two sections of SHALOM in children and adolescents**

Domain - Items	SHALOM - Ideals*				SHALOM - Liv_Exp**			
	N	Mean ± SD	Median (Min - Max)	α	N	Mean ± SD	Median (Min - Max)	α
<b>SpPersonal</b>	478; 98.2%	21.3 ± 3.43	22 (5 - 25)	0.776	479; 98.4%	20.2 ± 3.90	21 (5 - 25)	0.818
5	482; 99.0%	4.01 ± 1.01	4 (1 - 5)		480; 98.6%	3.85 ± 1.03	4 (1 - 5)	
9	483; 99.2%	4.39 ± 0.84	5 (1 - 5)		480; 98.6%	4.20 ± 0.88	4 (1 - 5)	
14	483; 99.2%	4.60 ± 0.78	5 (1 - 5)		481; 98.8%	4.30 ± 0.95	5 (1 - 5)	
16	481; 98.8%	4.19 ± 1.04	5 (1 - 5)		481; 98.8%	3.88 ± 1.15	4 (1 - 5)	
18	481; 98.8%	4.10 ± 1.06	4 (1 - 5)		481; 98.8%	3.96 ± 1.12	4 (1 - 5)	
<b>SpCommunal</b>	481; 98.8%	21.2 ± 3.56	22 (5 - 25)	0.813	478; 98.2%	20.4 ± 3.63	21 (5 - 25)	0.817
1	483; 99.2%	4.26 ± 0.91	5 (1 - 5)		480; 98.6%	4.12 ± 0.93	4 (1 - 5)	
3	482; 99.0%	4.15 ± 0.99	4 (1 - 5)		482; 99.0%	3.91 ± 1.02	4 (1 - 5)	
8	483; 99.2%	3.94 ± 1.03	4 (1 - 5)		481; 98.8%	3.80 ± 1.06	4 (1 - 5)	
17	483; 99.2%	4.47 ± 0.88	5 (1 - 5)		480; 98.6%	4.30 ± 0.86	5 (1 - 5)	
19	482; 99.0%	4.38 ± 0.88	5 (1 - 5)		481; 98.8%	4.28 ± 0.89	4 (1 - 5)	
<b>SpEnvironmental</b>	480; 98.6%	19.6 ± 4.31	20 (5 - 25)	0.853	477; 97.9%	18.6 ± 5.07	20 (5 - 25)	0.898
4	483; 99.2%	4.07 ± 1.04	4 (1 - 5)		480; 98.6%	3.73 ± 1.19	4 (1 - 5)	
7	481; 98.8%	3.84 ± 1.06	4 (1 - 5)		480; 98.6%	3.90 ± 1.11	4 (1 - 5)	
10	483; 99.2%	4.04 ± 1.09	4 (1 - 5)		480; 98.6%	3.77 ± 1.19	4 (1 - 5)	
12	483; 99.2%	4.06 ± 0.97	4 (1 - 5)		481; 98.8%	3.81 ± 1.13	4 (1 - 5)	
20	482; 99.0%	3.53 ± 1.27	4 (1 - 5)		481; 98.8%	3.37 ± 1.38	4 (1 - 5)	
<b>SpTranscendental</b>	483; 99.2%	17.6 ± 5.54	18 (5 - 25)	0.9.09	477; 97.9%	16.2 ± 6.19	17 (5 - 25)	0.40
2	483; 99.2%	3.49 ± 1.26	4 (1 - 5)		480; 98.6%	3.22 ± 1.32	3 (1 - 5)	
6	483; 99.2%	3.46 ± 1.30	4 (1 - 5)		480; 98.6%	3.29 ± 1.38	3 (1 - 5)	
11	483; 99.2%	3.52 ± 1.31	4 (1 - 5)		480; 98.6%	3.26 ± 1.41	3 (1 - 5)	
13	483; 99.2%	3.80 ± 1.25	4 (1 - 5)		480; 98.6%	3.43 ± 1.39	4 (1 - 5)	
15	483; 99.2%	3.29 ± 1.35	3 (1 - 5)		481; 98.8%	2.95 ± 1.40	3 (1 - 5)	
<b>Total</b>	475; 97.5%	79.8 ± 13.5	82 (26 - 100)	0.922	472; 96.9%	75.2 ± 15.8	77 (20 - 100)	0.940

\*Section Ideals: what participants rate about how important they think each item is for optimum spiritual health

\*\*Section Lived Experience: what participants rate about how they feel that each item reflect your personal experience most of the time.



**TABLE 2**

**Comparison of SHALOM between gender and age groups in 484 children and adolescents**

Variables	SpPersonal Mean ± SD	SpCommunal Mean ± SD	SpEnvironmental Mean ± SD	SpTranscendental Mean ± SD
<b>SHALOM-Ideals</b>				
<b>Sex</b>				
Male	21.0 ± 3.6	20.8 ± 3,8	19,6 ± 4,3	17,5 ± 5,8
Female	21.6 ± 3.2	21.7 ± 3,1	19,5 ± 4,3	17,6 ± 5,3
t	-1.812	-2.799	.428	-.147
P	0.070	0.005	0.668	0.883
<b>Age</b>				
8/9	22.0 ± 3.2 <sup>b</sup>	21.8 ± 3.5 <sup>abc</sup>	21.8 ± 3.6 <sup>d</sup>	19.9 ± 4.7 <sup>b</sup>
10	21.9 ± 3.4 <sup>ab</sup>	22.0 ± 3.4 <sup>bc</sup>	20.8 ± 3.6 <sup>cd</sup>	20.3 ± 4.7 <sup>b</sup>
11	21.8 ± 3.9 <sup>ab</sup>	22.3 ± 3.0 <sup>c</sup>	20.4 ± 4.4 <sup>bcd</sup>	18.9 ± 4.7 <sup>b</sup>
12	20.7 ± 3.4 <sup>a</sup>	20.1 ± 3.9 <sup>a</sup>	18.8 ± 4.0 <sup>abc</sup>	16.1 ± 5.6 <sup>a</sup>
13	20.9 ± 3.5 <sup>ab</sup>	20.5 ± 3.7 <sup>ab</sup>	18.7 ± 4.1 <sup>ab</sup>	16.1 ± 5.7 <sup>a</sup>
14	20.9 ± 2.7 <sup>ab</sup>	21.2 ± 3.2 <sup>abc</sup>	18.1 ± 4.5 <sup>a</sup>	16.2 ± 5.3 <sup>a</sup>
15/16	20.7 ± 3.6 <sup>ab</sup>	20.5 ± 3.7 <sup>ab</sup>	17.6 ± 4.7 <sup>a</sup>	14.4 ± 5.4 <sup>a</sup>
P	0.043	<0.001	<0.001	<0.001
<b>SHALOM-Liv_Exp</b>				
<b>Sex</b>				
Male	20.1 ± 4.0	20.1 ± 3.9	18.6 ± 5.2	16.3 ± 6.4
Female	20.3 ± 3.8	20.7 ± 3.3	18.5 ± 5.0	16.0 ± 6.0
t	-.625	-1.884	0.202	0.691
P	0.532	0.060	0.840	0.490
<b>Age</b>				
8/9	21.6 ± 3.8 <sup>c</sup>	21.6 ± 3.6 <sup>b</sup>	21.3 ± 4.4 <sup>c</sup>	19.9 ± 4.6 <sup>d</sup>
10	21.7 ± 3.0 <sup>c</sup>	21.8 ± 2.7 <sup>b</sup>	20.5 ± 4.0 <sup>c</sup>	19.3 ± 5.4 <sup>d</sup>
11	21.2 ± 4.0 <sup>bc</sup>	21.6 ± 3.4 <sup>b</sup>	19.9 ± 4.6 <sup>bc</sup>	17.5 ± 5.2 <sup>cd</sup>
12	19.4 ± 4.0 <sup>ab</sup>	19.7 ± 3.2 <sup>a</sup>	17.4 ± 4.9 <sup>ab</sup>	15.0 ± 5.5 <sup>bc</sup>
13	19.2 ± 4.1 <sup>a</sup>	19.2 ± 4.0 <sup>a</sup>	17.3 ± 4.9 <sup>a</sup>	13.6 ± 6.2 <sup>ab</sup>
14	19.0 ± 3.6 <sup>a</sup>	19.8 ± 3.6 <sup>a</sup>	16.9 ± 5.2 <sup>a</sup>	14.3 ± 6.4 <sup>ab</sup>
15/16	18.6 ± 3.6 <sup>a</sup>	18.7 ± 3.5 <sup>a</sup>	15.9 ± 5.1 <sup>a</sup>	12.0 ± 5.9 <sup>a</sup>
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

a,b,c,d ANOVA Equal letters do not differ on Tukey post hoc comparisons at 5% of significance

\*df =n-1 (=483)

**TABLE 3**

**Comparison of SHALOM domain means across atheists, spiritual, but not religious and religious groups of 484 children and adolescents**

Domain - Items	Atheists Mean ± SD	Spiritual, but not religious Mean ± SD	Religious Mean ± SD	F*	p
<b>SpPersonal</b>					
Shalom – Ideals	19.5 ± 4.3 <sup>a</sup>	21.4 ± 3.2 <sup>b</sup>	21.4 ± 3.4 <sup>b</sup>	2.183	0.007
Shalom – Liv_Exp	18.2 ± 4.7 <sup>a</sup>	19.6 ± 4.1 <sup>ab</sup>	20.5 ± 3.7 <sup>b</sup>	6.732	0.001
<b>SpCommunal</b>					
Shalom – Ideals	19.6 ± 4.5 <sup>a</sup>	21.2 ± 3.1 <sup>b</sup>	21.4 ± 3.6 <sup>b</sup>	4.279	0.026
Shalom – Liv_Exp	18.3 ± 4.5 <sup>a</sup>	20.0 ± 3.2 <sup>b</sup>	20.7 ± 3.6 <sup>b</sup>	6.958	0.001
<b>SpEnvironmental</b>					
Shalom – Ideals	16.9 ± 5.2 <sup>a</sup>	20.1 ± 4.1 <sup>b</sup>	19.6 ± 4.2 <sup>b</sup>	9.421	0.001
Shalom – Liv_Exp	14.9 ± 5.5 <sup>a</sup>	18.7 ± 5.2 <sup>b</sup>	18.9 ± 4.9 <sup>b</sup>	9.600	<0.001
<b>SpTranscendental</b>					
Shalom – Ideals	9.5 ± 4.9 <sup>a</sup>	15.9 ± 5.4 <sup>b</sup>	18.9 ± 4.8 <sup>c</sup>	12.678	<0.001
Shalom – Liv_Exp	7.1 ± 4.3 <sup>a</sup>	14.4 ± 6.0 <sup>b</sup>	17.6 ± 5.5 <sup>c</sup>	57.017	<0.001

<sup>a,b,c</sup>ANOVA Equal letters do not differ on Tukey Test at 5% of significance

\*df =n-1 (=483)

\*Section Ideals: what participants rate about how important they think each item is for optimum spiritual health

\*\*Section Lived Experience: what participants rate about how they feel that each item reflect your personal experience most of the time.

**Table 4 - Correlations between the two sections of SHALOM dimensions, BMMRS domains and CDI scores - Pearson Coefficient**

Scales	SpPersonal	SpCommunal	SpEnvironmental	SpTranscendental
<b>BMMRS</b>				
<b>Daily Spiritual Experiences</b>				
Shalom – Ideals	0.360*	0.367*	0.390*	0.652*
Shalom – Liv_Exp	0.489*	0.462*	0.430*	0.717*
<b>Values and Beliefs</b>				
Shalom – Ideals	0.331*	0.375*	0.345*	0.557*
Shalom – Liv_Exp	0.385*	0.422*	0.333*	0.551*
<b>Overall self-ranking</b>				
Shalom – Ideals	0.263*	0.274*	0.290*	0.518*
Shalom – Liv_Exp	0.315*	0.338*	0.320*	0.558*
<b>CDI</b>				
Shalom – Ideals	-0.277*	-0.256*	-0.200*	-0.291*
Shalom – Liv_Exp	-0.429*	-0.376*	-0.272*	-0.362*

\* p<0.001

\*Section Ideals: what participants rate about how important they think each item is for optimum spiritual health

\*\*Section Lived Experience: what participants rate about how they feel that each item reflect your personal experience most of the time.

BMMRS - Brief Multidimensional Measure of Religiosity and Spirituality

CDI - Children Depression Inventory

## **8. ARTIGO 2**

### **Spirituality and Happiness in healthy Children and Adolescents: a self report study**

Valdivia L, Holder MD, Pizutti, LT, Rocha, NS

Programa de Pós Graduação em Psiquiatria e Ciências Comportamentais

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Submetido para Publicação: Journal of American Academy of Child and Adolescent  
Psychiatry

Fator de Impacto: 7.26

Status: Submetido

## **ABSTRACT:**

**Objectives:** To Investigate associations between happiness and spirituality in Brazilian children and adolescents, using self-report assessments.

**Methods:** 487 children and adolescents, aged 9-15 answered socio-demographic questionnaire, and Brazilian-Portuguese versions of Subjective Happiness Scale (SHS), Spiritual Health and Life Orientation Measure (SHALOM) and Children's Depression Inventory (CDI). Analysis considered SHS as a dependent variable in a hierarchical multiple regression modeling in blocks, which entered statistically-significant variables from bivariate correlations. First block: demographic variables (age, sex, type of school, social class, living with both parents, having a religion, and being 'spiritual, but not religious') together. Second block: spirituality and chronic disease. Third block: depressive symptoms.

**Results:** Personal ( $\beta=0.237$ ;  $p<0.001$ ) and Communal ( $\beta=0.135$ ;  $p<0.045$ ) dimensions of spirituality were positively associated to happiness as were having a religion ( $\beta=0.323$ ;  $p<0.001$ ), and considering oneself spiritual, but not religious ( $\beta=0.286$ ;  $p<0.001$ ). Age ( $\beta=-0.109$ ;  $p=0.020$ ) and depressive symptoms ( $\beta=-0,272$ ;  $p<0.001$ ) were negatively associated with happiness. Social class, type of school (public or private), living condition (living with both parents, one parent or neither parent), and having a chronic disease were not significantly associated with happiness.

**Conclusions:** Consistent with research with children and adolescents from other continents, having a religious affiliation, being “spiritual but not religious”, having meaning of life, having high values, and connecting with others were linked to greater happiness and fewer depressive symptoms. However, the causal direction of this relationship is an open question. The relationships between spirituality and well-being suggest that future research assessing the efficacy of spirituality as a health-promoting factor would be fruitful.

Key Words: Subjective wellbeing, Religiosity, Depression, Children, Adolescents.

## 1.INTRODUCTION

The World Health Organization's (WHO) recognizes that health is more than the absence of disease or infirmity, it includes the promotion of physical and mental health (1). To promote health, health professionals need to understand the factors associated with well-being. Wellness and health promotion measures may help individuals suffering with significant emotional-behavioral problems achieve improvement, remission, and even thriving (2). Learning about depression does not make one an expert on Subjective Wellbeing (SWB). SWB is not the opposite of mental illness, but includes life satisfaction (the cognitive component of SWB), happiness (the affective component of SWB) and low and appropriate levels of negative affect(3).

Demographic factors (i.e. age, sex),social relations(4), temperament(5,6), and spirituality have been empirically linked to happiness in children and adolescents. Several studies have reported both positive and negative associations between spirituality and depression happiness in adult samples (7,8). Spirituality can be understood as "the personal quest for understanding answers to ultimate questions about life, about meaning and about relationship to the sacred or transcendent, which may (or may not) lead to or arise from the development of religious rituals and the formation of community and religion"(9).Beliefs about the meaning of life, suffering, and moral issues are central to religions and spiritual approaches. These beliefs may influence people respond to a range of tasks and life events that are part of promoting healthy development or dysfunctional behaviors(10).

Studies focusing on the development of happiness or SWB during childhood and adolescences are still relatively scarce(11). One such study based on a Canadian sample of 321 children aged 8-12 years reported that spirituality, but not religious affiliation, was directly associated with happiness(12).In a sample of children and adolescents (aged 7-19 years) from Zambia, spirituality accounted for 21 % of the variance in life satisfaction of children, beyond demographic variables and religiosity, and predicted variance in happiness among adolescents (13).

In a study of spirituality and depressive symptoms based on a sample of depressive young psychiatric patients, scores of daily spiritual experiences,

forgiveness, positive religious coping, positive religious support, organizational religiousness, and self-ranking as a religious/spiritual person were inversely related to depressive symptoms(14). However, these relationships may be misleading given that they were based on a sample with a truncated range. Using a broader sample, higher levels of church engagement were found to be linked to stronger personal spirituality, which in turn predicted fewer depressive symptoms for girls and higher academic performance for boys(15). On the other hand, negative religious interpersonal experiences scores were associated with higher depressive symptoms(16). There was a greater risk of suicide when religiousness and spirituality were rated as “not important.”

Studies of children and adults have relied on self-reports. Children as young as 7 years old are able to report their satisfaction with their lives and their emotions as well as think about the meaning of life, goals for the future and values(17–19).A study of 8,591 children ages 5 to 16 years reported that children as young as 5 year old can reliably and validly self-report their health related quality of life(20).Information provided by proxy-respondents (i.e. parents or teachers) is not equivalent to that reported by children and adolescents(21), and may present discrepancies and biases. Reports from parents tend to overestimate children’s happiness compared with the self-reported ratings of children suggesting a positivity bias(12,22). Affrunti & Woodruff-Borden (23)identified an "egocentric bias", suggested by their findings that parents' self-reports of their own happiness are more highly correlated with their estimations of their children and adolescents happiness, than their self reports are correlated with their children's and adolescents' self-reports(24).

To evaluate happiness during the transition from childhood to adolescence, and investigate the role of spirituality among young people’s development, the present study investigated the associations between happiness and spirituality in children and adolescents using self-report assessments of happiness, spirituality, socio-demographic variables and depressive symptoms.

## 2. METHODS

### 2.1. Study sample

The protocol was approved by institutional ethics committee (approval number: 14-0575 GPPG/HCPA). The procedures followed the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 1983. Permission was obtained from the school districts, school principals and teachers. Before the start of the survey, children were asked for their informed assent and parents provided informed dissent according to the ethical committee's requirement. Individuals with clinically diagnosed cognitive deficits were not included.

Participants were 487 children and adolescents, aged 9-15 years, were enrolled in public (34.9%) and private (65.1%) schools in Porto Alegre, Southern Brazil (Table 1). We excluded three participants due to missing data. The schools are in the catchment area of the Basic Health Unit link to the UFRGS/HCPA. Information regarding subjective happiness, religiosity, depressive symptoms, quality of life, economic values and spirituality was collected from March to July 2015.

The mean age was 11.4 years (SD1.94), and 50.4% were male. Ethnic composition of the sample was Caucasian n=373 (77.1%), African Brazilian n=83 (17.1%), Indigenous n=21 (4.3%) and other n=7 (1.4%). Approximately ninety-three percent (n=456) reported family incomes between \$5,000/year to \$30,000/year. 62% of parents/guardians had graduate education. Religious affiliations of subjects were classified as Catholic (39.5%), Kardecist (8%), Evangelic (10.3%), Afroreligions (2.1%), Atheist (6.8%), Others (2.1%). Participants who reported not having a religion, but believed in something beyond human nature (God, Higher Power) were classified as spiritual, but not religious (31.2%).

### 2.2. Procedure

A socio-demographic questionnaire was administered along with the Brazilian Portuguese versions of the following instruments: Subjective Happiness Scale (SHS), Spiritual Health and Life Orientation Measure (SHALOM) and Children's



Depression Inventory (CDI). All questionnaires were completed in the classrooms. Socio-demographic information collected included age, gender, ethnicity, parents' marital status, parents' occupation, parents' education, grade, religion, attendance at a place of worship and socioeconomic level.

## 2.3. Measures

### 2.3.1. Happiness Measure

Happiness was assessed with the Subjective Happiness Scale, developed by Lyubomirsky & Lepper(25). This is a four-item Likert-type instrument, with responses to item ranging from 1-7 points (1= "less happy"; 7= "more happy") with higher values corresponding to greater subjective happiness. The items were : "In general, I consider myself a very happy person", "Compared to most of my peers, I consider myself happier", "Some people are generally very happy. They enjoy life regardless of what is going on, getting the most out of everything. To what extent does this account describe you?" and "Some people are generally not very happy. Although they are not depressed, they never seem as happy as they might be. To what extent does this characterization describe you?" This last question is reverse scored, as proposed previously. An overall SHS score is computed by taking the mean of the responses to the four items. The Brazilian version of the SHS presented excellent psychometric properties, with all items loaded in the expected factor and confirmatory factor analysis results provided good fit. Convergent validity also presented results in the expected directions and offered support to the external validity of the measure compared to their peers. SHS was validated for Brazil by Damásio et al(26).

### 2.3.2. Spirituality and Religion Measure

Spirituality was measured using the Spiritual Health And Life-Orientation Measure (SHALOM)(27,28)which assesses four domains of spirituality: personal (includes self-perception, presence of happiness in life and meaning of life, and value in one's own life); communal (quality and depth of inter-personal relationships, values

and actions toward others); environmental (sense of awe for nature, a connection with the environment); and transcendental (faith in and relationship with someone or something beyond the human level). Two responses were sought to each of the SHALOM's 20 items, and each response was made using a 5-point Likert scale, to indicate: a) "how important you think each area is for an ideal state of spiritual well-being?" and b) "how you feel each item reflects your personal experience most of the time?" In the present study, responses to only the second question were which reflected the personal experience of the participant. Scores were calculated separately for each spirituality dimension.

#### 2.3.4 Depression Measure

The Children Depression Inventory (CDI)(29) was used to measure the presence of depressive symptoms. The CDI is composed of 20 items and respondents were instructed to consider the presence of symptoms over the last two weeks, with values ranging from 0-2 points with 0 indicating a normal presence, 1 indicating mild symptoms and two indicating more serious symptoms. The sum of the points represents the presence and severity of depression symptoms, and the cut point for depression is 17. The instrument was adapted and standardized by Gouveia and Cols (30), shows good psychometric parameters and level of internal consistency, and has been validated in Brazilian samples(31).

#### 2.4. Statistical Analysis

Analyses were performed using SPSS 21.0 software. The Kolmogorov–Smirnov test evaluated the normality of the distribution of the sample. We applied a square root transformation to the variables with asymmetric distribution (CDI score). Continuous variables were age and income, and discrete variables were gender, race, school, parent's marital status, and self-report of health status. Bivariate correlations were used to examine the relations between demographic factors, happiness, depressive symptoms and the four spirituality dimensions. Happiness was considered the dependent variable in a hierarchical multiple regression model by introducing variables that were significantly correlated with happiness in three blocks:

1) demographic characteristics (sex, age (in years), religion, and "spiritual, but not religious", type of school (public or private), social class (represented by household income according to ABEP - Brazilian Association of Research's Companies(32)), and whether the student lived with both parents); 2) the Spirituality dimensions (personal, communal, environmental and transcendental) from the SHALOM Scale and the presence of chronic disease; and 3) the depressive symptoms from the CDI. A significance level of 5% was accepted as significant.

### 3.RESULTS

#### 3.1. Happiness Correlations

Table 2 presents results of the bivariate correlations (Pearson and Spearman products) between the depressive symptoms (CDI score), the four dimensions of Spirituality (the SHALOM scale) and Happiness (SHS). Happiness was significantly correlated with depression symptoms (CDI  $r=-0.38$ ;  $p<0.001$ ), and all dimensions of spirituality: Personal dimension ( $r=0.36$ ;  $p<0.001$ ), Communal dimension ( $r=0.33$ ;  $p<0.001$ ), Environmental dimension ( $r=0.24$ ;  $p<0.001$ ), and Transcendental dimension ( $r=0.26$ ;  $p<0.001$ ). Bivariate correlations between depressive symptoms and Spiritual Dimensions were also significant: Personal dimension ( $r=-0.4$ ;  $p<0.001$ ), Communal dimension ( $r=-0.34$ ;  $p<0.001$ ), Environmental dimension ( $r=-0.26$ ;  $p<0.001$ ), and Transcendental dimension ( $r=-0.36$ ;  $p<0.001$ ). Age and depressive symptoms were negatively associated with happiness, and having a religion and considering oneself spiritual, but not religious (believe in something beyond human nature, as a higher power) were positively associated with happiness.

#### 3.2. Hierarchical Regression Model

Significant bivariate correlations were considered in a theoretical hierarchical regression model to evaluate the relationship between happiness and spirituality. Table 3 presents stepwise results of the regression coefficients treating happiness as a dependent variable and the four dimensions of spirituality, depressive symptoms (CDI scores), age, sex, type of school, living with both parents, having a religion, claiming oneself as spiritual, but not religious, and chronic disease as independent variables.

In the first step we grouped demographic variables (age, sex, type of school, social class, living with both parents, having a religion, and being spiritual, but not religious) and found that only age ( $\beta=-0.109$ ;  $p=0.020$ ), having a religion ( $\beta=0.323$ ;  $p<0.001$ ), and being spiritual ( $\beta=0.286$ ;  $p<0.001$ ) significantly predicted happiness, explaining 5.6% of the variance.

In the second step the dimensions of spirituality were added, and the presence of a chronic disease, the personal ( $\beta=0.237$ ;  $p<0.001$ ) and communal dimensions ( $\beta=0.135$ ;  $p<0.045$ ) of spirituality emerged as significant predictors of Happiness explaining 15.3% of the variance.

In the last step, depressive symptoms ( $\beta=-0.272$ ;  $p<0.001$ ) were added and found to predict additional variance in happiness. Overall, 20.9% of the variance in happiness was explained by the model including all variables.

Dimensions of Spirituality were the strongest predictors of happiness explaining 46.41% of the model (9.7% in a total of 20.9%). Of the four dimensions of spirituality (Personal, Communal, Environmental and Transcendental), only the Personal and Communal dimensions remained significant after inclusion of all variables in the model.

Social class, type of school (public or private), living arrangement (live with both parents) and having a chronic disease were not significant associated with happiness after adjustment.

#### 4.DISCUSSION

The presented study examined the associations between self-reported happiness, depressive symptoms and spirituality in a sample of healthy children and adolescents in Brazil. We found that spirituality is positively correlated with happiness in these children and adolescents. In fact, spirituality was the strongest predictor (explaining almost 50% of the variance explained by the tested) of self-reported happiness after adjusting for depressive symptoms, chronic disease and socio-demographic variables.

In particular, the personal and communal dimensions of spirituality, and religious affiliation were associated with higher levels of happiness and fewer depressive symptoms. Among adolescents and emerging adults, personal spirituality has been directly linked to life satisfaction(33) and evidence has shown a relation between positive psychology traits and levels of personal spirituality(34).

In the first step of the regression model presented here, age was associated with lower happiness, which is consistent with other studies of adolescents over 13 years which have reported a gradual decrease in well-being as age increases(35). Findings for older adolescents may be related to a combination of increased expectations and changes in social and academic settings(36). Socio-demographic factors such as household income, living with both parents, type of schools, and gender were not associated with children's happiness, neither chronic illness. This is consistent with previous studies that reported the similar findings(21).

Of the demographic variables assessed, participants' self-identification of whether or not they had a religious affiliation was most strongly correlated with their happiness. This positive correlation is consistent with the findings of a study of children and adolescents aged 6 to 18 years who had an increased risk for Major Depressive Disorder. These individuals experienced fewer suicide attempts and suicidal ideations with higher attendance at religious services(37). When one belongs, and is an active member of a religious community this facilitates regular contact with rituals and social involvement, which can give emotional and social support, expands a repertoire of behaviors (that concern the ethical values inherent to all religions), and increases personal and communal dimensions of spirituality (as meaning of life, kindness, trust, identity, love and forgiveness)(38).

However, children and adolescents who self-identified as "spiritual, but not religious", also tended to be happier. This parallels the findings of other studies that have reported that participants who said that they did not have a religion but believed in something that transcends human nature enjoy higher well-being (9). Although the choice of a religion at this stage of development could be linked to the religious affiliation (or its absence) of the parents(39,40), participants were instructed to report only what they considered themselves to be independent of their parents' religion.

The results suggest, that at least for some participants, they were able to distinguish their beliefs from their parents; 23% reported that they believed in God or in a Higher Power, despite that they did not have a definite religion or followed a religion different from their parents.

Unlike the results in the Canadian sample of children and adolescents(12), in our sample the spiritual dimension of transcendence (understood as greater power or something beyond nature as God, for example)(28), showed no significant association with happiness. We can understand this finding from a spiritual developmental perspective where being aligned with one's actions and values, is more important than having strong religious and/or transcendental views. Similarly, the majority of youth in a global sample from eight countries pursued their spiritual development without recourse to deep engagement in religious or spiritual practices(41).

Benson and Roehlkepartain(42) reported three processes in the development of human spirituality: 1) awareness or awakening, which relates to the development of a spiritual identity, purpose and meaning of life; 2) belonging and interconnectedness, which involves the pursuit of relationship with others, including divine beings; and 3) is a way of life whereby one expresses one's spiritual identity through different activities and relationships at the level of behavior. The assessments reported by children and adolescents may be more related to the first and second processes described by Benson. According to Cloninger(43,44), self-transcendence refers to an awareness of being part of a whole where all things, people, and animals are connected to each other. It is necessary to consider that the ability for abstract comprehension increases through adolescence, although the aspects of self-transcendence are typically more centered in concrete aspects of the experience, such as self-image and peer relations. As a consequence, concrete

aspects of existence are more salient in adolescents and children's experiences than more abstract and transcendent aspects, and the concrete aspects related to one-self and to others influence children's and adolescents' happiness more (45).

The mean age of the participants on our study was about 11 years old, so it is possible that a significant differentiation of the transcendental dimension will still occur. The concept of a 'relational consciousness' as central to children's spirituality, comprises four elements: awareness of self, awareness of others, awareness of the environment, and awareness of a Transcendent Other. This concept is closely linked to an emerging sense of identity in young children (first centered on their own needs) and over time extending to their view on how they fit into a 'bigger picture'. It involves recognizing their independence and interdependence, and reflecting the importance attached by many religious traditions of being less obsessed with oneself, and material possessions(46).

It's important to highlight that in our study we investigate a non-clinical sample, (the mean of scores in CDI was below the cut point to suspicious clinical depression) and we observe the same tendency demonstrated in clinical population, in which religious and existential well-being are differentially associated with the likelihood of a Major Depressive Episode (MDE). While attendance at religious services and existential well-being (having an individual's sense of life purpose, meaning and satisfaction) were protective, religious well-being (having a relationship with a higher power), was associated with increased odds of MDE(7). The difference between religious and existential dimensions lies on ethical and life-directing values, not necessarily mediated by transcendence. This leads us to think of a kind of spirituality that goes beyond the transcendental religious character in regard to the self-perception of happiness levels.

There were some limitations in the present study. First, the cross-sectional approach employed in the presents study does not allow the identification of causal explanations. Second, though spirituality was able to explain part of the variance in happiness, we did not assess the role of temperament. Temperament may impact Happiness(5,43), but we did not evaluate it because there is no Brazilian/Portuguese version of a reliable temperament scale appropriate for children and adolescents. Third, though we tried to obtain a representative sample considering both private and public schools, there are only two schools in the sample. Nevertheless, the



demographic characteristics of our sample presented a balance between gender, age, household income, and race (Table 1).

Several questions remain unanswered: "Does spirituality influence happiness or does happiness influence spirituality? Does the lower presence of depressive symptoms increase spirituality or does spirituality reduce depressive symptoms?" The relationship between these pairs of variables may be bi-directional like the relationship between children's friendships and their happiness(48).The long-term relationship between spirituality and happiness constitutes an important field of future research as it would help shed light on the causal links between happiness and spirituality.

Future studies should be performed to confirm these data. In addition, we intend to follow this sample and broaden it in order to increase the knowledge about the role of spirituality in children's and adolescents' happiness.

## Conclusions

This study demonstrated that self-reported measures of spirituality and happiness are positively correlated after adjusting for depressive symptoms, chronic disease and socio-demographic variables. This study highlights that it is important to evaluate the health and happiness of the children and adolescents, including the spiritual dimension, beyond the biological, psychological and social dimensions. Future research on causes, development, and intervention might be fruitful for developing and implementing interventions that focus on improving children's and adolescents' happiness.

## Role of funding source

Support for this research provided by Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq Grant number 462338/2014-2 from Ministry of Education in Brazil.

## Conflict of interests

All authors declare that they have no conflicts of interest.

## REFERENCES:

1. Constitution of the World Health Organization [Internet]. 2006 [cited 2017 Feb 27]. Available from:[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
2. Jeste DV, Palmer BW, Rettew DC, Boardman S. Positive Psychiatry: Its Time Has Come. *J Clin Psychiatry*. 2015 Jun;24:675–83.
3. Diener E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol*. 2000 Jan;55(1):34–43.
4. Chaplin LN. Please May I Have a Bike? Better Yet, May I Have a Hug? An Examination of Children's and Adolescents' Happiness. *J Happiness Stud*. 2009 Oct;10(5):541–62.
5. Holder MD, Coleman B, Singh K. Temperament and Happiness in Children in India. *J Happiness Stud*. 2012 Apr;13(2):261–74.
6. De Clercq B, Rettew D, Althoff RR, De Bolle M. Childhood personality types: vulnerability and adaptation over time: Childhood personality types and adaptation over time. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Jun;53(6):716–22.
7. Maselko J, Gilman SE, Buka S. Religious service attendance and spiritual well-being are differentially associated with risk of major depression. *Psychol Med*. 2009 Jun;39(06):1009.
8. Vasegh S, Rosmarin DH, Koenig HG, Dew RE, Bonelli RM. Religious and Spiritual Factors in Depression. *Depress Res Treat*. 2012;2012:1–3.
9. Koenig H, King D, Carson V. *Handbook of Religion and Health*. second edition. USA: Oxford University Press; 2012. 1169 p.
10. Mabe PA, Josephson AM. Child and adolescent psychopathology: spiritual and religious perspectives. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2004 Jan;13(1):111–125, vii–viii.
11. Baird BM, Lucas RE, Donnellan MB. Life Satisfaction Across the Lifespan: Findings from Two Nationally Representative Panel Studies. *Soc Indic Res*. 2010 Nov;99(2):183–203.
12. Holder MD, Coleman B, Wallace JM. Spirituality, Religiousness, and Happiness in Children Aged 8–12 Years. *J Happiness Stud*. 2010 Apr;11(2):131–50.

13. Koss S, Holder M. Toward a Global Understanding of Spirituality and Religiosity: Definitions, Assessments, and Benefits. In: *Spirituality: Global Practices, Societal Attitudes and Effects on Health*. Nova Science Pub Inc; 2015. p. 203–30.
14. Dew RE, Daniel SS, Goldston DB, McCall WV, Kuchibhatla M, Schleifer C, et al. A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. *J Affect Disord*. 2010 Jan;120(1–3):149–57.
15. Kang PP, Romo LF. The role of religious involvement on depression, risky behavior, and academic performance among Korean American adolescents. *J Adolesc*. 2011 Aug;34(4):767–78.
16. Pearce MJ, Little TD, Perez JE. Religiousness and Depressive Symptoms Among Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2003 May;32(2):267–76.
17. Ravens-Sieberer U, Devine J, Bevans K, Riley AW, Moon J, Salsman JM, et al. Subjective well-being measures for children were developed within the PROMIS project: presentation of first results. *J Clin Epidemiol*. 2014 Feb;67(2):207–18.
18. Atance CM, Jackson LK. The development and coherence of future-oriented behaviors during the preschool years. *J Exp Child Psychol*. 2009 Apr;102(4):379–91.
19. James AG, Fine MA, Turner LJ. An Empirical Examination of Youths' Perceptions of Spirituality as an Internal Developmental Asset During Adolescence. *Appl Dev Sci*. 2012 Oct;16(4):181–94.
20. Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM. How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: An analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5(1):1.
21. Patalay P, Fitzsimons E. Correlates of Mental Illness and Wellbeing in Children: Are They the Same? Results From the UK Millennium Cohort Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Sep;55(9):771–83.
22. Durbin CE, Wilson S. Convergent validity of and bias in maternal reports of child emotion. *Psychol Assess*. 2012;24(3):647–60.

23. Affrunti NW, Woodruff-Borden J. Parental Perfectionism and Overcontrol: Examining Mechanisms in the Development of Child Anxiety. *J Abnorm Child Psychol.* 2015 Apr;43(3):517–29.
24. López-Pérez B, Wilson EL. Parent–child discrepancies in the assessment of children’s and adolescents’ happiness. *J Exp Child Psychol.* 2015 Nov;139:249–55.
25. Lyubomirsky S, Lepper HS. A Measure of Subjective Happiness: Preliminary Reliability and Construct Validation. *Soc Indic Res.* 1999;46(2):137–55.
26. Damásio, Zanon C, Koller S. Validation and Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Subjective Happiness Scale. *Univ Psychol.* 2014;13(1):17–24.
27. Fisher J. Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM. *Religions.* 2010;1(1):105–21.
28. Fisher J. YouCan’t Beat Relating with God for Spiritual Well-Being: Comparing a Generic Version with the Original Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM. *Religions.* 2013 Jul2;4(3):325–35.
29. Kovacs M. The children’s depression inventory: a self-rated depression scale for school aged youngsters. University of Pittsburgh School of Medicine, Department of Psychiatry, Western Psychiatric Institute and Clinic; 1983.
30. Gouveia V, Barbosa G, de Almeida H, Gaião A. Inventário de Depressão Infantil - CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J Bras Psiquiatr.* 1995;44:345–9.
31. Coutinho M da P de L, Oliveira MX de, Pereira DR, Santana IO de. Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. *Aval Psicológica.* 2014 Aug;13(2):269–76.
32. Critério Brasil - ABEP [Internet]. [cited 2017 Feb 27]. Available from: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
33. Marques SC, Lopez SJ, Mitchell J. The Role of Hope, Spirituality and Religious Practice in Adolescents’ Life Satisfaction: Longitudinal Findings. *J Happiness Stud.* 2013 Mar;14(1):251–61.
34. Barton YA, Miller L. Spiritualityand Positive Psychology Go Hand in Hand: An Investigation of Multiple Empirically Derived Profiles and Related Protective Benefits. *J Relig Health.* 2015 Jun;54(3):829–43.

35. Castellá Sarriera J, Saforcada E, Tonon G, de La Vega LR, Mozobanczyk S, Maria Bedin L. Bienestar Subjetivo de los Adolescentes: Um Estudio Comparativo entre Argentina y Brasil. *PsychosocInterv*. 2012 Dec;21(3):273–80.
36. Preskitt JK, Menear KS, Goldfarb SS, Menachemi N. Wellness among US adolescents ages 12-17 years: Wellness among adolescents. *ChildCare Health Dev*. 2015 Nov;41(6):1207–15.
37. Svob C, Reich L, Wickramaratne P, Warner V, Weissman MM. 6.149 Religion and Spirituality Predict Lower Rates of Suicide Attempts and Ideation in Children and Adolescents at Risk for Major Depressive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Oct;55(10):S251.
38. Rizvi MAK, Hossain MZ. Relationship Between Religious Belief and Happiness: A Systematic Literature Review. *J Relig Health* [Internet]. 2016 Dec1 [cited 2017 Feb 27]; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-016-0332-6>
39. Boyatzis C. Spiritual development during childhood and adolescence. In: *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2013. p. 151–164. (Oxford Library of Psychology).
40. Smith EI, Crosby RG. Unpacking religious affiliation: Exploring associations between Christian children's religious cultural context, God image, and self-esteem across development. *Br J DevPsychol*. 2017 Mar;35(1):76–90.
41. Benson PL, Scales PC, Syvertsen AK, Roehlkepartain EC. Is youth spiritual development a universal developmental process? An international exploration. *J PositPsychol*. 2012 Nov;7(6):453–70.
42. Benson PL, Roehlkepartain EC. Spiritual development: A missing priority in youth development. *New DirYouth Dev*. 2008 Mar;2008(118):13–28.
43. Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord*. 2011 Jan;128(1–2):24–32.
44. Moreira PAS, Cloninger CR, Dinis L, Sãj L, Oliveira JT, Dias A, et al. Personality and well-being in adolescents. *Front Psychol* [Internet]. 2015 Jan 7 [cited 2017 Feb 27];5. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2014.01494/abstract>

45. Uusitalo-Malmivaara L. Happiness Decreases during Early Adolescence—A Study on 12- and 15-Year-Old Finnish Students. *Psychology*. 2014;05(06):541–55.
46. Eaude T. Happiness, emotional well-being and mental health – what has children’s spirituality to offer? *Int J Child Spiritual*. 2009 Aug;14(3):185–96.
47. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:278730.

**TABLE 1**

General characteristics of the sample of 487 elementary schools students.

<b>Variable*</b>	<b>Students (n=487)</b>
Sex Male (%)	247(50.7)
Age (years)	11.84±1.94
Race (n=484)	
Caucasian	373(77.1)
Notcaucasian	111(22.8)
Parents marital status (n=484)	
Live with one parent	196(40.2)
Parents live together	288(59.1)
ChronicDisease (n=485)	
Atopicdisease	82(16.9)
Psychiatricdisease	4(0.8)
Otherdisease	17(3.5)
No disease	382 (78.8)
Socio economiclevel (n=472)	
A	8(1.6)
B	298(61.2)
C	158(32.4)
D	7(1.4)
E	8(1.6)
School	
Private	317(65.1)
Public	170(34.9)
Parent's living together (Yes)	288 (59.1)
Religion (n=486)	
Atheist	33(6.8)
Spiritual, butnotreligious	152(31.2)
Religious	301(62)

\* Media ± standard deviation

**TABLE 2**

Correlation among spirituality, happiness and depressive symptoms in 487 elementary schools students

Variables	CDI	SHALOM	SHALOM	SHALOM	SHALOM
		Personal	Enviromental	Communal	Transcendental
SHALOM <sup>##</sup>					
Personal	-0.410*	-	-	-	-
Enviromental	-0.262*	0.633*	-	-	-
Communal	-0.341*	0.741*	0.565*	-	-
Transcendental	-0.363*	0.573*	0.551*	0.555*	-
SubjectiveHappinessScale <sup>##</sup>	-0.378*	0.357*	0.244*	0.331*	0.266*

# Spearman Coefficient; <sup>##</sup> Pearson Coefficient; \*p<0.001



**TABLE 3**

Coefficients from Stepwise Regression Model Predicting Happiness in 487 elementary schools students

Variables	B	IC 95%	Beta ( $\beta$ )	P	(R <sup>2</sup> )Coefficient
<b>#DemographicVariables</b>					<b>5.6%</b>
<b>Age</b>	<b>-0.04</b>	<b>-0.08 a -0.01</b>	<b>-0.109</b>	<b>0.020</b>	
<b>Spiritual, but not religious</b>	<b>0.51</b>	<b>0.21 a 0.81</b>	<b>0.286</b>	<b>0.001</b>	
<b>Religion</b>	<b>0.53</b>	<b>0.25 a 0.81</b>	<b>0.323</b>	<b>&lt;0.001</b>	
Private School	0.10	-0.06 a 0.26	0.062	0.222	
Female	0.01	-0.12 a 0.15	0.008	0.855	
SocialClass	0.00	-0.01 a 0.02	0.017	0.752	
Live with both parents	0.05	-0.09 a 0.19	0.033	0.495	
<b>#SpDimensions</b>					<b>15.3%</b>
SHALOM					
<b>Personal</b>	<b>0.05</b>	<b>0.02 a 0.07</b>	<b>0.237</b>	<b>0.001</b>	
<b>Communal</b>	<b>0.03</b>	<b>0.00 a 0.06</b>	<b>0.135</b>	<b>0.045</b>	
Enviromental	0.00	-0.02 a 0.02	-0.002	0.975	
Transcendental	0.00	-0.02 a 0.02	0.006	0.923	
Chronic Disease	-0.09	-0.25 a 0.07	-0.049	0.259	
<b>#DepressiveSymptoms</b>					<b>20.9%</b>
<b>CDI Score</b>	<b>-0.21</b>	<b>-0.28 a -0.14</b>	<b>-0.272</b>	<b>&lt;0.001</b>	

Dependent variable: happiness

Independent variables: age, spiritual but not religious, religion, private school, female, social class, SpDimensions, depressive symptoms

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou a associação entre felicidade e espiritualidade em crianças e adolescentes saudáveis, controlado para fatores confundidores (idade, gênero, afiliação religiosa, doença crônica, estrutura familiar, tipo de escola e sintomas depressivos) descritos pela literatura como tendo impacto sobre os níveis de felicidade. Para tanto, foi realizada inicialmente a tradução, adaptação e validação da escala de espiritualidade (SHALOM), tendo em vista o fato de não haver nenhum instrumento traduzido ou construído para a população de crianças e adolescentes que medisse essa variável.

O fato desse estudo ter se realizado em uma amostra de crianças saudáveis vai ao encontro de uma melhor compreensão do processamento e desenvolvimento da espiritualidade tal qual ele ocorre. Isso é importante, na medida que se sabe que a presença de doenças físicas ou mentais pode incrementar o uso de estratégias de "coping" religioso (positivo ou negativo) como maneira de lidar com as afecções (Pargment & Lomax 2013), bem como afetar o bem-estar subjetivo. Dessa forma, a mensuração em uma população saudável nos proporciona uma visão natural dos níveis de felicidade e formular inferências, a partir das análises, de como a espiritualidade pode impactar tais níveis.

A resposta à questão sobre se a espiritualidade é um fator natural ao ser humano e/ou produzida por fatores ambientais e culturais, permanece. Há evidências que suportam ambas as explicações, o fato é que uma composição dos dois fatores nos parece mais abrangente. Em um estudo referência na área da R/S (Kendler 1997) realizado com gêmeos mono e dizigóticos, observou-se que mais de um quarto da variância de níveis de devoção pessoal (religiosa/espiritual) se deveu à influência de fatores genéticos. Já em um estudo acerca da influência da religiosidade familiar sobre os níveis de altruísmo das crianças, mostrou que filhos de famílias que tinha uma afiliação religiosidade católica ou muçulmana tendiam a ter menos atitudes altruístas que os filhos de famílias não-religiosas (Decety 2015).

Apesar desses questionamentos, a compreensão de que o desenvolvimento espiritual é o processo de crescimento da capacidade intrínseca ao ser humano para a auto-transcendência, no qual o self está imerso em algo maior que ele mesmo, incluindo o sagrado, permanece. Ademais, essa parece ser uma engrenagem que

impulsiona para a busca por conexão, significado de vida, propósitos e cooperação, e é formada a partir de tradições religiosas, crenças e práticas(Benson et al. 2003).

Nesse sentido, Tay et al.afirmam que o conceito de religiosidade individual, uma forma de relacionar-se com o sagrado não institucionalizada, está relacionada à espiritualidade (Tay et al. 2014).Além disso, significado de vida e religiosidade intrínseca também estão correlacionadas com espiritualidade, o que sugere que a espiritualidade media a relação entre religiosidade e bem-estar(Koss & Holder 2015). No presente estudo as variáveis espiritualidade e afiliação religiosa são analisadas separadamente e ambas demonstraram impacto sobre a felicidade, embora apenas as dimensões pessoal (que inclui significado de vida) e comunitária (que inclui conexão com os outros e com os valores),tenha apresentado significância.

Podemos observar algumas limitações no nosso estudo. A análise transversal da relação entre felicidade e espiritualidade limita o entendimento das relações causais entre as variáveis. A contribuição das variáveis estudadas no modelo de regressão, incluindo espiritualidade, explica por volta de 20% da variância dos níveis de felicidade, o que mostra que existe uma diversidade de fatores potencialmente envolvidos e que não foram incluídos no modelo.

Apesar das limitações apresentadas, esse é um estudo pioneiro no Brasil e um dos raros no mundo a investigar as relações entre felicidade, espiritualidade e sintomas depressivos em crianças e adolescentes através de dados auto-relatados. Os dados reportados pelas crianças e adolescentes apontam para o desenvolvimento da espiritualidade em franco processo, de acordo com os estudos de Benson and Roehlkepartain. Todos os participantes da pesquisa eram capazes de pensar e expressar-se sobre sua relação com a espiritualidade (Benson and Roehlkepartain 2008).

De acordo com Cloninger a auto-transcendência é uma dimensão da personalidade que se refere a uma consciência de ser parte de um todo no qual estamos interconectados, pessoas, coisas, animais.Contudo, é necessário considerarmos o processo de desenvolvimento do pensamento e da capacidade para abstrair em que essa população se encontra, o qual cresce com a idade. Como consequência, os aspectos relacionados à auto-transcendência estão ainda mais centrados nas experiências concretas, como auto-imagem, relação com os outros e

na estruturação de valores éticos, os quais possuem maior influência na felicidade das crianças e adolescentes (Cloninger & Zohar 2011; Moreira-Almeida et al. 2015).

O estudo do desenvolvimento psicológico, bem como a psiquiatria infanto-juvenil deve se debruçar sobre como integrar o desenvolvimento espiritual em programas, práticas e políticas de saúde a fim de promover um impacto positivo na saúde e desenvolvimento de crianças e adolescentes. Nesse sentido o impacto da espiritualidade no bem-estar subjetivo e na felicidade é algo que merece atenção, independente das associações entre essas variáveis serem positivas e negativas.

## 10. REFERÊNCIAS

- Abdel-Khalel, Ahmed M. Measuring Happiness With a Single-Item Scale. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2006; 34(2):139-150.
- Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Zandavalli MCB, Zandavalli RB, Belli KC, Rocha NS, Fleck MP de A, Clausell N. Association between Spirituality and Adherence to Management in Outpatients with Heart Failure. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2016; (106):491 - 50.
- Aristóteles. *Ética à Nicômaco*. 1ª ed. Tradução do grego: Antonio de Castro Caeiro. São Paulo: Atlas; 2009. 280p.
- Axford, N, Jodrell D, Hobbs T. Objective or Subjective Well-Being? In: Ben-Arieh A, Casas F, Fronès I, Korbin, JE. *Handbook of Child Wellbeing*. New York: Springer; 2014. 2699-2738.
- Baumeister RF, Vohs KD, Aaker JL, Garbinsky EN. Some key differences between a happy life and a meaningful life. *The Journal of Positive Psychology*. 2013; 8(6): 505-516.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000; (25): 3186–3191. DOI10.1097/00007632-200012150-00014.
- Ben-Arieh A. Socioeconomic Correlates of Rates of Child Maltreatment in Small Communities. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2010; 80(1): 109–114.
- Benson PL, Roehlkepartain EC & Rude SP. Spiritual development in childhood and adolescence: Toward a field of inquiry. *Applied Developmental Science*. 2003;(7): 204–212.
- Benson PL, Roehlkepartain EC. Spiritual development: A missing priority in youth development. *New Dir Youth Dev*. 2008 Mar;2008(118):13–28.
- Benson PL, Scales PC, Syvertsen AK & Roehlkepartain EC. Is youth spiritual development a universal developmental process? An international exploration. *The Journal of Positive Psychology*. 2012;7(6): 453–470.
- Casas F, Fernández-Artamendi S, Montserrat C, Bravo A, Betran I, Valle Jorge F. del. El bienestar subjetivo en la adolescencia: estudio comparativo de dos Comunidades Autónomas en España. *Anal. Psicol*. 2013; 29(1):148-158.

- Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282013000100018&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100018&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281>
- CastelláSarriera J, Saforcada E, Tonon G, de La Vega LR, Mozobancyk S, Maria Bedin L. Bienestar Subjetivo de los Adolescentes: Um Estudio Comparativo entre Argentina y Brasil. *Psychosoc Interv*. 2012 Dec;21(3):273–80.
- Chaplin LN. Please May I Have a Bike? Better Yet, May I Have a Hug? An Examination of Children's and Adolescents' Happiness. *Journal of Happiness Studies*. 2009; (10):541–562
- Ciarrocchi JW, Deneke E. Hope, Optimism, Pessimism, and Spirituality as Predictors of Wellbeing Controlling for Personality. *Research in the Social Scientific Study of Religion*. 2005;(16):161-183.
- Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord*. 2011 Jan;128(1–2):24–32.
- Cotton S, Kudel I, Roberts YH, Pallerla H, Tsevat J, Succop P, Yi M. Spiritual Well-Being and Mental Health Outcomes in Adolescents With or Without Inflammatory Bowel Disease. *J Adolesc Health*. 2009 May; 44(5): 485–492.
- Cucchiaro G, Dalgalarondo P. Mental health and quality of life in pre- and early adolescents: a school-based study in two contrasting urban areas. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 2007; 29(3):213-221.
- Curcio CSS, Lucchetti G, Moreira-Almeida A. 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*. 2015;(54):435-448. doi:10.1007/s10943-013-9803-1.
- Damásio BF, Zanon C, Koller SH. Validation and Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Subjective Happiness Scale. *Universitas Psychologica*. 2014;13(1):17-24.
- Decety J et al. The Negative Association between Religiousness and Children's Altruism across the World. *Current Biology*. 2015; 25(22): 2951-2955.
- Delle Fave A, Brdar I, Freire T, et al. The Eudaimonic and Hedonic Components of Happiness: Qualitative and Quantitative Findings. *Social Indicators Research*. 2011; (100): 185. doi:10.1007/s11205-010-9632-5
- Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. 2000; (55): 34-43.

- Diener E, Oishi S, Lucas RE. Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Ed.), *Handbook of Positive Psychology*. Oxford and New York : Oxford University Press, 2002.
- Diener E & Lucas RE. Adults' desires for children's emotions across 48 countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2004; (35); 525-547.
- Diener E, Lucas RE, Scollon, CP. Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*. 2006; 61(4): 305-314.
- Elhai N, Carmel S, O'Rourke N, Bachner YG. Translation and validation of the Hebrew version of the SHALOM Spiritual questionnaire. *Aging & Mental Health*. 2016;1-7. DOI: 10.1080/13607863.2016.1222350
- Fisher J. Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM. *Religions*. 2010;(1): 105-121.
- Fisher J. You Can't Beat Relating with God for Spiritual Well-Being: Comparing a Generic Version with the Original Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM. *Religions*. 2013;(4): 325–335.
- Fleck MP, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*. 2003; 37(4): 446-455. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034891020030004000](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034891020030004000) <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000400009>.
- Fowler JH, Christakis NA. Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *BMJ*. 2008;337:a2338 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.a2338>
- Frederickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11, 2001. *Journal of Personality and Social*. 2003;(84): 365-376.
- Froh, JJ. The history of positive psychology: truth be told. *NYS Psychologist*. 2004, 18-20.
- Garcia DL, Sansonowicz TK, Nuernberg GL, Almeida, MP, Rocha, NS. Spirituality in psychiatric consultation: health benefits and ethical aspects. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2013; (35): 335-336 doi:10.1590/1516-4446-2012-0849

- Gomez R & Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2003; 35(8): 1975–1991.
- Gomez R & Fisher JW. The spiritual well-being questionnaire: testing for model applicability, measurement and structural equivalencies, and latent mean differences across gender. *Personality and Individual Differences*. 2005;(39): 1383-1393.
- Goodloe R & Arreola P. Spiritual health: out of the closet. *Health Education*. 1992; 23(4): 221–226.
- Gouveia VV, Barbosa GA, Almeida HJF, Gaião AA. Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1995;(44):345-349.
- Holder MD, Coleman B & Wallace JM. Spirituality, religiousness, and happiness in children aged 8–12 years. *Journal of Happiness Studies*. 2010; (11);131–150.
- Holder M.D. Understanding the Construct of Positive Well-Being and Happiness. In: *Happiness in Children, Springer Briefs in Well-Being and Quality of Life Research*, 2012; pp.1-4 . DOI: 10.1007/978-94-007-4414-1\_1
- Hood-Morris LE. A spiritual well-being model: use with older women who experience depression. *Issues in Mental Health Nursing*. 1996;(17):439–455.
- Huebner ES, Drane JW, Valois RF. Levels and demographic correlates of adolescent life satisfaction reports. *School Psychology International*. 2000;(21): 281–292.
- Huebner ES. Initial development of the Students' Life Satisfaction Scale. *School Psychology International*. 2001;(12); 231–240.
- Jeste DV, Palmer BW. A call for a new positive psychiatry of ageing. *The British Journal of Psychiatry*. Feb 2013; 202 (2) 81-83 DOI: 10.1192/bjp.bp.112.110643.
- Jeste DV, Palmer BW, Rettew DC, Boardman S. Positive psychiatry: its time has come. *J Clin Psychiatry*. 2015;Jun;76(6):675-83. doi: 10.4088/JCP.14nr09599.
- Kang PP, Romo LF. The role of religious involvement on depression, risky behavior, and academic performance among Korean American adolescents. *Journal of Adolescence*. 2011; (34): 767–778.



- Kapuscinski AN & Masters KS. The current status of measures of spirituality: A critical review of scale development. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2010;(2): 191-205.
- Kelley BS & Miller L. Life satisfaction and spirituality in adolescents. In R. L. Piedmont, Editor. *Research in the Social Scientific Study of Religion*. 2007, 18, 233-262. doi:10.1163/ej.9789004158511.i-301.91
- Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Religion, psychopathology, and substance use and abuse: a multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry*. 1997; 154(3):322-9.
- Koenig HG & Larson DB. Religion and mental health: Evidence for an association. *International Review of Psychiatry*. 2001;(13):67-78. doi: 10.1080/09540260124661
- Koenig H, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2012.
- Koss SE, Holder M.D. Toward a Global Understanding of Spirituality and Religiosity: Definitions, Assessments, and Benefits. In: Roberts, EC, editor. *Spirituality: Global Practices, Societal Attitudes and Effects on Health*. New York: Nova Publishers; 2015, p.203-230.
- Kovacs M. *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. Pittsburg, PA: University of Pittsburgh, School of Medicine, 1993.
- Leurent B, Nazareth I, Bellón-Saameño J, Geerlings M-I, Maaroos H, Saldivia S, Švab I, Torres-González F, Xavier M, King M. Spiritual and religious beliefs as risk factors for the onset of major depression: an international cohort study. *Psychological Medicine*. 2013; 43(10):2109-20 Available on CJO doi:10.1017/S0033291712003066.
- Lyubomirsky S & Lepper H. A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*. 1999;(46): 137-155.
- Lyubomirsky S, King L, & Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*. 2005; (131): 803-85.
- Lyubomirsky S, Sheldon KM, Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*. 2005; (9):111–131.

- Mabe PA, Josephson AM. Child and adolescent psychopathology: spiritual and religious perspectives. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics N Am.* 2004 Jan;13(1):111–125, vii–viii.
- Machado L et al. Happiness and health in psychiatry: what are their implications? *Archives of Clinical Psychiatry.* 2015; 42(4): 100-110. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000058>.
- Maselko, J, Gilman S & Buka S. Religious service attendance and spiritual well-being are differentially associated with risk of major depression. *Psychological Medicine.* 2009; 39(6): 1009-1017.
- Miller L, Barton YA. Spirituality and Positive Psychology Go Hand in Hand: An Investigation of Multiple Empirically Derived Profiles and Related Protective Benefits. *Journal of Religion and Health.* 2015; (54):829–843.
- Miller, Lisa et. al. (2012) Religiosity and Major Depression in Adults at High Risk : A Ten-Year Prospective Study. *American Journal of Psychiatry* 2012 ; 169 :89 – 94
- Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica.* 2010; 37(1): 12-15.
- Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira Psiquiatria.* 2014; (36):176-82. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255>.
- Moreira-Almeida A, Sharma A, Janse van Rensburg B, Verhagen PJ, Cook CH. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry.* 2016 Feb; 15(1): 87–88.
- Mosqueiro BP, Rocha N S, Fleck, MP de A. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders.* 2015; (179):128 - 133.
- National Interfaith Coalition on Aging. *Spiritual Well-Being: A Definition.* Athens: National Interfaith Coalition on Aging, 1975.
- Pargament KI. The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *The International Journal for the Psychology of Religion.* 1999;(9):3-16 doi:[10.1207/s15327582\\_ijpr0901\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327582_ijpr0901_2).

- Pargament KI, Lomax JW. Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry*. 2013; (12):26-32.
- Park N & Huebner ES. A cross-cultural study of the levels and correlates of life satisfaction among adolescents. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2005;(36): 444–456
- Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Rev. Saúde Pública*. 2011Feb;45(1):153-165.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00349102011000100018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349102011000100018&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100018>.
- Panzini RG, Rocha NS, Bandeira D, MPA F. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2007; (34):105 - 115.
- Pearce LD, Axinn WG. The impact of family religious life on the quality of mother-child relations. *American Sociological Review*. 1998; 63(6):810-28.40.
- Proctor, C.L., Linley, P.A. & Maltby, J. Youth Life Satisfaction: A Review of the Literature. *Journal of Happiness Studies*. 2009; (10): 583. doi:10.1007/s10902-008-9110-9.
- Rettew, D. Positive. *Child Positive Psychiatry*. In Jeste DV and Barton WP, Editors. *Positive Psychiatry: A Clinical Handbook*. Washington, DC: American Psychiatry Publishing; 2015. 285-304.
- Rocha NS, Fleck MPA. Evaluation of quality of life and importance given to Spirituality/religiousness/personal beliefs (SRPB) in adults with and without chronic health conditions. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2011(38):19 - 23.
- Rocha NS, Aguiar, R. Religião e Saúde Mental. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 1996; (18): 237 - 241.
- Scheepers P, Grotenhuis MT, Van Der Slik F. Education, religiosity and moral attitudes: explaining cross-national effect differences. *Sociology of Religion*. 2002;63(2):157-76
- Seligman ME, y Csikszentmihalyi, M. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*. 2000 Jan; 55(1): 5-14.
- Schultz D, Izard CE, Bear GA. Children's emotion processing: Relations to emotionality and aggression. *Development & Psychopathology*. 2004;(16): 371-387.

- Skevington, SM, Gillison FB. Assessing children's quality of life in health and social services: Meeting challenge and adding value. *Journal of Children's Services*. 2006; 1(2): 41–50.
- Tay L, Li M, Myers DG, Diener E. Religiosity and subjective well-being: An international perspective. In: Kim-Prieto C, Editor. *Religion and Spirituality Across Cultures*. Springer; 2014. v.9. p. 163-175.
- Tinkler L, Hicks S. *Measuring subjective well-being*. London: Office for National Statistics, 2011.
- Uusitalo-Malmivaara L. Happiness Decreases during Early Adolescence—A Study on 12- and 15-Year-Old Finnish Students. *Psychology*. 2014; (5): 541-555. doi: 10.4236/psych.2014.56064.
- Veenhoven R. Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventative health care. *Journal of Happiness Studies*, 2008; (9): 449–469.
- Veenhoven R. Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*. 2007;9(3):449-69.
- Whitesell NR, Harter S. Children's reports of conflict between simultaneous opposite-valence emotions. *Child Development*. 1989; (60):673–682.
- WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medicine*. 2006;62(6):1486-97. DOI:10.1016/j.socscimed.2005.08.001
- World Health Organization. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) - report on WHO Consultation. Geneva; 1998. (WHO/MSA/MHP/98.2, 2-23)
- Worthington EL, Hook JN, Davis DE, McDaniel MA. Religion and spirituality. *Journal of Clinical Psychology*. 2011;(67): 204–214. doi:10.1002/jclp.20760
- Young PD. Salience in religious commitment scale. In Hill, P. C., & Hood, R. W., Jr. (Eds.), *Measures of Religiosity*. Birmingham, AL: Religious Education Press, 1999; pp.214-217.
- Zimpel R, Mosqueiro BP, Rocha NS. Espiritualidade como mecanismo de coping em transtornos mentais. *Revista Debates em Psiquiatria*, 2015; (5): 28 - 30.



## 11. ANEXO I - Questionário Sóciodemográfico

Data do preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_

### 1. Identificação:

1.1. Nome: \_\_\_\_\_

1.2. Série: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

1.3. Nome do responsável \_\_\_\_\_

1.4. Endereço : \_\_\_\_\_

1.5. Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 1.6. Telefone para contato:

Celular \_\_\_\_\_ Convencional \_\_\_\_\_

### 1.7. Sexo:

1( ) masculino      1 ( ) feminino

1.8. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.9. Idade: \_\_\_\_\_

### 1.10. Cor ou Raça:

1( ) Branca

2( ) Preta

3( ) Parda

4( ) Amarela

5( ) Indígena

### 2. Com que frequência você geralmente vai a algum lugar para rezar (por exemplo: Igreja, Culto, Sinagoga, etc.)

1( ) Nunca

2( ) Uma ou duas vezes por ano

3( ) Uma vez por mês

4( ) Uma vez por semana

5( ) Mais de uma vez por semana

### 3. Com relação à sua religião/ crença/ doutrina, você se considera...

1 ( ) Católico      2( ) Protestante      3( ) Espírita      4( ) Judeu      5( ) Ateu

6 ( ) Muçulmano      7( ) Umbandista      8( ) Evangélico      9( ) Budista      10( ) Outro

11( ) Sem religião, mas espiritualizado

**4. Em termos de dinheiro, você acha que sua família é:**

- 1( ) Muito pobre
- 2( ) Pobre
- 3( ) Nem pobre, nem rica
- 4( ) Rica
- 5( ) Muito rica

**5. Seus pais são:**

- 1( ) solteiros    2( ) casados ou vivem juntos
- 3( ) separados ou divorciados       4( ) viúvos

**6. Em que seus pai/mãe trabalham? (ocupação):**

**Mãe:**

- 1( ) Profissão remunerada (paga)  
Qual? \_\_\_\_\_
- 2( ) Não trabalha
- 3( ) Dona de casa
- 4( ) Aposentada
- 5( ) Não trabalha porque é doente
- 6( ) Outro

**Pai:**

- 1( ) Profissão remunerada (paga)  
Qual? \_\_\_\_\_
- 2( ) Não trabalha
- 3( ) Dono-de-casa
- 4( ) Aposentado
- 5( ) Não trabalha porque é doente
- 6( ) Outro

**7. Marque com um "X" qual o grau de instrução do chefe da família:**

1Analfabeto/ até 3ª série Fundamental (não sabe ler ou escrever)	
2Até 4ª série Fundamental	
3Ensino Fundamental Completo	
4Ensino Médio Completo	
5Ensino Superior Completo (Faculdade)	
6Não sei	

**8. Dentre os itens abaixo, assinale com um "X" quantos existem no local onde você mora:**

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4+
Televisão em cores					

Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada Mensalista					
Máquina de Lavar					
Aparelho de DVD/Blue Ray					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

**9. Aproximadamente, qual a renda mensal (dinheiro) de sua família?**

- 1( ) 1 salário mínimo                      2( ) 2 à 3 salários mínimos  
3( ) até 5 salários mínimos                4( ) entre 5 e 10 salários mínimos  
5( ) mais de 10 salários mínimos        6( ) mais de 20 salários mínimos  
7( ) Não sei

**10. Você possui alguma doença crônica?**

- 1( ) Não                      2( ) Sim

Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. Você toma algum remédio todos os dias?**

- 1( ) Não                      2( ) Sim

Se sim, qual ou para que  
doença? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## 12. ANEXO II - Escala Subjetiva de Felicidade

### Instruções:

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

#### 1. Em geral me considero:

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>Uma pessoa</b>						<b>Uma pessoa</b>
<b>não muito feliz</b>						<b>feliz</b>

#### 2. Comparando com a maioria dos meus amigos, eu me considero:

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>Menos feliz</b>						<b>Mais feliz</b>

#### 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?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>Em absolutamente</b>						<b>Em muitos</b>
<b>nada</b>						<b>aspectos</b>

#### 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?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>Em muita</b>					<b>Em absolutamente</b>	
<b>coisa</b>					<b>nada</b>	

### 13. ANEXO III - Inventário de Depressão Infantil (CDI)

Por favor, responda aos itens assinalando com um "X" a opção que você julga ser a mais apropriada. Nenhuma opção é certa ou errada. Depende realmente de como você se sente, do que você realmente acha.

Veja o seguinte exemplo:

- 00 -  Eu sempre vou ao cinema  
 Eu vou ao cinema de vez em quando  
 Eu nunca vou ao cinema

Se você vai muito ao cinema, deve marcar com um "X" a primeira alternativa. Se você vai ao cinema de vez em quando, deve marcar a segunda alternativa. Se for muito raro você ir ao cinema, marque a terceira alternativa. **Marque só uma alternativa em cada questão.**

**Seja sincero nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!**

- 01 -  Eu fico triste de vez em quando  
 Eu fico triste muitas vezes  
 Eu estou sempre triste
- 02 -  Para mim tudo se resolverá bem  
 Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim  
 Nada vai dar certo para mim
- 03 -  Eu faço bem a maioria das coisas  
 Eu faço errado a maioria das coisas  
 Eu faço tudo errado
- 04 -  Eu me divirto com muitas coisas  
 Eu me divirto com algumas coisas  
 Nada é divertido para mim
- 05 -  Eu sou mau (má) de vez em quando  
 Eu sou mau (má) algumas vezes  
 Eu sou sempre mau (má)

- 06 -  De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer  
 Eu temo que coisas ruins aconteçam comigo  
 Eu tenho certeza que coisas ruins vão acontecer comigo
- 07 -  Eu gosto de mim mesmo  
 Eu não gosto muito de mim  
 Eu me odeio
- 08 -  Normalmente, eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem  
 Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa  
 Tudo de ruim que acontece é por minha culpa
- 09 -  Eu não penso em me matar  
 Eu penso em me matar mas eu não faria isso  
 Eu quero me matar
- 10 -  Eu sinto vontade de chorar de vez em quando  
 Eu sinto vontade de chorar muitas vezes  
 Eu sinto vontade de chorar todos os dias
- 11 -  Eu me sinto preocupado de vez em quando  
 Eu me sinto preocupado muitas vezes  
 Eu sempre me sinto preocupado
- 12 -  Eu gosto de estar com pessoas  
 Muitas vezes eu não gosto de estar com pessoas  
 Eu não quero estar com pessoas de jeito nenhum
- 13 -  Eu tenho boa aparência  
 Minha aparência tem alguns aspectos negativos  
 Eu sou feio (feia)

- 14 -  Eu durmo bem à noite  
 Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites  
 Eu tenho dificuldade para dormir todas as noites
- 15 -  Eu me canso de vez em quando  
 Eu me sinto cansado muitos dias  
 Eu estou sempre cansado (cansada)
- 16 -  Eu não me sinto sozinho (sozinha)  
 Eu me sinto sozinho(a) muitas vezes  
 Eu me sinto sozinho(a) sempre
- 17 -  Eu me divirto na escola muitas vezes  
 Eu me divirto na escola de vez em quando  
 Eu nunca me divirto na escola
- 18 -  Sou tão bom quanto as outras crianças  
 Se eu quiser, posso ser tão bom quanto as outras crianças  
 Não posso ser tão bom quanto as outras crianças
- 19 -  Eu tenho certeza que sou amado(a) por alguém  
 Eu não tenho certeza se alguém me ama  
 Ninguém gosta de mim realmente
- 20 -  Eu sempre faço o que me mandam  
 Eu não faço o que me mandam algumas vezes  
 Eu nunca faço o que me mandam

#### **14. ANEXO IV - Medida Breve Multidimensional de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS) - domínios específicos**

##### **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- Sinto profunda paz interior ou harmonia.**

- 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- 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

**5- 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

**6- Sou espiritualmente tocado pela beleza da criação.**

- 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**

**7- Creio em um Deus que cuida de mim.**

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

**8 - Sinto uma grande responsabilidade em reduzir a dor e o sofrimento no mundo.**

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

**Preferência religiosa**

**9- Qual é sua religião no momento?**

\_\_\_\_\_

**10- Se Evangélico, qual a denominação religiosa?**

\_\_\_\_\_

**Auto-avaliação Global**

**11- Até que ponto você se considera uma pessoa religiosa?**

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

**12- Até que ponto você se considera uma pessoa espiritualizada?**

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

## 15. ANEXO V - Medida de orientação de vida e saúde espiritual (SHALOM)

A saúde espiritual pode ser entendida medindo o quão bem você se sente consigo e o quão bem você se relaciona com os aspectos do mundo que são importantes para você. Por favor, tenha em mente esses conceitos enquanto responde às seguintes perguntas.

Também, quando as pessoas creem que suas vidas são influenciadas por alguém maior ou algo além da natureza elas usam diferentes palavras (ex .:Buda, Deus, Poder Maior, etc.). Esse fenômeno pode ser descrito como a influência do Transcendente em suas vidas. Por favor, tenha em mente essa interpretação quando, nas perguntas abaixo, o termo Transcendente aparecer.

Por favor, responda a cada um dos seguintes itens **escolhendo a opção que representa o quão importante você acha que cada uma dessas áreas é para um ESTADO IDEAL DE SAÚDE ESPIRITUAL**.

	Muito pouco Importante	Pouco Importante	Moderadamente	Importante	Muito importante
1.Amor por outras pessoas	1	2	3	4	5
2.Relação pessoal com o Transcendente	1	2	3	4	5
3. Perdoar o próximo	1	2	3	4	5
4. Conexão com a natureza	1	2	3	4	5
5. Senso de identidade	1	2	3	4	5
6. Adorar o Transcendente	1	2	3	4	5
7. Admiração por uma bela paisagem	1	2	3	4	5
8.Confiança entre os indivíduos	1	2	3	4	5
9. Ter consciência de si	1	2	3	4	5
10. União com a natureza	1	2	3	4	5
11. União com o Transcendente	1	2	3	4	5
12. Harmonia com o ambiente	1	2	3	4	5
13. Paz com o transcendente	1	2	3	4	5
14. Alegria na vida	1	2	3	4	5
15. Vida de oração	1	2	3	4	5
16. Paz interior	1	2	3	4	5
17. Respeito para com os outros	1	2	3	4	5
18. Significado da vida	1	2	3	4	5
19. Bondade para com os outros	1	2	3	4	5
20. Um sentimento de mágica no ambiente	1	2	3	4	5



### Experiência pessoal espiritual

Por favor, responda à cada um dos seguintes itens selecionando a opção que indica o **quanto você sente que cada item reflete sua EXPERIÊNCIA PESSOAL na maior parte do tempo**. Cada resposta varia de: 1 = muito pouco, 2 = pouco, 3 = moderadamente, 4 = muito, 5 = muito alto(a).

	Muito pouco	Pouco	Moderadamente	Muito	Muito alto
1. Amor por outras pessoas	1	2	3	4	5
2. Relação pessoal com o Transcendente	1	2	3	4	5
3. Perdoar o próximo	1	2	3	4	5
4. Conexão com a natureza	1	2	3	4	5
5. Senso de identidade	1	2	3	4	5
6. Adorar o Transcendente	1	2	3	4	5
7. Admiração por uma bela paisagem	1	2	3	4	5
8. Confiança entre os indivíduos	1	2	3	4	5
9. Ter consciência de si	1	2	3	4	5
10. União com a natureza	1	2	3	4	5
11. União com o Transcendente	1	2	3	4	5
12. Harmonia com o ambiente	1	2	3	4	5
13. Paz com o transcendente	1	2	3	4	5
14. Alegria na vida	1	2	3	4	5
15. Vida de oração	1	2	3	4	5
16. Paz interior	1	2	3	4	5
17. Respeito para com os outros	1	2	3	4	5
18. Significado da vida	1	2	3	4	5
19. Bondade para com os outros	1	2	3	4	5
20. Um sentimento de mágica no ambiente	1	2	3	4	5

## 16. ANEXO VI - Termo de Assentimento

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa em parceria com a Universidade da Columbia Britânica do Canadá sobre Medidas de Valores Econômicos, Espiritualidade e Felicidade em crianças e adolescentes de 9-15 anos. Nesta pesquisa pretendemos avaliar as associações entre espiritualidade, valores econômicos e felicidade em crianças e adolescentes de 9-15 anos e comparar os resultados aqui do Brasil com os resultados da pesquisa no Canadá.

Essa pesquisa pretende auxiliar a responder questões sobre a influência dos bens materiais, da espiritualidade sobre a felicidade na vida das crianças e adolescentes. Esse conhecimento pode guiar o desenvolvimento de programas educacionais e de saúde que promovam felicidade e qualidade de vida para as crianças e adolescentes.

Para participar desta pesquisa você deverá responder a 9 (nove) questionários e escalas psicológicas que deverão durar cerca de 30 minutos. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sempre que precisar e estará livre para participar ou recusar-se.

A sua participação é voluntária e a se você não quiser participar, isso não lhe trará nenhum prejuízo. Sua identidade não será revelada em nenhum momento. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável. Esta pesquisa não apresenta nenhum risco conhecido para você. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias: uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

A pesquisadora responsável é a Prof<sup>a</sup> Neusa Sica da Rocha do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Caso queira contatar com nossa equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 51 3308-5624.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizada no 2º andar, sala 2227A, com horário de atendimento das 8h às 17h, de segunda à sexta, fone/fax: 51 3359-7640, o qual poderá ser contatado para eventuais esclarecimentos

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

## 17. ANEXO VII - Termo de Dissentimento Livre e Esclarecido

O seu(sua) filho(a) (ou menor pelo qual você é responsável) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa em parceria com a Universidade da Columbia Britânica do Canadá sobre: Medidas de Valores Econômicos, Espiritualidade e Felicidade em crianças e adolescentes de 9-15 anos. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. A colaboração de seu filho(a) ou do (menor) neste estudo será de muita importância para nós.

Esse formulário apenas deverá ser assinado em caso de você **NÃO** autorizar a participação de seu filho(a).

### 1. Objetivo deste estudo:

A finalidade deste estudo é avaliar as associações entre espiritualidade, valores econômicos e felicidade em crianças e adolescentes de 9-15 anos e comparar os resultados obtidos na amostra da população brasileira com os resultados obtidos na amostra pesquisada no Canadá.

### 2. Explicação dos Procedimentos:

Seu(sua) filho(a) terá que responder a 9 (nove) questionários e escalas psicológicas durante um tempo aproximado de 40 minutos.

### 3. Possíveis riscos e desconfortos:

O possível desconforto do presente estudo é o tempo gasto para responder aos questionários e escalas psicológicas que deverá ser de, aproximadamente, 40 minutos.

### 4. Possíveis benefícios deste estudo:

Não haverá benefício direto de seu filho com essa pesquisa, a qual pretende auxiliar a responder questões sobre a influência ou não dos bens materiais, da espiritualidade sobre a felicidade na vida das crianças e adolescentes. Esse conhecimento pode guiar o desenvolvimento de programas educacionais e de saúde que promovam felicidade e qualidade de vida para as crianças e adolescentes.

**5. Voluntariedade:** a participação no estudo é totalmente voluntária.

**6. Custeio:** Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

**7. Direito de Desistência:** seu filho(a) tem toda a liberdade de desistir de participar do presente estudo a qualquer momento.

**8. Privacidade:** os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes, sendo que todas as informações obtidas nesse estudo poderão ser publicadas com finalidade científica, com os resultados divulgados de maneira agrupada, sem a identificação dos indivíduos que participaram do estudo.

A pesquisadora responsável é a Prof<sup>a</sup> Neusa Sica da Rocha do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Caso queiram contatar com nossa equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 51 3308-5624.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizada no 2º andar, sala 2227A, com horário de atendimento das 8h às 17h, de segunda à sexta, fone/fax: 51 3359-7640, o qual poderá ser contatado para eventuais esclarecimentos.

Eu li e compreendi totalmente as informações fornecidas.

Sendo conhecedor disto, NÃO autorizo que meu filho(a) participe desse estudo.

Entendo que este formulário será preenchido e que receberei uma cópia.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Nome do aluno(a): \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

## 18. ANEXO VIII - Termo de Concordância para a Instituição/Escola

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo realizar um estudo transcultural entre Brasil e Canadá a respeito das relações existentes entre variáveis econômicas, como materialismo e consumismo, espiritualidade e bem-estar em crianças. Tal estudo prevê a participação de crianças e adolescentes, de ambos os sexos, com idades entre 9 e 15 anos. Para tanto, solicitamos autorização para realizar este estudo em sua instituição. A coleta de dados deverá envolver a aplicação de testes psicológicos aplicados coletivamente, durante o dia.

As crianças e adolescentes participantes do estudo serão claramente informadas de que sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo.

A qualquer momento, tanto os participante, quanto a instituição poderá solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este estudo. Todos os cuidados serão tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando a identidade dos participantes, bem como das instituições envolvidas. Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade dos pesquisadores responsáveis e após a elaboração do Relatório Final será lacrado e armazenado na coordenação do projeto que se situa na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dados individuais dos participantes coletados no processo de pesquisa não serão informados às instituições envolvidas ou aos familiares, mas haverá uma devolução dos resultados, de forma coletiva, para as instituições.

Através deste trabalho esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre o processo de desenvolvimento da criança, seus recursos internos e sua inserção na sociedade de consumo.

Agradecemos a colaboração dos participantes e das instituições envolvidas para a realização desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais. A pesquisadora responsável é a Prof<sup>a</sup> Neusa Sica da Rocha do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Caso queiram contatar com nossa equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 51 3308-5624.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizada no 2º andar, sala 2227A, com horário de atendimento das 8h às 17h, de segunda à sexta, fone/fax: 51 3359-7640, o qual poderá ser contatado para eventuais esclarecimentos.

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável pela Instituição Escola

## 19. ANEXO IX - Cópia do e-mail com a autorização do autor para a validação da SHALOM no Brasil

John Fisher <j.fisher@federation.edu.au> 08/09/2015

para mim

Dear Lucianne,  
Sorry for the delay in replying but members of my family have been very unwell.

I have attached an information sheet that I send to people asking to use SHALOM. You will find attached a paper related to previous use of SHALOM in Portuguese as well as the translation of items used in that study. I would appreciate your feedback on these.

Thank you for expressing an interest in SHALOM which I developed, half of which has been reported in *Personality and Individual Differences* as SWBQ:

Gomez, R & Fisher, J.W. (2005) The Spiritual Well-Being Questionnaire: Testing for model applicability, measurement and structural equivalencies, and latent mean differences across gender. *Personality and Individual Differences* 39(8): 1383-1393.

Gomez, R & Fisher, J.W. (2005) Item Response Theory analysis of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 38(5):1107-1121.

Gomez, R. & Fisher, J.W. (2003) Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences* 35(8): 1975-1991.

The SWBQ is half of an instrument called the Spiritual Health And Life-Orientation Measure (SHALOM) which asks for two responses from people for each of 20-items - 5 in each of four domains of spiritual well-being proposed in my model of swb reported:

Fisher, J.W. (1998) *Spiritual health: Its nature and place in the school curriculum*. PhD thesis, University of Melbourne. (<https://minerva-access.unimelb.edu.au/handle/11343/39206>)

Fisher, J.W. (1999) Helps to fostering students' spiritual health. *International Journal of Children's Spirituality*, 4(1), 29-49.

Fisher, J. (2011) The Four Domains Model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions*, 2: 17-28.

My model was used to develop an earlier SWBQ with Rev Professor Leslie J. Francis:  
Fisher, J.W., Francis, L.J. & Johnson, P. (2000) Assessing spiritual health via four domains of well-being: the SH4DI. *Pastoral Psychology*, 49(2), 133-145.

If you are interested in reading them and have any difficulty accessing these references, please let me know and I will send a copy.

**I have attached a copy of SHALOM3stu. The third column is completely optional. You can change the heading to suit your project, or you can delete it altogether.**

Some people just use the central column, which comprises the SWBQ reported in PAID. However, recent work that I have done shows that the double-response method (comparing lived experience with ideals) gives a better measure of quality of relationships in the four domains, thus swb, than the somewhat arbitrary lived experience scores on their own:  
Fisher, J.W. (2012) The importance of relating with God for spiritual well-being. E-book chapter from presentation at 2<sup>nd</sup> Global Conference on Spirituality, 21-24 March 2012, Prague. <http://www.inter-disciplinary.net/wp-content/uploads/2012/02/fishersppaper.pdf>

I like to gain the *ideal* (Life-Orientation Measure) as well as the reported *lived experience* (Spiritual Health Measure) as I believe it is important to compare each person with themselves to test the congruence/level of harmony, or spiritual well-being, in each of the four domains:

Personal swb - items 5, 9, 14, 16, 18

Communal swb - items 1, 3, 8, 17, 19

Environmental swb - items 4, 7, 10, 12, 20

Transcendental swb - items 2, 6, 11, 13, 15.

You can either use the mean value of the 5 items in each group, or the sum of the items. If you have any missing values, I have found that you can use the mean of four items per factor quite satisfactorily, which you cannot do with the summation method if you have missing values.

I have developed the notion of *spiritual dissonance* to reflect a significant difference between the *ideals* and *lived experience*. A difference in the mean values of greater than 1.00 (>1 SD) in two or more of the four domains has recently identified distinct groups of people who have very high ideals, which they do not live up to. As people's own lived experience has been shown to have a major impact on the help they think they provide to others in developing SWB, it is no surprise to find that these *spiritual dissonants* perceive themselves as providing less help than others in this area of well-being. These findings have implications for their own well-being and that of the workplace. For references, see:

Fisher, J.W. (2009) Investigating Australian education students' views about spiritual well-being as compared with teachers in schools. *International Journal of Children's Spirituality*, 14(2):151-167.

Fisher, J.W. (2008) Impacting teachers' and students' spiritual well-being. *Journal of Beliefs & Values*, 29(3):252-261.

Fisher, J.W. & Brumley, D.J. (2008) Nurses' and Carers' Spiritual Well-Being in the Workplace. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4):49-57.

Fisher, J.W. (2007) It's time to wake up and stem the decline in spiritual well-being in Victorian schools. *International Journal of Children's Spirituality*, 12(2):165-177.

Fisher, J.W. (2009) *Reaching the heart: Assessing and nurturing spiritual well-being via education*. EdD dissertation, University of Ballarat, Victoria, Australia. Available from <http://researchonline.federation.edu.au:8080/vital/access/HandleResolver/1959.17/42221>

Fisher, J.W. & Brumley, D. (2012) Palliative care doctors need help with spiritual well-being. *Journal for the Study of Spirituality*, 2(1): 49-60.

Fisher, J.W. (2012) Staff's and family members' spiritual well-being in relation to help for residents with dementia. *Journal of Nursing Education & Practice*, 2(4):1-9.

**The 'cost' for using my instrument SHALOM is to let me know how well it works with your cohort under investigation, so I can keep an eye on its usefulness.**

The third column can be added to gauge what help people expect from their church/ or group /or workplace in developing each of the areas of swb (SHALOM3). I have used this with nurses relating to patients' needs, with teachers and students relating to students' needs and with church attendees relating to their own needs.

What size group do you expect to study? I have used SHALOM with staff from the university and a manufacturing industry. It has also been used by DPsych students, Masters students in nursing and humanities, psychologists, educators and research students and with employees in a range of businesses. SHALOM has been translated into 24 different languages and has been or is being used in nearly 500 studies in Australia and overseas.

You might be interested in reading about the use of SHALOM in an open access journal:

Fisher, J. (2010) Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions*, 1: 105-121.

A review of instruments has called my SWBQ-SHALOM the most promising:



E.de J. Meezenbroek et al (2010) Measuring spirituality as a universal human experience: A review of spirituality questionnaires. *Journal of Religion and Health* doi 10.1007/s10943-010-9376-1, published online 20 July 2010.

Further recent work has focussed on spiritual dissonance and the importance of relating with God or other Transcendents for spiritual well-being:

Fisher, J.W. (2013) Assessing spiritual well-being: Relating with God explains greatest variance in spiritual well-being among Australian youth. *International Journal of Children's Spirituality*, 18(4):306-317.

Fisher, J.W. & Coskun, M.K. (2013) Investigating spiritual well-being among Divinity and Religious Education students in Turkey. *Religious Education Journal of Australia*, 29(2):21-28.

Fisher, J.W. (2013) Relating with God contributes to variance in happiness, over that from personality and age. *Religions*, 4(3):313-324.

Fisher, J.W. & Wong, P.H. (2013) Comparing levels of spiritual well-being and support among pre-service teachers in Hong Kong and Australia. *Religious Education Journal of Australia*, 29(1):34-40.

In light of minor criticism of SHALOM as being too God-oriented (mainly by academics of a non-religious persuasion, often atheists) (even though God is only mentioned three times in 20 items) I developed a generic version of SHALOM, in which the theistic words were replaced by the word 'Transcendent' with 19 choices provided for respondents, including one 'not an area in which I believe.'

Fisher, J.W. (2013) You can't beat relating with God for spiritual well-being: Comparing a generic version with the original spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions*, 4(3):325-335.

This project also shows that God contributes to variance in Personal and Communal spiritual well-being much better than any other religious or non-religious Transcendents.

Fisher, J.W. (2014) Comparing the influence of God and other Transcendents on spiritual well-being. *Religious Education Journal of Australia*, 30(2):9-15.

If this generic version of SHALOM (which provided acceptable psychometric properties – see *Religions* 2013 paper above) would be more appropriate for the people with whom you will work, please let me know and I will send a copy.

My third doctorate, which contains 18 papers on swb in educational, healthcare and general community settings. It is available free of charge from:

<http://researchonline.federation.edu.au://8080/vital/access/HandleResolver/1959.17/75052>

I look forward to hearing your response as to the suitability of SHALOM for your project.

Best wishes and shalom,

John

John W. Fisher MSc, MEd, PhD, EdD, PhD

Adjunct Associate Professor

Hon. Academic Adviser

Faculty of Education & Arts

Centre for Religious & Spirituality Education

Federation University Australia

Hong Kong Institute of Education

PO Box 663 Ballarat Vic 3353 Australia

e-mail [j.fisher@federation.edu.au](mailto:j.fisher@federation.edu.au)

Hon. Senior Fellow

Visiting Professor

Rural Health Academic Centre,

Institute of Health, Medical Sciences & Society

Faculty of Medicine

University of Glyndŵr

University of Melbourne

Wales, UK

e-mail [jwfisher@unimelb.edu.au](mailto:jwfisher@unimelb.edu.au)

mob [+61.438.395.915](tel:+61438395915)