BEM-ESTAR PESSOAL E *COPING* RELIGIOSO EM CRIANÇAS

Miriam Raquel Wachholz Strelhow

Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada como exigência
parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia
sob orientação do Prof. Dr. Jorge Castellá Sarriera

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Julho de 2013.

Dedico este trabalho

a Deus

e a minha família

por darem sentido a minha vida todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Jorge, por me oportunizar o trabalho de pesquisa junto ao Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária (GPPC), obrigada pela confiança, pelo estímulo e pelas reflexões.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS pelas possibilidades de aprendizado propiciadas e pelo apoio neste período do Mestrado.

Aos professores da banca, Giana Frizzo, Ferran Casas e José Roque Junges, pela disponibilidade e pelas contribuições que propiciaram o aprimoramento deste estudo, tanto na elaboração do projeto de dissertação como na finalização deste trabalho.

À Sociedade Internacional de Indicadores da Infância (ISCI) que coordena o Estudo Internacional de Bem-Estar Infantil (ISCWeB).

Ao CNPq pelo auxílio recebido durante todo esse período.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária pelo convívio e pela colaboração nesses dois anos de trabalho. Em especial à Fabiane Schütz pela preciosa colaboração e parceria; à Lívia Bedin pelas conversas e contribuições diárias; à Ângela Paradiso pelo incentivo constante; à Anelise, à Eveline, à Franciele, ao Daniel, ao James e ao Thiago, que estiveram presentes nesta caminhada e colaboraram no desenvolvimento da pesquisa.

Aos bolsistas de iniciação científica do GPPC que colaboraram para a aplicação e digitação dos dados da pesquisa.

A todas as escolas que colaboraram, e especialmente às crianças que participaram desta pesquisa, possibilitando sua realização.

À amiga Prof[a]. Sheila Câmara por ter possibilitado minha iniciação como pesquisadora na Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), e pelo incentivo e pela ajuda nesta trajetória.

A todos os amigos pelo apoio e pela torcida, seja de perto ou de longe.

Aos meus pais, Nilo e Vivian, pela presença, pelo apoio e incentivo desde sempre. E aos meus irmãos, Larissa e Natanael, e ao querido Ricardo por, mesmo que distantes, estarem sempre por perto.

Ao meu marido, Iderval, por estar sempre ao meu lado, em todos os momentos, pela compreensão e pelo cuidado constantes. Obrigada por sempre me encorajar e apoiar incondicionalmente.

A Deus pela minha vida, pelas oportunidades, pelo cuidado e pela força constantes.

"quando tu precisa de alguma coisa e não ta conseguindo";

"eu acho que dá mais segurança pra pessoa";

"a gente pode ta sufocada de tristeza, como por exemplo, meu vô morreu (...) tava no hospital (...) eu fiquei rezando todo dia porque eu gosto muito da pessoa e é um jeito de expressar o que eu sinto";

"acho que a religião deixa as pessoas mais otimistas".

Falas de crianças entre 08 e 10 anos, participantes de um grupo focal sobre espiritualidade realizado pelo GPPC em 2011.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E FIGURAS 08
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 09
RESUMO 10
ABSTRACT 11
APRESENTAÇÃO 12
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO 15
Bem-estar pessoal 15
Tradições no estudo do bem-estar pessoal na Psicologia Positiva 16
Bem-estar pessoal na infância 18
Componentes do bem-estar infantil 19
Outros aspectos relacionados ao bem-estar em crianças e adolescentes 21
Diferenças por sexo e idade no bem-estar infantil 22
Avaliação do bem-estar pessoal em crianças 24
Coping 26
Coping e resiliência 27
Coping religioso 28
Estratégias ou métodos de *coping* religioso 31
Estilos de *coping religioso* 33
Coping religioso em crianças 33
Coping religioso e bem-estar pessoal 35
Justificativa e apresentação dos objetivos da pesquisa 38
CAPÍTULO II: Estudo 1 – Tradução, adaptação e validação da Escala *Children's Religious Coping* 39
MÉTODO 39
Fase I: Tradução e adaptação da Escala *Children's Religious Coping* (CRC) 39
Estudo piloto 40
Fase II: Aplicação e validação da escala 42
Participantes 42
Instrumento 43
Procedimentos de coleta de dados 44
Análise de dados 44
Procedimentos éticos 45
RESULTADOS 45

Dados faltantes e respostas extremas 45
Análises Fatoriais – Escala de *Coping* Religioso para Crianças 46
Análise Fatorial Exploratória 47
Análise Fatorial da Dimensão de *Coping* Religioso Positivo da Escala CRC 50
Análise Fatorial da Dimensão de *Coping* Religioso Negativo da Escala CRC 51
Análise Fatorial Confirmatória 52
DISCUSSÃO 54
CAPÍTULO III: Estudo 2 – Bem-estar pessoal em crianças e suas relações com o *coping* religioso 58
MÉTODO 58
Participantes 58
Instrumentos 58
Procedimentos de coleta de dados 59
Análise de dados 59
Procedimentos éticos 59
RESULTADOS 60
Dados faltantes e respostas extremas 60
Bem-estar pessoal 61
Uso de estratégias de *coping* religioso 62
Situações de estresse sugeridas pelas crianças 65
Relação entre bem-estar e o uso de estratégias de *coping* religioso 67
DISCUSSÃO 68
Bem-estar pessoal 68
Uso de estratégias de *coping* religioso 72
Aspectos religiosos das crianças 76
Situações de estresse sugeridas pelas crianças 78
Relação do bem-estar com o uso de estratégias de *coping* religioso 79
CAPÍTULO IV: CONSIDERAÇÕES FINAIS 82
REFERÊNCIAS 86
ANEXO A. *Children's Religious Coping Scale* - CRC 95
ANEXO B. Escala CRC traduzida ao português 98
ANEXO C. Escala CRC traduzida e modificada 101
ANEXO D. Escala CRC adaptada 104
ANEXO E. Itens da Escala CRC adaptada com suas correspondentes estratégias de *coping* 107

ANEXO F. Termo de Concordância Institucional 109
ANEXO G. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 110
ANEXO H. Parecer do Comitê de Ética 111
ANEXO I. Tabelas de análise dos componentes principais da escala CRC por idade 113
ANEXO J. Questionário Geral 116
ANEXO K. Personal Wellbeing Index – School Children (PWI-SC) Versão A 118
ANEXO L. PWI-SC – Versão B 119

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Métodos ou estratégias de *coping* religioso espiritual. 32
Tabela 2. Características da amostra (N = 1612) 43
Tabela 3. Dados faltantes por item da Escala de *Coping* Religioso para Crianças 46
Tabela 4. Análise de componentes principais da escala CRC com rotação *direct oblimin*.....48
Tabela 5. Confiabilidade e variância explicada da Escala CRC por idade 49
Tabela 6. Análise dos componentes principais da Escala CRC para crianças de 8 a 9 anos...113
Tabela 7. Análise dos componentes principais da Escala CRC para crianças de 10 a 11 anos..... 114
Tabela 8. Análise dos componentes principais da Escala CRC para crianças de 12 a 13 anos.....115
Tabela 9. Análise dos componentes principais da dimensão *Coping* Religioso Positivo.....50
Tabela 10. Análise dos componentes principais da dimensão *Coping* Religioso Negativo.....51
Tabela 11. Índices de ajuste para os modelos de Análises Fatoriais Confirmatórias 53
Tabela 12. Dados faltantes no Índice de Bem-estar Pessoal (PWI) por versão do instrumento preenchida 60
Tabela 13. Médias de bem-estar pessoal 61
Tabela 14. Média de respostas para as estratégias de *coping* religioso positivas e negativas...63
Tabela 15. Frequência de respostas para as situações de estresse vivenciadas..... 65
Tabela 16. Frequências das situações de estresse descritas pelas crianças na opção de resposta "outra situação" 66
Tabela 17. Regressão linear múltipla (*stepwise*) entre bem-estar pessoal e as variáveis CRP e CRN, separadamente por Grupo 1 (baixa ou nenhuma prática religiosa) e Grupo 2 (média ou alta prática religiosa*)* 67
Tabela 18. Regressão linear múltipla (*stepwise*) entre bem-estar pessoal e fatores da Escala CRC, separadamente por Grupo 1 (baixa ou nenhuma prática religiosa) e Grupo 2 (média ou alta prática religiosa) 68
Figura 1. Modelo AFC final com seis fatores com pesos padronizados e covariâncias entre erros 54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRC – Escala de *Coping* Religioso para Crianças

CRP – *Coping* Religioso Positivo

CRN – *Coping* Religioso Negativo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISCI – Sociedade Internacional de Indicadores da Infância

GPPC – Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária

PWI–SC – Personal Wellbeing Index **-** School Children (Índice de Bem-estar Pessoal para Crianças)

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi investigar a relação entre o bem-estar pessoal e o uso de estratégias de *coping* religioso entre crianças. A investigação teve como base dois estudos realizados a partir de uma única coleta de dados. O primeiro estudo refere-se à tradução, adaptação e validação da escala *Children´s Religious Coping* (CRC) e foi dividido em duas fases: (1) tradução, adaptação e teste piloto (N = 74) e (2) Aplicação e Validação da Escala CRC. Participaram da pesquisa 1612 crianças entre 08 e 13 anos (*M* = 10,2; *DP* = 1,47), sendo 54,7% meninas, matriculadas em escolas públicas (54,6%) e particulares (45,4%) do Estado do Rio Grande do Sul. Foram realizadas Análises Fatoriais Exploratórias e Confirmatórias para verificar a estrutura fatorial da escala, além de análise da consistência interna. Os resultados indicaram uma composição da CRC com duas dimensões: *Coping* Religioso Positivo (CRP), formada por 19 itens em três fatores, e *Coping* Religioso Negativo (CRN), formada por 12 itens em três fatores. Os índices de consistência interna apresentaram bons níveis tanto para a escala geral (α = 0,90), como para as duas dimensões (α = 0,92 para CRP; e α = 0,81 para CRN). Pode-se afirmar que a escala apresentou bons indicadores de funcionamento para essa amostra, mostrando-se um instrumento promissor para futuras pesquisas. O segundo estudo teve como objetivo principal avaliar a relação entre o bem-estar pessoal e o uso de estratégias de *coping* religioso pelas crianças. Foram utilizados como instrumentos a escala CRC adaptada e o Índice de Bem-estar Pessoal para Crianças (PWI-SC). Através de análises descritivas foram avaliados o índice de bem-estar pessoal e a satisfação com diferentes domínios da vida. Também foram descritas a frequência do uso de estratégias de coping religioso, e as situações de estresse relatadas pelas crianças. ANOVAs indicaram que o índice de bem-estar é maior entre meninos, bem como entre as crianças menores. Em relação ao uso de estratégias de coping, foram encontradas diferenças significativas por idade no uso das estratégias de CRP, indicando que à medida que a idade aumenta, diminui o uso dessas estratégias. As análises de regressão múltipla identificaram a dimensão CRP, especificamente as estratégias relacionadas à crença no apoio e proteção de Deus, como preditor de maior bem-estar, e a dimensão CRN, especificamente as estratégias relacionadas à reavaliação do estressor como uma punição, como preditor de menor bem-estar. Conclui-se que as crianças fazem uso de diferentes estratégias de *coping* religioso ao lidarem com situações de estresse e que esse engajamento parece estar relacionado ao seu bem-estar pessoal.

Palavras-Chave: Bem-estar; *coping* religioso; infância.

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the relationship between the personal well-being and the use of religious coping strategies of children. The investigation was based upon two studies made from a single data collection. The first study concerns the translation, adaptation and validation of the Children's Religious Coping Scale (CRC) and it was divided in two phases: (1) Translation, Adaptation and Pilot Test (N = 74) and (2) Application and Validation of the CRC Scale. A number of 1612 children between 08 and 13 years old (M = 10.2, SD = 1.47), of which 54.7% girls, enrolled in public (54.6%) and private (45.4%) schools of the State of Rio Grande do Sul participated in the research. Exploratory and Confirmatory Factorial Analyses were performed to verify the scale's factor structure, besides the analysis of the internal consistency. Results indicated the CRC was composed by two dimensions: Positive Religious Coping (PRC), with 19 items in three factors, and Negative Religious Coping (NRC), consisting of 12 items in three factors. The internal consistency indices showed good levels both for the overall scale (α = .90), as well as for the two dimensions (α = .92 for PRC; and α = .81 for NRC). It can be stated that the scale showed good indicators of functioning for this sample, demonstrating that it can be a promising instrument for future research. The second study aimed mainly at evaluating the relationship between personal well-being and the use of religious coping strategies by children. The instruments used were the adapted CRC scale and the Personal Wellbeing Index - School Children (PWI-SC). Personal well-being and satisfaction with different life domains were evaluated through descriptive analyzes. The frequency of the use of religious coping strategies and stressful situations reported by children were also described. ANOVAs indicated that the well-being index is higher among boys and between younger children. Regarding the use of coping strategies, significant age differences were found in the use of the PRC strategies, indicating that as age increases, the use of these strategies decreases. The multiple regression analysis identified the PRC dimension, more specifically the strategies related to the belief in the support and protection of God, as a predictor of greater well-being, and the NRC dimension, more specifically the strategies related to the revaluation of the stressor as a punishment, as a predictor of lower well-being. Our conclusion is that children make use of different religious coping strategies to deal with stressful situations and that this engagement seems to be related to their personal well-being.

Keywords: Well-being; religious coping; childhood.

APRESENTAÇÃO

A perspectiva do desenvolvimento psicológico positivo visa conhecer as variáveis associadas ao crescimento saudável, às forças e virtudes humanas (Seligman, 2009). Dessa forma, o bem-estar na infância tem sido um tema de interesse apresentado em diferentes estudos internacionais, porém ainda pouco investigado no Brasil. O interesse pela avaliação do bem-estar infantil se justifica em consequência da necessidade de avaliar tanto indicadores sociais como construtos que integram o bem-estar, sendo igualmente relevante a realização dessa avaliação por parte das próprias crianças (Rees, Bradshaw, Goswami & Keung, 2010).

A delimitação pelo presente tema de estudo iniciou-se a partir do interesse do Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária (GPPC/UFRGS), do qual a pesquisadora faz parte, em investigar o bem-estar das crianças de forma mais ampla, para além dos aspectos individuais comumente investigados, a partir da inclusão de outras variáveis, dentre as quais a espiritualidade, como constituintes do bem-estar. Esse interesse levou à necessidade de se delimitar o conceito de espiritualidade na infância, para que se pudesse levar adiante a pesquisa.

Na literatura há muitas controvérsias sobre a delimitação desse termo, principalmente quanto a sua diferenciação da religião e da religiosidade. Pode-se dizer que há um consenso de que a religião refere-se aos aspectos de rito, instituição e ideologia de determinada crença religiosa (Ubani & Tirri, 2006), porém a distinção entre espiritualidade e religiosidade parece não tão nítida assim. Durante muito tempo os pesquisadores mantiveram seu foco no estudo das religiões. Porém, a partir dos escritos de Otto (2007) e Eliade (2001) passou-se a diferenciar o aspecto institucional e doutrinário da religião, do aspecto da experiência religiosa individual. E é justamente esse aspecto experiencial que caracteriza a religiosidade e a espiritualidade. Nota-se que a espiritualidade seria o contato com algo que transcende a si mesmo, e a religiosidade essa espiritualidade atravessada pela crença em um ser superior, Deus (Oliveira & Junges, 2012).

Marques (2009) faz uma revisão destes conceitos dentro da Psicologia e afirma que dentre os teóricos pioneiros nos estudos acerca desta temática (Wundt, James, Jung e Maslow), além de outros de significativa importância para a área (Frankl, Allport, Rogers e Freud), o foco prioritário se concentrava na experiência da espiritualidade, seja relacionada a religiões ou fora delas. Especificamente dentro da Psicologia Positiva que direciona o presente trabalho, o termo “espiritualidade” aparece relacionado a uma força pessoal. Neste

sentido, a espiritualidade, juntamente a outros aspectos como gratidão, esperança, bondade e amor, leva à transcendência (Peterson & Seligman, 2003). Segundo Seligman (2009), a transcendência é o que estabelece uma ligação com algo maior e mais durável, como outras pessoas, o futuro, o divino e o universo.

A fim de conhecer como as crianças entendem o conceito de espiritualidade, foi realizado um estudo prévio qualitativo com crianças de 8 a 10 anos, com o objetivo de investigar os significados por elas atribuídos à espiritualidade (Strelhow, Paradiso, Sebold, Bedin & Sarriera, 2011). As respostas informadas deram destaque a crenças, práticas religiosas e à utilização da religiosidade e da fé como recurso para enfrentar situações difíceis. Afirmações como "a religião deixa a gente mais forte", além de exemplos próprios de experiências com situações difíceis (como doença ou morte de familiares), direcionaram o foco do grupo para o uso de estratégias de *coping* religioso.

O estudo prévio qualitativo, em especial, despertou o interesse da pesquisadora pela investigação do uso das estratégias de *coping* religioso e suas relações com o bem-estar infantil, levando à inserção de tal temática à pesquisa maior realizada pelo GPPC sob coordenação do Professor Jorge Sarriera. A pesquisa do GPPC se propõe a investigar o bem-estar e aspectos psicossociais relacionados em crianças com idades entre 8 e 12 anos, em diferentes grupos populacionais do Rio Grande do Sul. Está vinculada ao Estudo Internacional de Bem-estar Infantil (ISCWeB), desenvolvido pela Sociedade Internacional de Indicadores da Infância (ISCI), com o objetivo de coletar dados sobre a vida das crianças, suas atividades diárias, uso do tempo e, sobretudo, sobre a própria percepção do seu bem-estar (http://www.childrensworlds.org).

Para possibilitar a investigação da relação entre o bem-estar e o uso de estratégias de *coping* religioso, foi necessário traduzir, adaptar e validar uma escala de *coping* religioso para crianças brasileiras. Dessa forma, o presente trabalho se divide em dois estudos: o primeiro refere-se à tradução, adaptação e validação da escala *Children´s Religious Coping* (Ezop, 2002), e o segundo a um estudo transversal quantitativo que tem como objetivo principal avaliar a relação entre o bem-estar pessoal e uso de estratégias de *coping* religioso pelas crianças.

Inicialmente serão apresentados aspectos conceituais do estudo, partindo-se da contextualização sobre o bem-estar pessoal, através de uma perspectiva conceitual, bem como relatos de estudos anteriores realizados acerca do assunto. Parte-se do entendimento do bem-estar a partir da Psicologia Positiva, e por isso, é feita uma introdução as duas perspectivas de estudo do bem-estar mais conhecidas: hedônica e eudemônica. Especial ênfase é dada ao bem-estar pessoal na infância.

Em seguida, busca-se uma compreensão acerca do conceito de *coping,* mais especificamente de *coping* religioso, e suas relações com o bem-estar pessoal já apontadas pela literatura científica. Após a introdução teórica, apresenta-se um capítulo para cada estudo realizado. Cada capítulo contém a metodologia utilizada, os resultados alcançados e a discussão referente a cada estudo. Por último, são descritas as considerações finais, englobando ambos os estudos. Espera-se com este trabalho contribuir para o desenvolvimento do conhecimento relativo ao construto de *coping* religioso na infância, bem como para a investigação acerca do bem-estar pessoal e sua relação com o uso de estratégias de *coping* religioso.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Bem-estar pessoal

Durante muito tempo os psicólogos permaneceram preocupados com aspectos relacionados ao "mal-estar" psicológico. O foco exclusivo na patologia resultou em um modelo de ser humano em que faltam os aspectos positivos que fazem "a vida valer a pena" (Seligman & Csikzentmihalyi, 2000). Essa perspectiva começou a ser mudada a partir dos anos 60, com o surgimento de estudos científicos que começaram a adotar o construto "qualidade de vida". Esse pode ser considerado o embrião para a formação da Psicologia Positiva (Navarro, 2011).

A Psicologia Positiva surgiu em 1998, com a iniciativa de três cientistas, Seligman, Csikszentmihalyi e Fowler, que contaram com o auxílio de George Vaillant e Ed Diener entre outros, interessados em desenvolver estudos que promovessem uma mudança no foco da Psicologia (Seligman, 2009). Pesquisas a partir da perspectiva Positiva pretendem compreender as virtudes e forças pessoais, e preocupam-se com fatores que podem atuar como protetores e preventivos, como criatividade, esperança, coragem, espiritualidade e felicidade (Paludo & Koller, 2007; Seligman & Csikzentmihalyi, 2000).

Paludo e Koller (2007) ressaltam que no Brasil, o movimento da Psicologia Positiva ainda é muito pequeno. Desde 2007 até o momento, novas publicações na área foram feitas, dentre as quais pode se destacar o artigo de Passareli e Silva (2007) que além de abordar os aspectos históricos da Psicologia Positiva, dá atenção especial ao estudo do bem-estar subjetivo.

Os pesquisadores do bem-estar subjetivo procuram reagir à ênfase dada apenas em estudos de estados negativos, tais como miséria, sofrimento e emoções negativas (Myers & Diener, 1995). Eles reconhecem que as pessoas aproximam-se de incentivos positivos e não só se afastam dos aspectos negativos, por isso estudam desde um pólo até o outro (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Estudos nesta direção têm uma grande preocupação prática com a melhora da qualidade de vida das pessoas. E sendo o bem-estar subjetivo um componente chave da qualidade de vida, sua avaliação é fundamental para o entendimento de como melhorar a vida das pessoas (Diener & Ryan, 2009).

Os antecedentes do estudo do bem-estar como este é entendido atualmente, referem-se às investigações dos componentes subjetivos ou psicossociais do conceito de qualidade de vida (Navarro, 2011). De acordo com Huebner (2004), há duas perspectivas principais de

estudo da qualidade de vida. A primeira refere-se a medidas objetivas, ou seja, que apresentam foco externo ao sujeito, em condições capazes de serem avaliadas quantitativamente como, por exemplo, níveis de renda e acesso a recursos. E a segunda é através de medidas subjetivas referentes a avaliações internas que o indivíduo faz de suas circunstâncias de vida, como a satisfação com diferentes aspectos da vida.

Dentro da psicologia positiva, o bem-estar tem sido um tema central de interesse, porém não há consenso na literatura quanto ao seu conceito. Os pesquisadores têm se utilizado de diferentes termos para se referir ao construto, como felicidade, satisfação, bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico (Navarro, 2011). Para esse estudo, irá se adotar o termo bem-estar pessoal, delimitado por Cummins e Lau (2005), porém ao fazer referência a outros estudos serão mantidos os termos utilizados por cada autor.

Casas (2010) afirma que no campo de estudos psicológicos e psicossociais do bem-estar pessoal vários autores têm apontado para a composição do bem-estar a partir de núcleos concêntricos. Nessa perspectiva, o bem-estar pessoal é composto por um núcleo "duro" ou fundamental, composto de três aspectos centrais: a satisfação global com a vida, a felicidade e a satisfação com as dimensões de vida, que apresentam correlações positivas, altas e significativas entre si. E um núcleo mais "periférico" composto por construtos como a autoestima, a percepção de controle e o apoio social percebido, que apresentam correlações positivas, porém de forma mediana ou baixa com os construtos do núcleo "duro".

Tradições no estudo do bem-estar pessoal na Psicologia Positiva

Há diferentes tradições no estudo do bem-estar pessoal, destacando-se na Psicologia Positiva as tradições hedônica e eudemônica (Navarro, 2011). A primeira tem como foco a felicidade, preocupando-se com a presença de afetos positivos e a ausência de afetos negativos. E a segunda tem como foco o viver bem e a realização dos potenciais humanos (Deci & Ryan, 2008).

De acordo com Navarro, a tradição hedônica se fortalece concomitante ao movimento dos indicadores sociais e se consolida com os trabalhos de Campbell, Converse e Rodgers (1976, citado por Navarro, 2011). O movimento dos indicadores sociais surgiu a partir da necessidade de se avaliar indicadores de aspectos mais subjetivos (psicológicos) relacionados a mudanças sociais. E, a partir deste movimento, especialistas passaram a conduzir levantamentos periódicos sobre qualidade de vida, consolidando-se o interesse pelo desenvolvimento de medidas positivas da vida (Navarro, 2011).

A tradição hedônica está relacionada com o estudo do bem-estar subjetivo (Casas, 2010). Como o termo "subjetivo" pode por vezes ser impreciso, autores como Casas adotaram

o termo “bem-estar psicológico” para se referir ao bem-estar a partir de uma perspectiva psicológica e psicossocial. Porém, Casas (2010) explica que o termo “psicológico” tem sido utilizado por autores ligados à tradição eudemônica do bem-estar, o que pode causar confusão em seu entendimento.

Bem-estar subjetivo é um termo utilizado para descrever o bem-estar das pessoas a partir de sua própria avaliação. Essa avaliação relaciona-se a julgamentos e sentimentos em relação à satisfação com a vida, interesses e engajamento, reações afetivas e com importantes domínios da vida, como trabalho, relacionamentos e saúde (Diener & Ryan, 2009). Frisa-se que a pessoa avalia sua vida a partir de seus próprios parâmetros, e não por parâmetros externos (Diener, 1984).

As teorias e modelos de estudo do bem-estar subjetivo têm se preocupado com os fatores pessoais, sócio-ambientais e culturais que levam ao bem-estar (Navarro, 2011). Essas teorias entendem o bem-estar formado a partir de três componentes: avaliação de satisfação com a vida, presença de afeto positivo e ausência de afeto negativo (Cummins & Cahill, 2000; Diener, 1984).

Em relação à satisfação com vida, Huebner (2004) afirma que os modelos para avaliá-la podem ser organizados da seguinte maneira: modelos unidimensionais (satisfação de vida global ou geral) e os modelos multidimensionais. Os modelos unidimensionais referem-se a uma pontuação única e total que pode representar diferentes níveis de satisfação com a vida, enquanto os modelos multidimensionais enfatizam a avaliação de satisfação com a vida global ou geral, através da derivação de satisfação em vários aspectos fundamentais da vida.

O estudo da satisfação com a vida globalmente é considerada um aspecto central para o estudo do bem-estar pessoal para muitos pesquisadores atuais, como Cummins (Navarro, 2011). Em relação aos âmbitos específicos da vida, Cummins e Cahil (2000) apontam que em geral concorda-se que o bem-estar pessoal engloba diferentes âmbitos, porém não existe um consenso em relação à quais são, exatamente, esses âmbitos e suas características.

Deci e Ryan (2008) afirmam que o bem-estar subjetivo tem sido colocado dentro da perspectiva hedonista por ser amplamente associado à idéia de felicidade. Porém os autores defendem que uma interpretação mais precisa do bem-estar hedonista, no entanto, deveria se referir apenas a afeto positivo e afeto negativo para a medida de felicidade, porque satisfação com a vida não é estritamente um conceito hedonista. Assim, Deci e Rayn acreditam que possa haver espaço para uma maior integração do bem-estar subjetivo a uma perspectiva mais eudemônica, embora haja diferenças importantes entre as duas perspectivas.

A tradição eudemônica do bem-estar relaciona-se ao estudo do viver a vida de uma maneira plena (Ryan, Huta & Deci, 2008). Autores que trabalham nesta perspectiva referem-

se ao bem-estar não como um resultado ou um estado final, mas sim como um processo em que cada pessoa busca viver bem, desenvolvendo seu potencial virtuoso (Deci & Ryan, 2008).

O debate entre essas duas tradições a cerca do bem-estar é assunto bastante atual (Navarro, 2011; Ryan & Deci, 2001). Embora haja diferenças entre o entendimento hedônico e eudemônico do bem-estar, estudos evidenciam que este pode ser entendido como um construto multidimensional que inclui aspectos de ambas as concepções (Deci & Ryan, 2008; Nave, Sherman & Funder, 2008).

Visto que adotar o termo bem-estar subjetivo ou bem-estar psicológico demonstra relação com a tradição hedônica ou eudemônica (Casas, 2010), optou-se neste estudo por referir-se ao bem-estar pessoal. Compreende-se este como a percepção de em que medida as pessoas se sentem bem ou não de forma geral, no decorrer do ciclo vital. Ou seja, não se refere a aspectos pontuais da vida, mas à vida como um todo. Esse bem-estar é influenciado tanto pela interação entre os aspectos internos do indivíduo, suas relações com as outras pessoas e com o contexto (Casas, 2010).

A maioria dos estudos sobre bem-estar tem sido realizada com adultos, poucos com adolescentes e menos ainda com crianças, especialmente no contexto latinoamericano. Da mesma forma podem-se considerar como recentes as iniciativas para adaptar os instrumentos de pesquisa do bem-estar às características evolutivas das crianças. O interesse pela avaliação do bem-estar infantil se justifica também em consequência da necessidade de avaliar tanto indicadores sociais, como construtos que integram o bem-estar, sendo igualmente relevante a realização dessa avaliação por parte das próprias crianças (Rees, Bradshaw, Goswami & Keung, 2010).

Bem-estar pessoal na infância

Da mesma forma que foi dito acerca da literatura em geral, especificamente em estudos com crianças e adolescentes, o bem-estar é um construto bastante utilizado, porém com uma definição ainda inconsistente. As diferentes definições dificultam a comparação de resultados entre os estudos. Além disso, não há consenso sobre o melhor método de avaliar o bem-estar (Pollard & Lee, 2003). Apesar da abordagem mais difundida ser a de múltiplas medidas como indicadores do bem-estar, alguns pesquisadores optam por avaliá-lo através de indicadores únicos (por exemplo, a satisfação com a vida em geral) (González, 2006).

Os estudos disponíveis dentro da temática com crianças e adolescentes são ainda limitados. González (2006) aponta duas explicações possíveis para essa limitação. A primeira refere-se à falta de interesse dos pesquisadores com o assunto e, a segunda, a maiores dificuldades no estudo do tema nessas faixas etárias. Outro apontamento importante feito por

Pollard e Lee (2003) indica que muitos estudos com crianças e adolescentes são realizados com populações que apresentam alguma dificuldade, deficiência ou doenças, e que é necessário aos pesquisadores enfatizar os pontos fortes e as habilidades para conhecer os elementos centrais do bem-estar infantil.

As pesquisas realizadas sobre bem-estar com crianças e adolescentes em geral têm apontado para medidas positivas (Casas, Sarriera, Alfaro, et al., 2012; Giacomoni, 2002; Poletto & Koller, 2011; Rees et al., 2010; Strelhow, Bueno & Câmara, 2010). Tem-se observado que geralmente as pessoas ao serem questionadas sobre a satisfação com aspectos de suas vidas, têm a tendência de responderem com uma maior porcentagem de satisfeitos do que insatisfeitos. Este efeito é chamado de "viés otimista da vida". Isso significa que as respostas a esse tipo de pergunta não se distribuem em uma curva estatística normal, pois a maior parte das pessoas responde acima do que seria o "ponto neutro". E este viés tem-se mostrado ainda maior em crianças (Casas & Bello, 2012).

Pretende-se aqui ressaltar alguns estudos realizados na área da Psicologia que auxiliam na compreensão do bem-estar pessoal na infância. Como o número de pesquisas realizadas apenas com crianças é reduzido especialmente no Brasil, também serão mencionados alguns estudos com adolescentes. Da mesma forma, serão citados estudos que avaliam aspectos relacionados pelos autores com o bem-estar, porém não necessariamente se referindo ao termo "bem-estar", mas a termos relacionados.

Componentes do bem-estar infantil

Os estudos têm procurado confirmar o modelo multidimensional acerca do bem-estar referente à satisfação com a vida, afetos positivos e negativos, bem como identificar quais os domínios deste modelo são mais relevantes para essa população (Giacomoni, 2002). Internacionalmente, destacam-se duas revisões sobre estudos acerca do bem-estar pessoal em crianças, já apontadas por Casas (2010): o estudo de Pollard e Lee (2003) e Huebner (2004). No primeiro deles, os autores realizaram uma revisão da literatura em inglês acerca do bem-estar, a partir de uma revisão anterior realizada por Toles et al (1993, citado por Pollard & Lee, 2003). Pollard e Lee (2003) investigaram as definições do bem-estar infantil, bem como examinaram os indicadores e os instrumentos utilizados pelos estudos. Os autores encontraram múltiplas definições para o bem-estar, e observaram que os estudos incluíam medidas positivas e negativas de avaliação, sendo que em muitos estudos foram utilizados instrumentos que avaliavam autoestima, depressão ou relações interpessoais.

A partir dos estudos revisados, Pollard e Lee (2003) apontam quatro perspectivas na avaliação do bem-estar infantil: a) Cognitiva, que inclui medidas como desempenho escolar,

satisfação com a escola, criatividade e memória; b) Econômica e física, que avalia os recursos familiares e aspectos relacionados à saúde física da criança; c) Psicológica, em que são avaliados construtos psicológicos como autoestima, propósito de vida, ansiedade e depressão; e d) Social, em que são avaliados aspectos como relações familiares e com pares, e recursos pessoais.

Huebner (2004) centra sua revisão no conceito de satisfação com a vida, afirmando que este é um conceito chave indicador de qualidade de vida. O autor foca sua revisão em alguns instrumentos utilizados para avaliar a satisfação na infância e na adolescência e nos resultados obtidos por estes instrumentos. Huebner afirma, a partir dos estudos revisados, que a satisfação de vida para esta população jovem está relacionada significativamente a diferentes variáveis psicossociais, tanto de maneira negativa indicando funcionamento mal adaptativo, como relações positivas indicando funcionamento adaptativo. Sobre as variáveis que se correlacionam com diferenças individuais de satisfação com a vida, o autor afirma estarem relacionadas ao funcionamento afetivo, cognitivo e comportamental das crianças e dos adolescentes. Por exemplo, os estudos trazem correlatos com temperamento, estilos de enfrentamento *(coping)*, atribuições cognitivas, bem como fatores intrapessoais (como por exemplo, uso de drogas e depressão) e interpessoais (como por exemplo, comportamento agressivo).

Giacomoni (2002) explorou o bem-estar subjetivo infantil e suas características entre crianças de cinco a doze anos de idade. Os resultados confirmaram a ideia de que o bem-estar é constituído por um componente afetivo (afetos) e um componente cognitivo (satisfação com a vida em geral, e com domínios específicos da vida). A partir das respostas das crianças, Giacomoni formulou um modelo de satisfação com a vida para crianças dentro da perspectiva do Modelo Multidimensional de Satisfação de Vida de Huebner (1994). Além dos domínios propostos por Huebner (1994) (família, amigos, escola, ambiente onde vive e *self*) a autora encontrou na amostra brasileira mais quatro domínios, relacionados à satisfação de necessidades básicas materiais, à satisfação de desejos, a um ambiente não violento e ao lazer.

De forma semelhante, uma iniciativa do *Children's Society's Programme of Research* na Inglaterra investigou os diferentes domínios da vida de crianças e adolescentes no país com o objetivo de elaborar um índice de bem-estar (Rees et al., 2010). Nesse estudo foram encontrados dez domínios que apareceram como importantes componentes do bem-estar de crianças e pessoas jovens: família, escolhas, saúde, uso do tempo, amigos, aparência, o futuro, dinheiro e posses, lar e escola. Além desses, os autores também ressaltam a importância de se atentar para a segurança e a área em que a criança vive.

Mais recentemente a UNICEF da Espanha divulgou os resultados da pesquisa sobre Qualidade de Vida e Bem-estar Subjetivo em crianças na Espanha (Casas & Bello, 2012). Esse estudo foi conduzido pela UNICEF do país juntamente com a Equipe de Pesquisa em Infância, Adolescência, Direitos da Infância e sua Qualidade de Vida (ERÍDIQV) da Universidade de Girona. A pesquisa foi realizada com aproximadamente 6.000 crianças (de 11 a 14 anos), com o objetivo de avaliar o nível de bem-estar e sua satisfação com diferentes âmbitos da vida, a partir das respostas das próprias crianças. Este relatório propôs um Índice Geral do Bem-estar Subjetivo das crianças, buscando um instrumento que avalie o bem-estar de forma mais sintética e robusta. O estudo apontou que o âmbito de vida que mais contribui para o bem-estar geral das crianças é a satisfação pessoal, e neste âmbito destacam-se a satisfação com as oportunidades que tem na vida, consigo mesmo, com sua autoconfiança e a forma como é ouvida. Além deste âmbito, também são destacados a satisfação material e a satisfação com a escola (Casas & Bello, 2012).

Esses últimos estudos empíricos referidos (Casas & Bello, 2012; Giacomoni, 2002; Rees et al., 2010) têm como característica comum a busca por identificar domínios importantes do bem-estar infantil e, a partir dos resultados encontrados, propor formas de medi-lo de maneira mais adequada. A seguir serão descritos outros estudos que investigam não domínios, mas sim características individuais ou outros construtos psicológicos relacionados ao bem-estar entre crianças e adolescentes.

Outros aspectos relacionados ao bem-estar pessoal em crianças e adolescentes

No Brasil, as pesquisas sobre o bem-estar entre crianças e adolescentes têm investigado diferentes aspectos associados a este. Sarriera, Abs, Casas e Bedin (2012) investigaram as implicações do interesse na mídia em relação ao apoio social e ao bem-estar pessoal. Os resultados não apontaram nenhuma relação relevante entre o interesse em tecnologias e bem-estar pessoal, porém foram encontradas correlações significativas entre o Índice de Bem-Estar Pessoal e itens de apoio social percebido em relação a amigos e família.

Bueno, Strelhow e Câmara (2010) investigaram a relação entre a participação de adolescentes brasileiros em grupos formais com as variáveis psicológicas propósito de vida, autoestima e satisfação com a vida. Os resultados apontaram que os três aspectos estudados, em interação, apresentaram-se positivamente relacionados à participação em grupos. Outro tema investigado em sua relação com o bem-estar é a família. Wagner, Ribeiro, Arteche e Bornholdt (1999) descreveram e analisaram o nível de bem-estar dos adolescentes e as possíveis associações existentes com sua configuração familiar. Os resultados mostraram que

tanto adolescentes de núcleos originais como reconstituídos possuem o mesmo nível de bem-estar.

Em estudo mais recente, Poletto e Koller (2011) investigaram o bem-estar subjetivo em crianças e adolescentes que vivem com suas famílias e crianças que vivem em instituições, com idades entre sete e 16 anos. Em seus resultados encontraram que as crianças institucionalizadas experienciam mais afeto negativo do que aquelas que vivem com a família, porém os grupos de crianças não se diferenciaram em relação ao nível de satisfação de vida e de afeto positivo.

Referente à relação entre o uso de estratégias de *coping* e o bem-estar, Câmara e Sarriera (2003) avaliaram diferentes estratégias de *coping* em adolescentes e seu funcionamento como preditoras de níveis de bem-estar psicológico. Os autores encontraram duas dimensões principais: a falta de *coping* como preditor mais forte e explicativo de baixos níveis de bem-estar, e uma visão positiva da vida como preditora de bons níveis de bem-estar. Especificamente em relação ao *coping* religioso, não foram encontrados estudos com crianças e/ou adolescentes no Brasil. Os estudos internacionais dentro desta temática serão explorados mais adiante.

Diferenças por sexo e idade no bem-estar infantil

Os estudos que avaliam o bem-estar têm se preocupado em investigar e comparar os índices entre meninos e meninas, bem como em possíveis diferenças em relação à idade. Apesar de esse ser um tema recorrente de pesquisa, não é possível dizer que haja um padrão ou um consenso entre os resultados. Huebner (2004) afirma que de forma geral estudos na área não apontam para diferenças robustas em relação à idade e ao sexo. Alguns estudos recentes corroboram essa afirmação, porém outros indicam a existência de diferenças significativas, especialmente em relação à idade.

Strelhow et al. (2010) avaliaram a diferença entre meninos e meninas adolescentes em relação à satisfação com a vida, percepção de saúde e de felicidade. Nos três aspectos os adolescentes apresentaram avaliações positivas com índices considerados altos. No que tange às diferenças entre os sexos, as autoras encontraram diferenças significativas apenas em relação à percepção de saúde, em que os meninos apresentaram melhores pontuações. Em relação à felicidade e à satisfação com a vida as diferenças encontradas não foram significativas.

Na pesquisa já citada realizada na Inglaterra (Rees et al, 2010), não foram encontradas diferenças significativas por sexo. Este resultado também é apontado por alguns estudos nacionais (Bueno et al., 2010; Poletto & Koller, 2011; Giacomoni, 2002) e em estudo

comparativo realizado com adolescentes do Brasil e da Argentina (Sarriera, Saforcada, et al., 2012). Porém, no estudo de Sarriera, Bedin, Abs, Rodrigues e Paradiso (2012) com 1588 escolares do Estado do Rio Grande do Sul, com idades entre 12 e 16 anos (M = 14,15; DP = 1,26), encontrou-se diferença significativa na percepção de bem-estar pessoal (t = 2,068; DF = 591,34; p = 0,039), com médias de 82,58 para os meninos e 80,85 para as meninas, em uma escala de 0 a 100. Nessa amostra, apenas aos 12 anos as médias das meninas mostraram-se superiores às médias dos meninos, invertendo-se para as demais idades.

Ao avaliarem afetos positivos e negativos, Poletto e Koller (2011) não encontraram diferenças significativas entre sexo e os afetos positivos. Porém, as meninas apresentaram significativamente maiores níveis de afetos negativos que os meninos. Para as autoras, a diferença se deu pelo fato das meninas expressarem mais seus sentimentos negativos.

Na literatura internacional, outros estudos apontam para a existência de diferenças significativas. Por exemplo, em estudo realizado na Austrália com adolescentes entre 12 e 20 anos, as participantes do sexo feminino reportaram maiores níveis de bem-estar geral e para os domínios específicos que os do sexo masculino (Tomyn & Cummins, 2011). Também na Alemanha, em estudo sobre satisfação com a vida realizado com 1.274 adolescentes com idades entre 11 e 16 anos, as meninas relataram índices significativamente mais baixos de satisfação com a vida em geral e relacionada à saúde (Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach & Henrich, 2007).

No estudo da UNICEF (Casas & Bello, 2012) com crianças espanholas observou-se que as diferenças por sexo foram significativas quando utilizados os instrumentos *Personal WellBeing Index* (Cummins, Eckersley, Pallant, Van Vugt, & Misajin, 2003), adaptado com oito itens, e o Índice Global de Satisfação por Âmbitos (IGSA), calculado no estudo a partir da soma de oito âmbitos da vida investigados. Nos dois índices as meninas apresentaram pontuações maiores. Entretanto, essa diferença não foi observada através do item único de Satisfação Global com a Vida, nem através da *Students' Life Satisfaction Scale* de Huebner (1991), nem do Índice Geral de Bem-estar Subjetivo proposto pelo relatório. A partir deste Índice Geral, os autores do estudo destacam que as diferenças por sexo são observadas mais em termos da satisfação com os diferentes âmbitos da vida, e entendem que os resultados indicam que tanto meninas como meninos têm uma tendência a apresentar níveis muito altos de satisfação global com a vida. Assim, as diferenças significativas encontradas por sexo em relação a âmbitos específicos acabam se compensando no índice global.

Em relação à idade, alguns estudos têm apontado para um decréscimo no bem-estar no sentido de que quanto mais velhas as crianças, menor o bem-estar. No levantamento de Rees et al (2010) as médias de satisfação com a vida (de um escore possível de 0 a 20) nas crianças

de oito anos foram de 15,3, enquanto para as de 15 anos foi de 13,2. Da mesma forma, a medida de felicidade, avaliada em uma escala de 0 a 10, caiu de 8,4 para 7,3 nestas respectivas idades. Estes autores afirmam que apesar da variação da idade não ser tão substancial, pois explica apenas 4% da variância no bem-estar, os números merecem atenção, especialmente ao se focar as crianças com baixas pontuações. Entre as crianças entre oito e nove anos, apenas 3% pontuaram como descontentes em suas vidas, e 4% com baixa satisfação, porém na faixa etária dos 14 aos 15 anos, essas porcentagens passam para 6% e 14% respectivamente.

Resultado semelhante foi encontrado por Goldbeck et al. (2007), González (2006), Casas et al. (2007), Sarriera, Saforcada, et. al (2012) e Casas, Sarriera, Abs, et al. (2012). Neste estudo realizado com adolescentes do Brasil, Chile e Espanha (Casas, Sarriera, Abs, et al., 2012), especificamente na amostra brasileira em relação ao item único de Satisfação com a Vida em geral, os escores diminuíram dos 12 aos 15 anos e se recuperaram ligeiramente aos 16 anos. Também no estudo realizado pela UNICEF (Casas & Bello, 2012) já citado, os resultados indicaram que o bem-estar e a satisfação com todos os âmbitos da vida diminuem progressivamente em relação à idade, sendo que os adolescentes de 13 e 14 anos (em uma amostra de 11 a 14 anos) apresentaram todos os indicadores utilizados no estudo, significativamente inferiores em relação aos demais participantes.

De qualquer forma, Casas (2010) pontua que a maioria das pesquisas indica que, aos 12 anos, o bem-estar pessoal está geralmente bem acima da média da população. De modo que o declínio subsequente com a idade não leva a atingir valores muito mais baixos que a média, muitas vezes permanecendo dentro dos parâmetros normativos para o entorno cultural da população estudada.

Avaliação do bem-estar pessoal em crianças

As crianças podem e devem ser as informantes principais na hora de avaliar seu bem-estar e o bem-estar geral da população, bem como ao se pensar nas políticas públicas, nos planos e programas que visam melhorar sua qualidade de vida (Casas & Bello, 2012). Porém, há entre as pesquisas na infância uma tendência em questionar apenas os pais ou responsáveis acerca de suas percepções em relação às satisfações e insatisfações das crianças. González (2006) afirma que além de preferirem relatos de adultos próximos à criança, os pesquisadores também preferem utilizar medidas objetivas como o desempenho escolar. Atualmente, parte dos pesquisadores tem se interessado em apreender os pontos de vista das próprias crianças acerca de uma variedade de temas.

Até a década de 90 esse interesse se restringia a testes de desempenho ou a investigações acerca da personalidade (Cruz, 2010). Nas duas últimas décadas houve um aumento substancial nas informações a cerca do bem-estar infantil, embora se saiba ainda pouco acerca do bem-estar relatado pelas próprias crianças (Rees et al, 2010). Ressalta-se que os estudos que vêm sendo feitos a partir das próprias crianças, com suas percepções, opiniões e avaliações têm revelado dados inesperados, que torna necessária a reflexão sobre estereótipos adultos e crenças que por vezes permeiam também os conhecimentos científicos e atitudes dos pesquisadores (Casas & Bello, 2012).

De acordo com Huebner (2004) as medidas de avaliação de satisfação com a vida desenvolvidas para uso com crianças e adolescentes são necessárias por considerarem as diferenças entre adultos e crianças, incluindo as diferenças relacionadas com o desenvolvimento intelectual, maturidade psicossocial, interesses, habilidade de leitura, e as circunstâncias da vida.

Apesar do número de pesquisas sobre bem-estar em crianças ser menor do que em adultos, atualmente uma das preocupações dos pesquisadores tem sido com os instrumentos de avaliação para o bem-estar infantil. Há vários instrumentos diferentes já testados cientificamente com crianças (Casas, 2010; Huebner, 2004). Em uma iniciativa recente de diferentes países incluindo o Brasil, Casas, Sarriera, Abs, et al. (2012) testaram alguns desses instrumentos conjuntamente em uma amostra de adolescentes. Os autores estabeleceram relações entre as diferentes medidas tanto de itens múltiplos – como o *Personal Wellbeing Index* (Cummins et al., 2003) e a *Satisfaction With Life Scale* (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) – como de itens únicos, por exemplo, o de Satisfação com a Vida em Geral.

No Brasil, Gouveia, Milfont, Fonseca e Coelho (2009) fizeram um estudo de validação da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS – Diener et al., 1985) para a população brasileira incluindo os adolescentes. Giacomoni e Hutz (2008) desenvolveram uma escala intitulada de Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças. A versão final da Escala contém 50 itens, distribuídos em seis fatores: *self, self* Comparado, Não-Violência, Família, Amizade e Escola. Mais recentemente, alguns estudos de avaliação do bem-estar pessoal foram realizados com adolescentes utilizando o *Personal Wellbeing Index* (PWI) de Cummins (Casas, Sarriera, Abs, et al., 2012; Sarriera, Abs, et al., 2012). Nessas pesquisas, foi possível concluir que o PWI apresentou bom funcionamento para adolescentes brasileiros.

Cummins criou o PWI, para avaliar a satisfação com a vida em diferentes aspectos. O instrumento foi construído a partir da teoria da homeostase (Cummins et al., 2003) que propõe analogamente que assim como o organismo procura manter sua homeostase em relação à temperatura corporal, o bem-estar também é mantido por uma série de fatores psicológicos.

De acordo com o autor ao responder o quão satisfeito está com a sua vida em geral, a pessoa reflete seu estado geral de bem-estar, que indica o nível do sistema homeostático. Para a manutenção da homeostase do bem-estar atuam diferentes fatores, tanto internos – como a auto-estima, o otimismo e o controle percebido – como externos – como o apoio social (Tomyn & Cummins, 2011).

Coping

As crianças precisam lidar com situações cotidianas, que por muitas vezes são causadoras de estresse, e demandam delas capacidade de enfrentamento. Estudos apontam que, em geral, essas situações que as crianças experienciam diariamente diferenciam-se das vivenciadas pelos adultos, referindo-se a conflitos com pares, com os pais e entre os pais, situações na escola, tarefas cotidianas (Raimundo & Marques Pinto, 2007; Ryan-Wenger, Sharrer & Campbell, 2005; Walker, Smith, Garber & Claar, 2007) e enfermidades (Benore, Pargament & Pendleton, 2008; Ezop, 2002; Pendleton, Cavalli, Pargament, & Nasr, 2002).

Sabe-se que diante dessas situações, o que faz diferença no funcionamento humano é a maneira como as pessoas lidam com o estresse (Lazarus & Folkman, 1987). Define-se como *coping* o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem às circunstâncias adversas ou estressantes (Antoniazzi, Dell'Áglio & Bandeira, 1998).

Alguns estudos brasileiros utilizam como tradução do termo *coping* a palavra "enfrentamento" (como Faria & Saidl, 2006). Porém, muitos autores optam por manter o termo em inglês, pois consideram que este expressa melhor a complexidade do termo, além de facilitar a busca por informações acerca do tema (Antoniazzi et al., 1998). Além disso, a tradução do termo pode levar a erros no entendimento do mesmo, pois muitas vezes as estratégias de *coping* podem estar relacionadas à fuga, evitação ou negação do problema e não ao enfrentamento propriamente dito (Panzini, 2004). Dessa forma, neste trabalho optou-se por manter o termo original em inglês.

Define-se *coping* como pensamentos e comportamentos utilizados pela pessoa para lidar com as demandas internas ou externas em situações avaliadas como estressantes (Folkman & Moskowitz, 2004). O uso de estratégias de *coping* traz resultados positivos para a saúde e o bem-estar (Lazarus & Folkman, 1987). O modelo mais utilizado para a compreensão do *coping* tem sido o modelo de Lazarus e Folkman. De acordo com este modelo, os sentimentos, pensamentos e ações das pessoas diante de uma situação de estresse, dependem da avaliação que elas fazem tanto da situação como de sua capacidade em lidar com a mesma. As estratégias utilizadas para dar conta das demandas podem buscar alterar o

estado emocional em relação ao estressor (focalizadas na emoção) ou o próprio estressor (focalizadas no problema) (Lazarus & Folkman, 1987).

O *coping* constitui-se em um moderador entre os eventos de vida negativos e o impacto destes eventos no bem-estar físico e psicológico do indivíduo (Blalock & Joiner, 2000). As estratégias de *coping* parecem ser efetivas na redução das dificuldades ambientais, bem como parecem contribuir para um melhor ajuste do indivíduo aos problemas. A forma como o individuo lida com essas dificuldades influencia diretamente seus níveis de saúde/bem-estar psicológico (Câmara & Sarriera, 2003).

A forma com que as pessoas lidam com as situações estressantes é um componente central nas teorias modernas de bem-estar subjetivo e alguns estudos têm demonstrado a correlação consistente entre algumas estratégias de *coping* e o bem-estar (Diener et al., 1999; Giacomoni, 2002). Por exemplo, o uso de estratégias de *coping* focadas no problema, a busca por um sentido positivo a eventos, reavaliação positiva e crenças e práticas espirituais foram relacionadas com estados positivos por Folkman (1997). Por isso, um interesse da psicologia do bem-estar deve ser compreender porque as pessoas usam certos métodos de *coping* e porque alguns métodos são mais efetivos que outros (Diener et al., 1999).

Coping e resiliência

O processo de *coping* é relacionado em alguns estudos ao conceito de resiliência, que tem sido utilizado nas ciências sociais e do comportamento como uma forma de explicar a capacidade de algumas pessoas para se adaptarem com êxito a circunstâncias de vida difíceis. Ser resiliente não significa ser invulnerável ou impermeável ao estresse, mas sim se refere à capacidade de lidar com as contingências e sair fortalecido delas (Omar, Paris, Delgado, Junior & Souza, 2011).

O conceito de *coping* apresenta algumas bases conceituais muito próximas e, até mesmo idênticas, às da resiliência. Neste sentido, Taboada, Legal e Machado (2006) afirmam que "sendo a resiliência o estudo das pessoas que se adaptam/superam as adversidades, e o '*coping'* o estudo das estratégias utilizadas pelas pessoas frente às adversidades, fica claro que ambos os conceitos estão intimamente correlacionados" (p.109). Porém os autores ressaltam que são poucos os estudos sobre resiliência que falam sobre *coping*, e quando o fazem, trazem-no à parte sem fazerem maiores correlações entre os dois construtos.

A resiliência assim como o *coping* é um processo relacionado a situações de estresse. Porém, enquanto no estudo do *coping* o foco é a maneira, a estratégia utilizada para lidar com a situação, no estudo da resiliência a atenção é voltada para o resultado da(s) estratégia(s)

utilizada(s), que seria uma adaptação bem sucedida da pessoa frente às adversidades (Taboada et al., 2006).

Omar et al. (2011) realizaram um estudo com o objetivo de desenvolver um modelo teórico, conceitual que pudesse contribuir para a explicação dos comportamentos resilientes em jovens e adolescentes, através de literatura teórica e empírica. Eles colocam o *coping* como uma variável importante na avaliação da resiliência e afirmam que os estudos que relacionam resiliência com *coping* indicam que as pessoas que saem fortalecidas de eventos cruciais são aquelas com maior estabilidade emocional, que vivem maiores níveis de afetos positivos e que tendem a utilizar estratégias de *coping* consideradas positivas (Omar et al, 2011).

Sobre essa relação em crianças Boekaerts (1996, citado em Dell'Áglio, 2003) afirma que diante de uma adversidade as crianças podem apresentar sintomas ou podem ser resilientes ao enfrentarem eventos de vida negativos, em função da qualidade de suas estratégias de *coping* e de características de personalidade. Grunspun (2002) ao citar as características da criança resiliente destaca a competência para resolver problemas, afirmando que a criança resiliente é capaz de pensar em alternativas para solucionar as adversidades, buscando uma adaptação. Refere ainda essa capacidade como um fator protetor contra fatores de risco. Também Antoniazzi et al., (1998) concluem que muitas crianças passam por adversidades em suas vidas. Alguns fatores podem contribuir para que essas crianças se adaptem melhor a essas situações, atuando como um fator protetivo, e um desses fatores é o *coping*.

Coping **religioso**

Muitas pessoas recorrem à religião em momentos de dificuldade (Pargament, Ano & Wachholtz, 2005). Koenig (2007) aponta altas porcentagens de envolvimento com práticas religiosas nos Estados Unidos e em diversos países, incluindo o Brasil. Pesquisa realizada pela Datafolha (2007) aponta que chega a 90% a taxa de brasileiros que declaram ir a igrejas, cultos ou serviços religiosos. O percentual de brasileiros que declaram ter o costume de rezar ou orar atinge 94%, sendo que 70% deles referem fazê-lo diariamente. Dados da Fundação Getúlio Vargas (Neri, 2011) apontam ainda que apenas 6,7% da população brasileira afirmam não possuir uma religião, enquanto 50% da população frequentam ativamente cultos religiosos de credos variados e 89% da população concordam que religião é importante.

O uso de estratégias relacionadas a uma religião no enfrentamento de situações de estresse é denominado *coping* religioso (Pargament, 1997). Diferentes áreas da psicologia referiram-se ao uso de estratégias de *coping* religioso, como a psicologia cognitivo-

comportamental, psicologia da religião, psicologia positiva e psicologia da saúde (Panzini & Bandeira, 2007). Estudos nessas áreas têm apontado relações entre o uso de estratégias de *coping* religioso e diferentes medidas de ajustamento (Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari & Pargament, 2001). Neste sentido, Yoffe (2012) afirma que no estudo do papel da religião e da espiritualidade diante de situações de vida negativas, estressantes e/ou traumáticas, a Psicologia Positiva e a Psicologia da Religião mostram-se áreas complementárias.

A religião tem se mostrado relacionada a diferentes necessidades humanas. A maior parte das religiões possui rituais que auxiliam as pessoas a enfrentarem as situações difíceis. Através da religião, uma situação de crise pode ser encarada como uma oportunidade de crescimento espiritual ou como um ato de amor de Deus, do qual podem tirar aprendizados valiosos (Pargament et al., 2005). Dessa forma, em uma situação de vida difícil a busca por um sentido através da religião pode ganhar maior destaque, seja porque a pessoa já tinha uma vivencia religiosa, ou porque a maioria das religiões propicia modos de compreender, interpretar e dar valor a essas situações (Pargament, 1997).

Observa-se que no estudo sobre *coping* com situações adversas, muitas vezes os termos religiosidade e espiritualidade são referidos juntos como uma dimensão importante no enfrentamento de situações difíceis, denominando-se de *coping* religioso/espiritual (Panzini & Bandeira, 2005; Pendleton et al., 2002). Visto que o instrumento utilizado refere-se à experiência da criança relacionada à sua fé religiosa, optou-se neste estudo por referir-se ao construto analisado apenas como *coping* religioso.

Pargament (1997), que é o estudioso que mais tem se dedicado ao estudo do *coping* religioso, propôs um modelo integrando a religião à teoria clássica do *coping* de Lazarus e Folkman. Mahnoey, Pendleton e Ihrkw (2006) resumem a teoria de Pargament afirmando que a) os eventos da vida podem ser interpretados em termos religiosos, b) a religião oferece às pessoas de todas as idades uma forma única religiosa para lidar com o estresse (o processo de *coping* religioso), e c) que a religião pode dar um significado sagrado aos destinos que as pessoas se esforçam para alcançar, por meio do processo de *coping*.

Inicialmente, indicadores globais de prática religiosa (como frequência de oração e participação em uma congregação) foram utilizados para avaliar *coping* religioso. Hoje se entende que não é suficiente saber se uma pessoa ora, vai à igreja ou assiste programas religiosos na televisão. Quando se avalia *coping* religioso deve-se especificar como a pessoa faz uso da religião para entender e lidar com os estressores (Pargament, Koenig, & Perez, 2000), ou seja, como a sua vivência religiosa, sua crença religiosa, auxilia ou não nesse processo.

Em um processo de *coping* religioso a pessoa utiliza suas crenças e comportamentos ligados à religião para prevenir, ou aliviar as conseqüências negativas de situações de vidas, bem como para facilitar a resolução de problemas (Pargament, 1997). As pessoas que possuem crenças e práticas relacionadas à sua fé religiosa encontram nesta valores e significados que são úteis para orientar sua vida, bem como para atribuir sentido às situações negativas com as quais precisa lidar (Koenig, 2012).

Por exemplo, Yoffe (2012) relata seu estudo sobre luto realizado com pessoas de credos monoteístas (católico, protestante metodista e judio) e do budismo tibetano. A autora identificou que apesar das diferenças entre os participantes de credos distintos, havia em comum o relato de quão significativo havia sido seu processo de busca de sentido diante do luto. Nesse, as crenças religiosas atuaram como fonte de alívio tanto por ajudá-los na atribuição de sentido à perda de seus entes queridos, bem como a outras situações negativas, estressantes ou traumáticas vivenciadas. Dessa forma as crenças e os valores religiosos foram apontados como recursos de *coping*, que propiciaram uma visão mais positiva do mundo e da vida, uma sensação de controle diante dos fatos negativos.

No Brasil, estudos sobre o uso de *coping* religioso foram realizados com diversas populações, como por exemplo, com pacientes renais crônicos (Valcanti, Chaves, Mesquita, Nogueira & Carvalho, 2012), pacientes com câncer (Fornazari & Ferreira, 2010; Gobatto & Araujo, 2010), dependentes químicos em recuperação (Vitt, 2009) e portadores de HIV/Aids (Faria & Seidl, 2006; Ferreira, Favoreto & Guimarães, 2012). A religião como estratégia de *coping* também é citada em resultados de pesquisas, mesmo quando este não é seu objetivo principal, por exemplo, em pesquisas que avaliam o *coping* em geral (Schmidt, Dell'Aglio & Bosa, 2007), ou que abordam o papel da religiosidade e da espiritualidade no trabalho psicológico clínico (Henning, 2009; Oliveira & Junges, 2012). Muitos estudos brasileiros têm utilizado como medida de avaliação do *coping* religioso a Escala de *Coping* Religioso Espiritual - CRE (Panzini & Bandeira, 2007).

Quando uma pessoa inicia um processo de *coping*, ela traz consigo experiências e recursos que estão diretamente relacionados com o modo como entende uma situação e lida com ela. Pargament (1997) chamou esse conjunto formado pelas dimensões das crenças, sentimentos, personalidade, social, práticas e relacionamentos da religião de sistema de orientação. Para Pargament et al. (2005) as estratégias de *coping* religioso fazem parte desse sistema. E o sistema de orientação, enquanto uma disposição geral influencia no tipo de estratégia de *coping* religioso usada em determinadas situações, por exemplo, através da orientação religiosa e o apego com Deus.

Estratégias ou métodos de *coping* religioso

O *coping* religioso é um processo complexo e multidimensional, que engloba aspectos cognitivos, emocionais, comportamentais, interpessoais e fisiológicos (Pargament et al., 2005). Suas funções confundem-se com os propósitos da religião, que de acordo com Pargament et al. (2000) podem ser relacionados em cinco pontos fundamentais: busca por sentido ou propósito; busca por controle das situações; busca por conforto; intimidade e integração social; e a transformação da vida. Essas funções são abarcadas por diferentes estratégias de *coping* – também chamadas de métodos (Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998), que podem ser ativas, passivas ou interativas, bem como referirem-se a abordagens com foco na emoção ou com o foco no problema (Pargament et al., 2000).

Pargament, Smith et al. (1998) apresentam diferentes métodos de *coping* religioso e afirmam que muitos desses métodos demonstram-se inter-relacionados. Por isso, estudiosos têm feito pesquisas tanto através do estudo de métodos particulares de *coping* religioso, como agrupando esses métodos em duas categorias: *coping* religioso positivo e *coping* religioso negativo (Panzini, 2004; Pargament et al., 2005).

Embora as estratégias de *coping* não sejam consideradas universalmente como boas ou ruins (Dell'Áglio, 2003), há evidências empíricas que sugerem que estratégias específicas de *coping* sejam mais propensas a estarem associadas com respostas positivas. Dessa forma os termos positivo e negativo são utilizados para descreverem os resultados que têm sido associados com estes tipos de estratégias (Smedema, Catalano & Ebener, 2010). Assim, os estudos que trabalham com essa definição das estratégias de *coping* em duas dimensões, em geral estão relacionados à avaliação dos resultados do *coping,* como indicadores de saúde e aspectos psicológicos positivos.

A partir desses resultados, o *coping* positivo abrange estratégias que proporcionam efeito benéfico ao praticante, envolvem uma expressão de espiritualidade, segurança no relacionamento com Deus, e conexão espiritual com outros. Já o *coping* religioso negativo envolve aqueles métodos relacionados a uma relação insegura com Deus, e tensão entre membros de uma comunidade religiosa, visão pessimista do mundo e desconforto espiritual. Estas estratégias em geral têm apresentado caráter não adaptativo, mostrando-se mais prejudiciais a quem as usa (Panzini & Bandeira, 2007; Pargament et al., 2005). Pargament, Zinnbauer et al. (1998) propuseram avaliar este aspecto, denominando-o de "sinais de perigo".

Panzini (2004) elaborou uma tabela (tabela 1) reunindo as estratégias/métodos de *coping* religioso descritas por Pargament, Smith et al. (1998) e Pargament, Tarakeshwar,

Ellison e Wulff (2001). Desta forma a autora descreve de forma breve e clara as principais estratégias de *coping* religioso, classificando-as como *coping* religioso positivo ou negativo.

Tabela 1. Métodos ou estratégias de *coping* religioso espiritual

Métodos Positivos	Descrição:
Reavaliação religiosa benevolente	Redefinir o estressor através da religião como benevolente e potencialmente benéfico.
Coping religioso colaboração	Tentar controlar e resolver problemas em parceria com Deus.
Foco religioso	Buscar alívio da situação estressante focando-se na religião.
Ajuda através da religião	Esforço para prover conforto e suporte espiritual a outros.
Apoio Espiritual	Procurar por conforto e segurança renovada através do amor e do cuidado de Deus.
Apoio de membros e/ou frequentadores da instituição religiosa	Procura por conforto e renovação da confiança através do amor e cuidado dos membros e frequentadores da instituição religiosa.
Perdão religioso	Buscar ajuda na religião para mudar os sentimentos de raiva, mágoa e medo associados a uma ofensa para a paz.
Conexão espiritual	Busca de conexão com forças transcendentais.
Métodos Negativos:	**Descrição:**
Reavaliação de Deus como punitivo	Redefinir o estressor como punição divina aos pecados individuais.
Reavaliação demoníaca ou malévola	Redefinir o estressor como fenômenos do mal ou atos do demônio.
Reavaliação dos poderes de Deus	Redefinir os poderes de Deus para influenciar a situação estressante.
Coping religioso delegação	Esperar passivamente que Deus resolva os problemas.
Descontentamento espiritual	Expressão de confusão e descontentamento com Deus.
Descontentamento religioso interpessoal	Expressão de confusão e descontentamento com membros e frequentadores da instituição religiosa.
Intervenção divina	Súplica por intervenção divina direta.

Nota. Adaptado de Pargament, Smith et al. (1998) e Pargament et al. (2001) por Panzini, 2004, *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*, p. 27.

Em geral, as pessoas utilizam com maior frequência as estratégias de *coping* religioso positivo, em relação às estratégias de *coping* religioso negativo. Porém, apenas as estratégias categorizadas como estratégias de *coping* positivas não contemplam todos os métodos utilizados. Além disso, esses dois padrões de métodos apresentam implicações distintas em relações a resultados para a saúde e o bem-estar das pessoas, por isso, ambas as dimensões devem ser estudadas (Pargament, Smith et al., 1998).

Estilos de *coping* religioso

Além do estudo das estratégias, há na literatura sobre *coping* religioso referências a estilos de *coping*. Os estilos de *coping* religioso referem-se a padrões de solução de problemas diante de situações adversas, através da religião, que são relativamente consistentes. Pargament et al. (1988) propuseram três estilos de *coping* religioso. Um dos estilos denomina-se de auto-direcionamento (*selfdirecting*), em que a responsabilidade na resolução do problema está no indivíduo. Considera-se o indivíduo mais ativo na resolução de seus problemas, assumindo-se a premissa de que Deus dá às pessoas liberdade e recursos para dirigirem as próprias vidas. No estilo de delegação (*deferring*), o indivíduo tem um papel passivo, aguardando que Deus solucione os problemas. E o terceiro estilo é o de colaboração (*collaborative*), em que a responsabilidade de resolução dos problemas é compartilhada entre o indivíduo e Deus, ou seja, o indivíduo trabalha em parceria com Deus.

Em 1997, Pargament propôs a possibilidade de outras abordagens religiosas em relação ao controle e à responsabilidade na solução de problemas, assim, identificou um quarto estilo de *coping* religioso: súplica (*pleading or petitionary*), que se refere à tentativa do individuo de influenciar a vontade de Deus mediante rogos e petições pela intervenção divina. Pendleton et al. (2002) explicam que uma criança que usa esse estilo faz apelos a Deus e espera ter alguma influência, mas não absoluta sobre o desfecho de seu pedido. Em geral, elas fazem suas petições a Deus através da oração. Mahoney et al. (2006) afirmam que através da súplica a criança busca o controle indiretamente através do milagre ou intercessão divina, diferenciando-se assim dos demais estilos.

***Coping* religioso em crianças**

A utilização do *coping* religioso e sua possível relação com aspectos psicológicos positivos foram investigadas no Brasil em populações adultas (Faria & Seid, 2006; Panzini, 2004; Valcanti et al., 2012). Apesar do desenvolvimento cognitivo das crianças diferir dos adultos, pode-se acreditar que elas também usem determinadas formas de *coping* religioso (Dupre, 2008; Mahoney et al., 2006). Isso foi verificado, por exemplo, no levantamento prévio com crianças de 8 a 10 anos sobre o tema "espiritualidade" já citado, realizado pelo GPPC (Strelhow et al., 2011). Porém há poucos estudos que abordam o *coping* religioso na infância, comparando com uma vasta literatura entre adultos (Pendleton et al., 2002) e os que foram feitos em geral são com amostras pequenas e utilizam medidas breves não padronizadas (Mahoney et al., 2006).

Assim como nas pesquisas com adultos, os estudiosos do tema na infância têm trabalhado com estratégias de *coping* positivas e negativas. Porém, enquanto o *coping*

positivo é referido com frequência pelas crianças, as estratégias de *coping* negativo têm sido pouco apontadas por elas (Benore et al., 2008; Ezop, 2002; Volkenant, 2011). No estudo de Volkenant (2011) os resultados apontaram que o *coping* religioso positivo foi o segundo mais utilizado pelas crianças dentre todos os investigados, e que estas utilizam o *coping* religioso negativo com menos frequência do que qualquer outra estratégia de *coping*, incluindo estratégias não relacionadas à religião (Volkenant, 2011).

Ezop (2002) investigou os tipos de *coping* religioso em crianças com asma. O uso das estratégias positivas correlacionou-se positivamente com a medida de religiosidade, o que não aconteceu com as estratégias negativas. Benore et al. (2008) avaliaram a relação entre estratégias de *coping* religioso positivo e negativo e ajustamento entre crianças e adolescentes hospitalizados devido à asma. Como resultados encontraram que o *coping* religioso explicou 50% da variância nas medidas de ajustamento, enquanto o uso de estratégias de *coping* negativo apareceu como preditor de pouco ajustamento à hospitalização. Nestes estudos, o uso de estratégias de *coping* religioso negativo ainda foi apontado como preditor de ansiedade (Benore et al., 2008), e relacionado negativamente ao ajustamento a problemas de saúde (Ezop, 2002).

Dubow, Pargament, Boxer e Tarakeshwar (2000) realizaram um estudo com 75 adolescentes judeus (M = 12,60, DP = 0,95) para investigar o quanto a identidade étnica atuava como uma fonte de estresse e como um recurso de *coping* diante dessas situações de estresse. Em relação ao uso das estratégias relacionadas à sua crença religiosa, os resultados indicaram que estes adolescentes faziam uso de *coping* religioso relacionado à busca de direção/suporte em Deus, busca de apoio cultural/social, e luta espiritual. Os autores referiram os dois primeiros tipos de estratégias como estratégias positivas e o terceiro como estratégia negativa de *coping* religioso, indicando um maior uso das estratégias positivas.

Além do baixo número de relatos de estratégias de *coping* negativo, Pendleton et al. (2002) identificaram mais dois aspectos do *coping* religioso em crianças que diferiram da literatura dos adultos: as crianças descreveram estratégias religiosas declarativas de *coping*, que referem-se a estratégias pelas quais a criança relata algo que vai acontecer e espera que Deus faça isso, automaticamente (por exemplo, se eu pedir para alguém ser melhor, Deus faz isso); e estratégias menos sofisticadas do que a dos adultos.

Mais um aspecto a ser considerado em relação às crianças, refere-se ao fato de maior dependência do seu contexto, especialmente dos adultos com os quais convive. Volkenant (2011) afirma que a forma como os pais dão suporte para o *coping* das crianças tem impacto nas estratégias de *coping* que elas usam para lidar com a situação. A literatura de *coping* em geral aponta que tanto o contexto social como as características desenvolvimentais da criança

afetam sua maneira de vivenciar e lidar com a situação de estresse (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001; Dell'Aglio, 2003; Lisboa et al., 2002). Assim, pesquisas têm demonstrado diferenças tanto em características como gênero (Lisboa et al., 2002) e idade (Dell'Aglio & Hutz, 2002) na utilização de estratégias de *coping* pelas crianças, como na importância do contexto (Compas et al., 2001; Pargament et al., 2005).

Muitos estudos que avaliam as estratégias de *coping* em crianças, sejam elas religiosas ou não, o fazem com crianças que convivem com doenças crônicas (Benore et al., 2008; Volkenant, 2011) ou em situação de maior vulnerabilidade (Dell'Aglio, 2003; Lisboa et al., 2002). Isso é compreensível, pois essas crianças passam por situações difíceis e estressantes, como a redução de suas atividades e necessidade de tratamentos e medicações diárias (Volkenant, 2011) ou episódios de violência (Lisboa et al, 2002). Porém, as crianças que não apresentam tais características, também enfrentam situações que julgam difíceis diariamente e precisam lidar com elas. Pensa-se neste estudo, que o conhecimento e a atenção ao uso de estratégias de *coping* em situações cotidianas (Ryan-Wenger et al., 2005), podem atuar positivamente para o bem-estar infantil.

Coping religioso e bem-estar pessoal

O uso de estratégias de *coping* religioso vem sendo associado com consequências para a saúde tanto física como mental em relação a diferentes situações críticas da vida (Folkman, 1997; Pargament, Smith et al., 1998). E o *coping* religioso demonstra adicionar variância única à predição de saúde e bem-estar, além dos efeitos de estratégias de *coping* não-religiosas (Pargament, 1997). Por isso, o *coping* religioso não pode ser "reduzido" a formas não religiosas de *coping,* no sentido de ser avaliado com um item ou poucos itens dentro de uma escala de *coping* não religioso (Panzini, 2004).

Alguns estudiosos vêem desenvolvendo métodos terapêuticos de avaliação em relação aos recursos de *coping* religioso e como trabalhar com eles (Pargament et al., 2005). Essa preocupação prática com as estratégias de *coping* religioso está relacionada com resultados de estudos que demonstram a relação entre efeitos positivos do *coping* religioso e outros aspectos da religiosidade com a saúde e o bem-estar.

Koenig (2012) faz uma ampla revisão sobre efeitos da religião e da espiritualidade sobre a saúde física e mental. O autor cita em seu livro que antes do ano 2000 ele e seus colegas encontraram cem estudos que relatavam as relações entre religiosidade e medidas do bem-estar, como satisfação com a vida, felicidade e afeto postivo, sendo que destes estudos, 80% indicaram uma relação positiva entre religiosidade e maior bem-estar. Koenig afirma que essa relação entre bem-estar e religião pode ser consequencia de diferentes caminhos:

promoção da esperança, do otimismo e da alegria, aumento do suporte social e senso de significado e propósito de vida. Ou seja, estão relacionados com as cinco funções ou propósitos da religião, e assim também do *coping* religioso, já mencionados (busca por sentido ou propósito; busca por controle das situações; busca por conforto; intimidade e integração social; e a transformação da vida) (Pargament et al., 2000).

Yoffe (2012) identificou em seu estudo qualitativo que a adesão aos valores e crenças religiosas produziu calma, harmonia, fé, esperança, otimismo e pensamentos positivos de paz, alegria e satisfação. Também a participação nos serviços religiosos e as demais práticas religiosas ajudaram a diminuir o mal-estar e o estresse.

Entretanto, embora muitos apontamentos são feitos entre as correlações positivas do bem-estar com o *coping* religioso, bem como com outros aspectos da religiosidade, Pargament et al. (2000) ressaltam que o *coping* religioso também pode ser ineficaz. Por isso é importante considerar formas potenciais de *coping* disfuncional que podem prejudicar o bem-estar. Por exemplo, Dubow et al. (2000) referem que o questionamento do poder de Deus e a avaliação do estressor como punitivo podem indicar que a pessoa está envolvida em um conflito espiritual, e isso pode prejudicar ao invés de auxiliar a lidar com o estressor.

Embora os diversos estudos realizados na área apontem para o uso menos frequente das estratégias de *coping* religioso negativo em relação às estratégias positivas, Pargament, Smith et al. (1998) indicam que elas também devem ser estudadas, pois têm apresentado implicações próprias relacionadas à saúde. Da mesma forma, Bjorck e Thurman (2007) sugerem que minimizar o *coping* religioso negativo é tão importante quanto maximizar o uso de estratégias de *coping* positivas.

Pargament, Smith et al. (1998) avaliaram o *coping* religioso em três amostras diferentes: moradores da cidade de Oklahoma que vivenciaram um bombardeio; estudantes universitários que vivenciavam algum tipo de estresse maior; e pacientes idosos hospitalizados com alguma doença grave. Nas três amostras, os autores encontraram maior uso de estratégias de *coping* religioso positivo, e este correlacionado com aspectos positivos de saúde e funcionamento psicológico, enquanto que o uso de estratégias de *coping* religioso negativo correlacionou-se com resultados negativos.

No levantamento quantitativo realizado por Larson e Larson (2003), os autores encontraram que às vezes os métodos de *coping* religioso fornecem a força para a pessoa perseverar diante de uma situação negativa e uma maior sensação de bem-estar. Eles afirmam que o *coping* religioso/espiritual pode melhorar a gestão da dor, melhorar os resultados cirúrgicos, proteger contra depressão, e reduzir o risco de abuso de drogas e suicídio. Por

outro lado, a angústia espiritual pode levar a resultados mais pobres de saúde e até mesmo colocar os pacientes em maior risco de mortalidade.

Faria e Seidl (2006) investigaram no Brasil a contribuição das estratégias de *coping* religioso para o bem-estar de pessoas com HIV/Aids e seus resultados indicaram que as estratégias de *coping* religioso positivo foram, assim como as estratégias de *coping* focadas no problema, preditoras de afeto positivo. No mesmo estudo, observou-se que as estratégias de *coping* religioso negativo em conjunto com estratégias focalizadas na emoção foram preditoras para afeto negativo.

Também Ferreira et al. (2012) ao fazer um estudo qualitativo com pessoas com HIV/Aids obtiveram dos participantes falas espontâneas (sem que os pesquisadores tivessem estimulado) referente a questões ligadas às suas relações com religião e espiritualidade. Os participantes relataram aspectos da sua religiosidade vinculados tanto as construções de significados da doença como destacaram as formas como suas crenças religiosas auxiliam no enfrentamento da doença.

Destaca-se também o estudo de Schottenbauer, Spernak e Hellstrom (2007), no qual os autores investigaram o uso de estratégias de *coping* religioso de pais e sua associação com medidas de bem-estar infantil dos filhos. Os autores encontraram que tanto comportamentos religiosos da família como o uso parental de estratégias de *coping* religioso estavam associados com medidas de bem-estar infantil. Além disso, essas duas variáveis foram responsáveis pela predição de várias medidas de bem-estar infantil além de dimensões não-religiosas. Muitas dessas associações foram na direção positiva, ou seja, comportamentos religiosos e o uso de estratégias de *coping* religioso associaram-se a maior bem-estar infantil.

A literatura aponta a necessidade de estudos sobre *coping* religioso que incluam múltiplos critérios de bem-estar, pois em geral os estudos dessa temática têm sido conduzidos por psicólogos da área da saúde mental. Considerar as implicações do *coping* religioso para outras dimensões permitiria expandir o conhecimento sobre *coping* religioso, bem como tornar o tema mais relevante para outras disciplinas tanto acadêmicas como aplicadas (Pargament et al. 2005).

Pargament et al. (2005) afirmam que há algumas variáveis moderadoras entre *coping* religioso e os resultados em determinada situação, como por exemplo, essas estratégias podem ser mais úteis para pessoas mais religiosas, bem como em situações em que as pessoas se deparam com as limitações humanas, quando os recursos pessoais e sociais se esgotam (uma situação de morte na família, por exemplo), e ainda há indícios de que os efeitos do *coping* religioso variem entre as diferentes religiões.

Justificativa e apresentação dos objetivos da pesquisa

A partir dos dados da revisão de literatura apresentados na introdução deste trabalho, pode-se afirmar a necessidade de estudos que promovam o desenvolvimento de novos conhecimentos acerca do bem-estar infantil, a partir de uma perspectiva positiva do desenvolvimento, incluindo o estudo de fatores relacionados ao bem-estar. Nesse sentido, o *coping* religioso tem sido apontado na literatura como um dos aspectos que contribuem para o bem-estar. A importância do estudo desse construto para a psicologia, especialmente no Brasil, onde pesquisas na área são escassas, já foi reconhecida (Faria & Seidl, 2005; Panzini & Bandeira, 2005; Panzini & Bandeira, 2007), entretanto não foram encontrados estudos nacionais que tenham investigado tal temática com crianças.

O presente estudo tem como objetivo investigar as relações entre o bem-estar pessoal e o uso de estratégias de *coping* religioso entre crianças de 8 a 12 anos. Para tanto, foi necessário primeiramente validar um instrumento de *coping* religioso para esta população. Foram realizados, portanto, dois estudos. O primeiro estudo tem como objetivo geral validar a escala *Children´s Religious Coping* (CRC) para crianças brasileiras, e como objetivos específicos: 1) Traduzir e adaptar a escala CRC para crianças brasileiras; e 2) Analisar as propriedades psicométricas e estruturantes da escala para crianças brasileiras. O segundo estudo, transversal quantitativo, tem como objetivo geral investigar as relações entre o bem-estar pessoal e o uso de estratégias de *coping* religioso entre crianças brasileiras de 8 a 12 anos, e como objetivos específicos: 1) Avaliar o bem-estar pessoal nas crianças; 2) Verificar as estratégias de *coping* religioso positivas e negativas utilizadas pelas crianças; 3) Identificar o papel das variáveis sexo e idade com relação ao bem-estar e às estratégias de c*oping* religioso; e 4) Avaliar diferenças na contribuição do uso de *coping* religioso para o bem-estar a partir da frequência de prática religiosa.

CAPÍTULO II

ESTUDO 1

Tradução, adaptação e validação da Escala *Children´s Religious Coping*

A Escala de *Coping* Religioso para Crianças (*Children's Religious Coping* - CRC) foi desenvolvida originalmente por Ezop (2002) a partir da escala RCOPE de *coping* religioso para adultos (RCOPE, Pargament et al., 2000) e do estudo qualitativo sobre as estratégias de *coping* religioso utilizada pelas crianças de Pedleton et al. (2002). A adaptação a partir da RCOPE permitiu a redução de sua complexidade para as crianças e a inclusão de estratégias utilizadas apenas por elas, que não estavam presentes na escala dos adultos (Benore et al., 2008).

A escala original foi criada para crianças com doenças crônicas com idades entre oito e 15 anos, sendo composta por 31 itens, com opções de respostas formuladas em escala *likert* de 0 (nunca) a 4 (sempre). O autor encontrou um modelo de dois fatores, assim como na escala RCOPE (Pargament et al., 2000), referentes a *Coping* Religioso Positivo e *Coping* Religioso Negativo.

Benore et al. (2008) acrescentaram alguns itens de estratégias de *coping* negativo adaptados da RCOPE com o objetivo de aumentar a variância desse fator. Utilizando a escala com 34 itens, os autores encontraram consistências internas adequadas para ambos os fatores ($\alpha = 0{,}93$ para *Coping* Positivo e 0,75 para *Coping* Negativo).

Os mesmos 34 itens foram adaptados e utilizados por Dupre (2008) em estudo com crianças em escolas regulares, com o objetivo de averiguar as estratégias de *coping* religioso utilizadas pelas crianças em situações diárias. A autora encontrou, assim como na escala original, o modelo de dois fatores (*Coping* Religioso Positivo, $\alpha = 0{,}95$ e *Coping* Religioso Negativo, $\alpha = 0{,}86$). Dupre indica que o teste-reteste de confiabilidade da escala foi considerado aceitável, com *Coping* Religioso Positivo ($r = 0{,}886$, $p < 0{,}001$) e *Coping* Religioso Negativo ($r = 0{,}595$, $p < 0{,}01$) e a validade de construto foi apoiada por correlações bivariadas com medidas de religiosidade global e *coping* não religioso. Para esta pesquisa foi traduzida e adaptada a versão de Dupre (2008) (Anexo A), visto ser mais adequada para os participantes.

MÉTODO

Fase I: Tradução e adaptação da Escala *Children's Religious Coping* (CRC)

Em uma primeira etapa, a escala foi traduzida para o português através dos seguintes passos: a) tradução para o português por dois tradutores independentes; b) uma síntese de

comparação das duas versões iniciais; c) revisão realizada por dois psicólogos com o objetivo de, através da comparação com a versão original, buscar a melhor equivalência semântica e conceitual de cada item; d) realização da *backtranslation* (tradução reversa) por outro tradutor bilíngue. A versão resultante da tradução reversa foi comparada com a escala original com o objetivo de se certificar que cada item manteve seu sentido original.

Em uma segunda etapa foi realizada a validação semântica, a partir da aplicação da escala traduzida ao português (Anexo B) a vinte e duas crianças (de oito a doze anos), selecionadas por conveniência. As crianças preencheram individualmente o instrumento, com o objetivo de se avaliar a compreensão dos participantes em relação aos itens da escala e possíveis dificuldades em relação aos mesmos. Foi pedido que apontassem para o pesquisador as dúvidas em relação à compreensão dos itens.

Durante esta etapa, as crianças apresentaram dificuldade em preencher a questão sobre um problema pelo qual haviam passado nas últimas semanas. Das 22 crianças, sete deixaram essa questão do questionário em branco. Observou-se que das crianças que preencheram, algumas precisaram da ajuda do pesquisador e algumas preencheram essa questão, após terem respondido aos itens de *coping*. Dessa forma, optou-se por diminuir a introdução da escala mantendo apenas à seguinte instrução:

"As frases abaixo representam alguns jeitos das pessoas lidarem com problemas ou situações que trazem dificuldades ou preocupações. Por exemplo, problemas na família, com amigos ou na escola. Em geral, quando você tem um problema, quantas vezes você pensa ou faz o seguinte?"

E ao final da escala, acrescentou-se a pergunta *"Quando você respondeu a essas questões, em qual problema você estava pensando?",* com o objetivo de verificar em quais situações ou problemas a criança utiliza as estratégias de *coping* religioso assinaladas. Assim, foram realizadas as alterações necessárias na escala de acordo com os apontamentos das crianças, e a versão resultante desse processo foi submetida, numa terceira etapa, a uma aplicação piloto.

Estudo piloto

Com o objetivo de testar a escala resultante das etapas anteriores foi realizada uma aplicação piloto. Participaram do estudo piloto 74 crianças, que aceitaram participar da pesquisa e foram autorizadas pelos seus responsáveis. As crianças eram estudantes do 3º ao 5º ano e da 6ª série, de uma escola do município de Canoas-RS (Brasil), com idades entre 07 e 13 anos (M = 9,7; DP = 1,3). Destas 54% eram meninas e 46% meninos. Os participantes

responderam a escala de *Coping* Religioso traduzida ao português e modificada (conforme Anexo C).

Com a nova disposição da escala de *coping* em relação à pergunta sobre em "qual problema estava pensando ao responder o instrumento", os participantes demonstraram maior facilidade em relação ao formato original. Porém, observou-se que, especialmente as crianças menores (3º ano), demoravam um maior tempo para responder à questão referente ao problema, por ainda estarem desenvolvendo a habilidade da escrita.

Das 74 crianças participantes, 48 apresentaram respostas referentes ao problema em que haviam pensado para responder aos itens de *coping*, sendo que destas, 14 responderam que estavam pensando "em todos os problemas" ou "em problemas ruins". Das demais crianças, 22 responderam "não sei" ou "nenhum" e quatro deixaram a questão em branco. Considerando a dificuldade em relação à escrita do problema, e com o objetivo de facilitar o preenchimento do questionário na aplicação com a amostra final, as respostas foram agrupadas em 08 categorias, transformadas em opções de respostas: briga, doença, morte, conseguir algo importante, errar, notas escolares, medo e dúvida. Assim, as crianças poderiam assinalar uma opção, ao invés de escrever uma resposta dissertativa. Para não limitar à resposta da criança aos itens descritos, acrescentou-se a opção "outras", para que a criança pudesse escrever outras situações, se assim o desejasse.

Como resultado da aplicação piloto, verificou-se que a Escala de *Coping* Religioso com 34 itens apresentou um bom nível de fidedignidade, com um alpha de Cronbach de 0,81, sendo para a dimensão de *coping* positivo (0,91) e *coping* negativo (0,67). Para decidir sobre a necessidade de se retirar itens da escala, realizou-se uma análise de correlação bivariada entre a média dos itens de *coping* religioso positivo (CRP) e todos os 34 itens da escala, e posteriormente o mesmo procedimento com a média dos itens de *coping* religioso negativo (CRN), conforme Panzini e Bandeira (2005). Verificou-se que dois itens não correlacionaram significativamente nem com a média do CRP nem com a média do CRN: *"Eu simplesmente deixo Deus cuidar de mim e não faço nada"* e *"Eu penso que as pessoas não rezaram/oraram por mim"*. Estes dois itens originalmente pertenciam à dimensão de CRN, e a decisão por sua exclusão foi confirmada pela análise de confiabilidade, visto que com a retirada dos dois itens, o alpha de Cronbach da dimensão CRN passou de 0,67 para 0,72. A versão final da escala ficou composta por 32 itens ($\alpha = 0,81$).

Após a etapa piloto, foram ainda inseridos ou modificados alguns termos religiosos específicos na escala para torná-la mais abrangente a diferentes denominações/crenças religiosas. Por exemplo, o item "*Eu leio a Bíblia*" foi modificado para "*Eu leio o livro sagrado da minha religião (por exemplo, a Bíblia)*", e acrescentou-se à instrução de

preenchimento da escala a seguinte sentença *"Ao ler as frases, entenda a palavra Deus segundo aquilo que você acredita*".

A versão final da escala com as modificações resultantes do estudo piloto (Anexo D), foi apresentada para seis crianças entre 8 e 12 anos, com objetivo de avaliar a compreensão especialmente em relação às alterações realizadas na questão de múltipla escolha da situação na qual a criança estava pensando ao responder o questionário, e nos termos acrescentados. As crianças não apresentaram dúvidas quanto à compreensão das questões. A partir das alterações realizadas, entendeu-se que os itens estavam abrangentes a diferentes crenças religiosas, e em uma linguagem compreensível às crianças da faixa etária alvo da pesquisa.

Fase II: Aplicação e validação da escala

Uma vez obtida a versão adaptada da Escala CRC, realizou-se a aplicação do instrumento com uma amostra mais ampla, com o objetivo de analisar as propriedades psicométricas e estruturantes da escala para as crianças participantes. A seguir são apresentados os participantes, instrumento e procedimentos desta etapa da pesquisa.

Participantes

A pesquisa foi realizada com um total de 1.701 crianças entre 08 e 13 anos. Embora o objetivo inicial fosse realizar o estudo com crianças de 08 a 12 anos, participaram também crianças de 13 anos, pois a aplicação aconteceu nas turmas em que as escolas indicaram como tendo a média de idade de 08 a 12 anos. Após a análise inicial dos dados (descrita na seção Resultados) a amostra final do estudo foi constituída por 1612 participantes com média de idade de 10,2 anos (*DP* = 1,47).

Essas crianças foram contatadas a partir de escolas públicas (54,6%) e particulares (45,4%) da Região Metropolitana de Porto Alegre (62,3%) e de cidades do interior: Santa Cruz do Sul (9,7%), Rio Grande (8,3%), Passo Fundo (14,3%) e Santa Maria (5,3%). Todos os participantes eram alunos do 3º ao 7º ano e da 7ª série. A maioria dos participantes se declarou católica (51,9%), e afirmou considerar sua fé como muito importante (55,3%), enquanto 27,6% consideraram como importante, 11,5% como um pouco importante e 5,6% nada importante. Em relação à prática religiosa, as respostas das crianças foram computadas em um único índice, a partir do qual foi possível identificar entre os participantes 45,4% com nenhuma ou baixa prática e 54,6% com média ou alta prática religiosa. As características dos participantes podem ser vistas na Tabela 2.

Tabela 2. Características da amostra (N = 1612)

Variável	Frequência (n)	Frequência (%)
Sexo		
Meninos	730	45,3
Meninas	882	54,7
Idade		
8 anos	319	19,8
9 anos	167	10,4
10 anos	412	25,6
11 anos	383	23,8
12 anos	256	15,9
13 anos	75	4,7
Ano escolar		
3º ano	452	28,0
4º ano	89	5,6
5º ano	515	31,9
6º ano e 5ª série*	289	17,9
7º ano e 6ª série*	223	13,8
7ª série	44	2,7
Religião Declarada		
Católica	836	51,9
Evangélica	250	15,5
Espírita	134	8,3
Protestante	66	4,1
Umbanda/Candomblé	56	3,5
Judaica	22	1,4
Testemunha de Jeová	20	1,2
Outras**	11	0,7
Não tenho	209	13,0
Não sei	60	3,7

*Turmas equivalentes

**Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos dias (08), Budista (2) e Muçulmana (1)

Instrumento

Escala de *Coping* Religioso para Crianças

Foi utilizada a versão adaptada ao português da Escala de *Coping* Religioso para Crianças (Anexo D) com 32 itens. No presente estudo os índices de consistência interna (alpha de Cronbach) apresentaram bons níveis tanto para a escala geral (0,90), como para as duas dimensões: 0,92 para CRP e 0,81 para CRN. O tipo de estratégia específica de *coping* religioso avaliado em cada item do instrumento pode ser visto no anexo E.

Procedimentos de coleta de dados

Os procedimentos para a coleta de dados ocorreram juntamente com a aplicação da pesquisa internacional de Bem-estar Infantil - ISCWeB, (http://www.childrensworlds.org), realizada no Rio Grande do Sul, Brasil, pelo Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária (GPPC). Por isso, inicialmente foram contatadas escolas que já haviam participado de uma pesquisa anterior sobre bem-estar na adolescência do GPPC. Em seguida, para se alcançar o número de participantes necessários, novas escolas foram contatadas por conveniência, levando-se em conta um equilíbrio entre escolas públicas e particulares em cada cidade participante. As escolas foram selecionadas de acordo com os critérios de oferecerem ensino fundamental e concordarem com a participação na pesquisa, assinando o Termo de Concordância Institucional (Anexo F). Foi solicitado às escolas que indicassem para participar da pesquisa as turmas de alunos com a média de idade de 08 a 12 anos. Somente responderam à pesquisa os alunos que aceitaram participar de forma voluntária e que retornaram assinado pelo responsável o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo G).

Na cidade de Porto Alegre e Região Metropolitana a pesquisa foi apresentada à direção de cada escola e, uma vez obtida à autorização institucional, combinou-se um horário de visita às turmas para apresentação da pesquisa e entrega dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, agendava-se um novo horário para a aplicação dos instrumentos. Nas cidades do interior do estado, a apresentação da pesquisa à direção das escolas foi realizada por telefone e correio eletrônico e, após a aprovação, uma primeira visita foi realizada para entrega dos Termos de Consentimento aos alunos, seguida de uma segunda visita para a aplicação do questionário.

Todas as aplicações foram realizadas nas salas de aula, em grupo, sob a condução de dois pesquisadores, com duração aproximada de 45 minutos. Para as turmas de 3º ano, em que estavam as crianças de 08 anos, um dos pesquisadores responsáveis pela aplicação leu as questões em voz alta com as crianças para facilitar a compreensão. Nas demais turmas o pesquisador deu as instruções iniciais e as crianças realizaram a leitura sozinhas.

Análise de dados

Foi realizada análise de validade semântica conforme descrito na Fase I do estudo, para se verificar a compreensão das crianças em relação aos itens da escala. Para responder ao segundo objetivo específico deste estudo, foi realizada Análise Fatorial Exploratória, por meio de Análise de Componentes Principais, rotação *direct oblimin*. Verificaram-se as cargas fatoriais dos itens e a variância explicada. A consistência interna da escala foi verificada através do Alpha de Cronbach. Considerando que a Análise Fatorial Confirmatória pode ser

utilizada subsequentemente para determinar o ajuste da solução final de uma Análise Fatorial Exploratória (Kline, 1991), também se realizou uma Análise Fatorial Confirmatória com o objetivo de se verificar o comportamento das variáveis a partir do modelo teórico estabelecido pela literatura.

Procedimentos éticos

Em todas as etapas da pesquisa foram respeitados os procedimentos éticos de acordo com os Critérios de Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Considerando os aspectos éticos e legais, foi desenvolvido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que as crianças e seus pais tomassem conhecimento, por escrito, dos objetivos da pesquisa. O termo foi entregue previamente às crianças, que o devolveram assinado por seus responsáveis no dia da aplicação manifestando a autorização para a participação. Somente participaram da pesquisa aquelas crianças que aceitaram participar e que entregaram o termo assinado por seus responsáveis. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (conforme Anexo H), e está registrado na Plataforma Brasil sob o número 00674612.6.0000.5334.

RESULTADOS

Dados faltantes e respostas extremas

Ao todo 1.701 crianças entre 8 e 13 anos preencheram a escala de *coping* religioso. Destes, 72 casos foram desconsiderados, por conterem mais de 20% de dados faltantes (*missing*) no preenchimento dos instrumentos. Dos 1629 participantes restantes, 17 apresentaram respostas extremas nos itens de *coping* religioso (todas as respostas marcadas como nunca, ou todas como quase sempre), por isso, optou-se por retirá-los das análises.

Foram realizadas análises descritivas dos itens da Escala de *Coping* Religioso dos 1612 participantes, que indicaram um baixo número de dados faltantes (conforme a tabela 3) o que permitiu a imputação por regressão desses valores. Observa-se que os itens com maior porcentagem de dados faltantes foram “Eu falo com Deus e Ele me diz como me sentir melhor” (1,67%), “Eu converso com o líder da minha religião (por exemplo, pastor/padre/rabino)” (1,12%) e “Penso que as pessoas na Igreja/Templo/Sinagoga me culpam por isso” (1,12%).

Tabela 3. Dados faltantes por item da Escala de *Coping* Religioso para Crianças

Itens da Escala de Coping Religioso	**Frequência (n)**	**Frequência (%)**
Eu rezo/oro para que Deus faça com que eu me sinta melhor.	05	0,33
Eu penso que Deus está cuidando de mim.	11	0,68
Eu converso com o líder da minha religião (por exemplo, pastor/padre/rabino)	**18**	**1,12**
Eu agradeço a Deus pelo problema não ser pior.	12	0,74
Eu me pergunto por que Deus deixa isso acontecer comigo.	09	0,56
Eu peço para que Deus me ajude a entender isso.	08	0,5
Eu digo a mim mesmo(a) que Deus tentou me ajudar, mas não funcionou.	17	1,05
Eu falo com Deus e Ele me diz como me sentir melhor.	**27**	**1,67**
Eu fico brabo com Deus.	17	1,05
Eu tento ver como Deus pode estar me tornando uma pessoa melhor.	06	0,37
Eu peço para outras pessoas rezarem/orarem por mim.	04	0,25
Eu rezo/oro para Deus afastar meus problemas.	07	0,43
Eu me pergunto se Deus está com raiva de mim.	12	0,74
Penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão.	10	0,62
Eu penso muito em Deus.	04	0,25
Penso que minha família e meus amigos estão rezando/orando por mim.	06	0,37
Penso no que a minha fé diz sobre resolver problemas.	11	0,68
Penso que Deus vai me ajudar a superar isso.	10	0,62
Eu deixo de acreditar em Deus.	11	0,68
Eu digo para Deus me ajudar e Ele faz isso.	09	0,56
Eu rezo/oro para não morrer.	12	0,74
Eu penso que Deus está sempre comigo.	13	0,81
Penso que as pessoas na Igreja/Templo/ Sinagoga me culpam por isso.	**18**	**1,12**
Eu tento conhecer Deus melhor.	12	0,74
Eu penso que Deus não pode me ajudar.	05	0,33
Eu vou a Igreja/Templo/Sinagoga.	12	0,74
Eu leio o livro sagrado da minha religião (por exemplo, a Bíblia).	10	0,62
Eu penso que talvez Deus esteja me punindo.	11	0,68
Eu penso que Deus não me ama.	05	0,33
Eu penso que o mal (por exemplo, o diabo) fez isso para mim.	05	0,33
Eu penso que Deus fez isso porque eu fui uma pessoa má.	03	0,19
Eu penso que Deus está me acalmando.	07	0,43

Análises Fatoriais – Escala de *Coping* Religioso para Crianças

Após o exame dos dados e da resolução dos dados faltantes, com o objetivo de compreender a estrutura fatorial das escalas foram realizadas análises fatoriais exploratórias, através do software SPSS 18, e análises confirmatórias através do software Amos 18. Foram

realizadas também análises da consistência interna da escala através dos valores de alpha de Cronbach.

Análise Fatorial Exploratória

Através da análise da Matriz de Correlações verificou-se que nenhum valor apresentou a maioria dos valores de significância maior do que 0,05, indicando a existência de correlação entre os itens, e não houve nenhum coeficiente de correlação maior que 0,9. Dessa forma, todos os 32 itens foram mantidos na Análise Fatorial. Os pressupostos para as análises foram atendidos, com uma boa medida de adequação da amostra (Kaiser-Meyer-Olkin = 0,945) e o teste de esfericidade de Bartlett altamente significativo ($p < 0,001$).

Assim, foi realizada uma análise fatorial exploratória dos 32 itens da Escala de *Coping* Religioso, através do método de extração por análise dos componentes principais, com método de rotação *direct oblimin*, considerando que os fatores são correlacionados. Considerando-se a normatização Kaiser, a solução exposta foi de 5 fatores, explicando 51,8% da variância. Entretanto, ao se adotar como critério os fatores com autovalores iguais ou maiores que dois obteve-se uma solução de dois fatores, explicando 40% da variância. A solução de dois fatores mostra-se adequada de acordo com a literatura, visto que comprova empiricamente a diferenciação entre duas dimensões de *coping* religioso: *Coping* Religioso Positivo (CRP) e *Coping* Religioso Negativo (CRN). Assim, resolveu-se considerar a escala dividida nestas duas dimensões e realizar, mais tarde análises fatoriais em separado para a Dimensão CRP e para a Dimensão CRN. Passos semelhantes foram realizados na Escala de *Coping* Religioso Espiritual para adultos por Panzini (2004).

Na solução de dois fatores os itens se dividiram praticamente conforme o esperado, com exceção de dois: “Penso muito em Deus” e “Penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão”. O item “Penso muito em Deus”, foi escrito em estudo anterior (Benore et al., 2008) com o sentido negativo (“Não penso muito em Deus”), porém, dessa forma não foi compreendido durante o estudo piloto com a amostra brasileira. Por isso, optou-se por aplicá-lo como uma afirmação positiva, e seus escores foram invertidos para as análises.

Ressalta-se que embora o item tenha sido utilizado por outros autores como pertencendo a dimensão CRN (Benore et al, 2008; Dupre, 2008), em sua composição original tem um sentido próximo a outros que foram considerados como neutros e por isso não foram utilizados na escala original. Como por exemplo, “Eu não penso em Deus, eu penso em outras coisas; Eu não oro, eu faço outras coisas” (Ezop, 2002). Nas análises realizadas neste estudo o item carregou no fator positivo. Compreende-se que quando a criança afirma que diante de

um problema "Pensa muito em Deus", a sentença passa a ter um sentido de buscar auxílio, recorrer a Deus. Porém, devido às considerações acima referentes à construção da escala, optou-se por retirar o item das análises.

Em relação ao item "Penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão", esperava-se de acordo com estudos anteriores que ele pertencesse à dimensão CRP. Porém, percebe-se que a avaliação da criança de que Deus tenha dado o problema por alguma razão específica, pode estar vinculada com o resultado de uma consequência negativa, assim como outros itens que pertencem à dimensão de CRN, à medida que trazem a avaliação do problema relacionado ao sentido de uma punição. Dessa forma optou-se por manter o item na dimensão CRN, como apontaram os dados empíricos.

A partir dessas decisões, foi rodada uma nova análise de componentes principais com rotação *direct oblimin.*Considerando-se os fatores com um autovalor igual ou acima de 2, encontrou-se um modelo de dois fatores com um nível de confiabilidade de 0,90, e 39,74% de explicação da variância. A carga fatorial de cada item é apresentada na tabela 4.

Tabela 4. Análise de componentes principais da escala CRC com rotação *direct oblimin*

N = 1612	Componente	
	CRP	CRN
Eu rezo/oro para Deus afastar meus problemas.	,771	
Penso que Deus vai me ajudar a superar isso.	,769	
Eu penso que Deus está sempre comigo.	,738	
Eu digo para Deus pra me ajudar e Ele faz isso.	,727	
Eu peço para que Deus me ajude a entender isso.	,715	
Eu falo com Deus e Ele me diz como me sentir melhor.	,693	
Eu tento ver como Deus pode estar me tornando uma pessoa melhor.	,691	
Eu rezo/oro para que Deus faça com que eu me sinta melhor.	,683	
Eu penso que Deus está cuidando de mim.	,669	
Eu agradeço a Deus pelo problema não ser pior.	,668	
Penso no que a minha fé diz sobre resolver problemas.	,668	
Eu tento conhecer Deus melhor.	,663	
Eu penso que Deus está me acalmando.	,635	
Penso que minha família e meus amigos estão rezando/orando por mim.	,616	
Eu leio o livro sagrado da minha religião (por exemplo, a Bíblia)	,522	
Eu vou a Igreja/Templo/Sinagoga.	,516	
Eu peço para outras pessoas rezarem/orarem por mim.	,507	
Eu converso com o líder da minha religião (por exemplo, pastor/padre/rabino).	,463	
Eu rezo/oro para não morrer.	,444	
Eu penso que talvez Deus esteja me punindo.		,681
Eu penso que Deus não me ama.		,658
Eu fico brabo com Deus.		,637
Eu me pergunto se Deus está com raiva de mim.		,621

Eu penso que Deus não pode me ajudar.		,606
Penso que as pessoas na Igreja/Templo/ Sinagoga me culpam por isso.		,603
Eu deixo de acreditar em Deus.		,583
Eu penso que Deus fez isso porque eu fui uma pessoa má.		,553
Eu digo a mim mesmo(a) que Deus tentou me ajudar, mas não funcionou.		,439
Eu me pergunto por que Deus deixa isso acontecer comigo.		,436
Eu penso que o mal (por exemplo, o diabo) fez isso para mim.		,423
Penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão.		,418
Confiabilidade	0,92	0,81
Variância explicada (%)	27,64	12,1

Método de Extração: Análise de Componentes Principais

Método de Rotação: *Direct Oblimin*

Após a verificação das propriedades psicométricas para a amostra total, foram rodadas análises de componentes principais dividindo os participantes em três grupos por idades (8-9 anos; 10-11 anos; e 12-13 anos). Objetivou-se assim averiguar se a estrutura fatorial da escala se manteria a mesma após a divisão por faixas etárias. Os resultados indicaram que para a estrutura de dois fatores, foram encontrados níveis de confiabilidade adequados para os três grupos, conforme mostra a Tabela 5. A variância explicada mostrou-se menor para o grupo de 8-9 anos.

Tabela 5. Confiabilidade e variância explicada da Escala CRC por idade.

		Confiabilidade (alpha de cronbach)	Variância explicada (%)
8-9 anos	CRP	0,90	26,12
	CRN	0,78	10,74
	Escala	0,89	36,86
10-11 anos	CRP	0,92	27,61
	CRN	0,82	13,00
	Escala	0,90	40,61
12-13 anos	CRP	0,93	28,87
	CRN	0,79	12,51
	Escala	0,90	41,38

Em relação à divisão dos itens entre os dois fatores, praticamente todos os itens mantiveram-se nos fatores já apontados anteriormente. Apenas dois itens apresentaram diferenças entre as idades. O item "Eu digo a mim mesmo que Deus tentou me ajudar, mas isso não funcionou" apresentou um comportamento diferente por ter carregado com mais de 0,30 nos dois fatores na amostra de 12 a 13 anos. Apesar das duas cargas estarem próximas (CRP = 0,327 e CRN = 0,344) optou-se por manter o item no CRN, visto que essa é a orientação teórica (Ezop, 2002). Além disso, ao analisar a confiabilidade através do alpha de

Cronbach das duas dimensões com e sem este item, percebe-se que para a dimensão de CRP ao acrescentar o item, esta passa de 0,928 para 0,926, enquanto que ao retirá-lo do CRN, esta diminui de 0,791 para 0,788. E o item "Eu me pergunto por que Deus deixa isso acontecer comigo" carregou no fator CRP para as crianças de 08 a 09 anos, entretanto, optou-se por manter o item no CRN, visto que essa é a orientação teórica (Ezop, 2002). As cargas fatoriais de cada item podem ser vistos nas tabelas 6, 7 e 8 apresentadas no anexo I.

Análise Fatorial da Dimensão de *Coping* Religioso Positivo da Escala de CRC

Buscando identificar traços latentes que explicassem a variabilidade dos itens em cada dimensão, inicialmente foi realizada uma análise fatorial exploratória da dimensão de CRP (19 itens), pelo método de extração dos componentes principais, com rotação *direct oblimin*. Através da normalização Kaiser, encontrou-se uma solução de três fatores, explicando 55,2% da variância. Como mostra a tabela 9, Todos os itens carregaram em algum dos fatores com carga superior a 0,30. Apenas dois itens apresentaram cargas superiores a 0,30 em mais de um fator, demonstrando sua contribuição para ambos os fatores.

Tabela 9. Análise dos componentes principais da dimensão *Coping* Religioso Positivo

	Componente		
N = 1612	1	2	3
Fator 1: Crença no apoio de Deus			
Eu penso que Deus está sempre comigo.	,877		
Eu penso que Deus está cuidando de mim.	,852		
Penso que Deus vai me ajudar a superar isso.	,834		
Eu digo para Deus pra me ajudar e Ele faz isso.	,656		
Eu tento ver como Deus pode estar me tornando uma pessoa melhor.	,587		
Eu penso que Deus está me acalmando.	,586		
Eu agradeço a Deus pelo problema não ser pior.	,580		
Eu rezo/oro para Deus afastar meus problemas.	,571		,311
Eu tento conhecer Deus melhor.	,570		
Eu peço para que Deus me ajude a entender isso.	,549		
Eu rezo/oro para que Deus faça com que eu me sinta melhor.	,513		
Eu falo com Deus e Ele me diz como me sentir melhor.	,394		
Fator 2: Busca a Instituição Religiosa			
Eu vou a Igreja/Templo/Sinagoga.		,835	
Eu leio o livro sagrado da minha religião (por exemplo, a Bíblia).		,823	
Eu converso com o líder da minha religião (por exemplo, pastor/padre/rabino).		,774	
Fator 3: Intercessão			
Eu peço para outras pessoas rezarem/orarem por mim.			,751
Eu rezo/oro para não morrer.			,680

Penso que minha família e meus amigos estão rezando/orando por mim.			,634
Penso no que a minha fé diz sobre resolver problemas.	,325		,334
Confiabilidade	0,91	0,76	0,71
Variância explicada (%)	42,09	7,66	5,45

O fator 1 foi denominado como "Crença no apoio de Deus", por englobar comportamentos e pensamentos relacionados com a crença e a busca pelo apoio de Deus nas situações enfrentadas. Esse fator ficou composto por 12 itens, e obteve um alpha de Cronbach de 0,91. O fator 2 foi constituído pelos três itens da escala que falam da busca pela instituição religiosa. Os dois primeiros itens referem-se a um ritual religioso (ir à instituição religiosa e ler o livro de sua religião), e o terceiro da busca pelo apoio através do líder religioso. Nesta composição o fator obteve um alpha de Cronbach de 0,76. O terceiro fator foi denominado de "Intercessão", por conter os itens que mencionam a busca pela intercessão de outras pessoas, bem como pela intercessão individual (como "Eu rezo/oro para não morrer"), e obteve um alpha de 0,71. O item "Penso no que a minha fé diz sobre resolver problemas" carregou nesse fator, bem como no primeiro.

Análise Fatorial da Dimensão de *Coping* Religioso Negativo da Escala CRC

A Análise Fatorial Exploratória da dimensão de *Coping* Religioso Negativo, através do método dos componentes principais, rotação *direct oblimin* com normalização Kaiser, indicou uma solução de três fatores, conforme mostra a tabela 10.

Tabela 10. Análise dos componentes principais da dimensão *Coping* Religioso Negativo

N = 1612	Componente		
	1	2	3
Fator 1: Descontentamento com Deus ou com outros			
Eu deixo de acreditar em Deus.	,817		
Eu penso que Deus não me ama.	,663		
Eu fico brabo com Deus.	,644		
Eu penso que Deus não pode me ajudar.	,591		
Penso que as pessoas na Igreja/Templo/ Sinagoga me culpam por isso.	,453	,345	
Fator 2: Reavaliação negativa do significado			
Eu me pergunto por que Deus deixa isso acontecer comigo.		,770	
Eu digo a mim mesmo(a) que Deus tentou me ajudar, mas não funcionou.		,736	
Eu me pergunto se Deus está com raiva de mim.		,576	
Penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão.		,546	,363
Fator 3: Reavaliação de Punição			

Eu penso que Deus fez isso porque eu fui uma pessoa má.			,768
Eu penso que o mal (por exemplo, o diabo) fez isso para mim.			,763
Eu penso que talvez Deus esteja me punindo.	,384		,471
Confiabilidade	0,71	0,66	0,62
Variância explicada (%)	32,73	10,42	9,26

Todos os itens carregaram em algum dos três fatores com carga superior a 0,30, sendo que três itens apresentaram cargas superiores a 0,30 em mais de um fator. O fator 1 foi denominado como "Descontentamento com Deus ou com outros", por indicar relacionamento negativo com Deus e com as pessoas da instituição religiosa nas situações enfrentadas. Esse fator ficou composto por 5 itens, e obteve um alpha de Cronbach de 0,71.

O fator 2 foi composto a partir de 4 itens referentes a reavaliação negativa do problema, indicando um questionamento da situação enfrentada, e obteve um alpha de 0,66. O fator 3 engloba os itens que se referem ao problema como um castigo, uma punição, seja causada por Deus ou pelo mau. Observa-se que esse fator obteve o alpha mais baixo de todos os fatores encontrados na escala ($\alpha = 0,62$).

Análise Fatorial Confirmatória

Através da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) buscou-se avaliar o quão bem o modelo especificado representa os dados desta população estudada. A principal diferença desta análise para a análise fatorial exploratória já realizada é que ao invés de buscar nos dados estatísticos a resposta para quantos fatores existem e quais variáveis se relacionam aos construtos, busca-se a confirmação do quão bem as variáveis medidas representam os construtos (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2009).

Essa adequação do modelo é definida através de alguns indicadores de ajuste. Serão utilizados como indicadores no presente estudo o Qui-quadrado, o CFI (Índice de ajuste comparado), TLI (Índice de Tucker e Lewis), NFI (Índice de Ajuste Normatizado), RMSEA (Erro Quadrático Médio de Aproximação) e o SRMR (Raiz do Resíduo Médio Padronizado). Para esses índices a literatura indica como valores aceitáveis para o CFI, TLI e NFI acima de 0,90, sendo melhores os valores próximos a 1 e para o RMSEA e o SRMR indicam-se como valores ideais abaixo de 0,05.

Assim, inicialmente foi avaliado através da AFC o modelo de acordo com a proposta original da escala (Modelo 1). Foram definidos dois fatores (variáveis latentes) referentes às dimensões de CRP e CRN. Para o CRP foram relacionados 20 indicadores, e para o CRN 12 indicadores. A distribuição dos itens foi feita de acordo com a escala original (Benore et al.,

2008; Ezop, 2002). Testou-se também o modelo com os seis fatores encontrados (Modelo 2), a partir das duas dimensões.

Inicialmente no Modelo 1 foi mantido o item 15 e o 14 conforme a proposição inicial dos autores (Benore et al., 2008). Porém, foi confirmada a necessidade da exclusão do item 15 e a troca de dimensão do item 14, como já apontado na Análise Fatorial Exploratória. Além dessas alterações, para os dois modelos finais foram realizados ajustes para buscar as melhores soluções, a partir das indicações dos Índices de Modificação. Na Tabela 11 são apresentados os índices de ajustes para os dois modelos analisados com 31 itens, bem como para os modelos finais com os ajustes realizados.

Tabela 11. Índices de ajuste para os modelos de Análises Fatoriais Confirmatórias

	X^2	df	*p*	NFI	TLI	CFI	RMSEA (IC[a])	SRMR
1. Modelo 1 com duas dimensões, 31 itens	3580,135	433	<0,001	0,804	0,811	0,824	0,067 (0,065-0,069)	0,076
2. Modelo 1 com duas dimensões, 31 itens e covariâncias entre erros	1417,077	383	<0,001	0,923	0,930	0,942	0,041(0,039-0,043)	0,059
1. Modelo 2 com seis fatores, 31 itens	2149,089	419	<0,001	0,883	0,892	0,903	0,051 (0,049-0,053)	0,054
2. Modelo 2 com seis fatores, 31 itens, e covariâncias entre erros	1360,472	392	<0,001	0,926	0,936	0,946	0,039 (0,037-0,041)	0,049

[a] IC = Intervalo de Confiança de 90%

Os dados indicam que ambos os modelos após o acréscimo das covariâncias entre os erros de mensuração apresentaram bons índices de ajuste, sendo que o modelo 2, especialmente antes destas modificações, aparentou representar melhor os dados que o modelo 1. Na figura 1 é apresentado o Modelo 2 final, com as covariâncias entre os erros apontadas pelos índices de modificação.

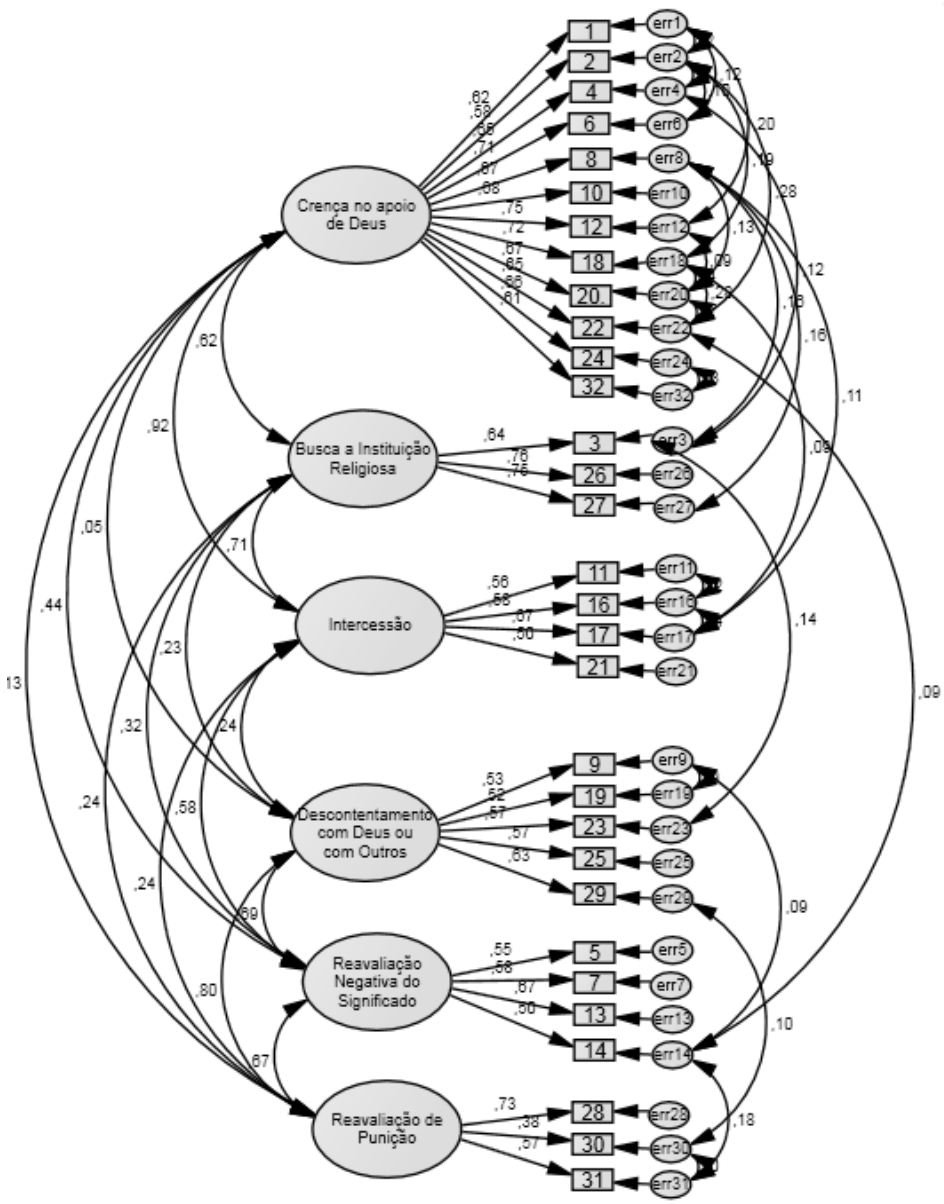


Figura 1. Modelo AFC final com seis fatores com pesos padronizados e covariâncias entre erros.

DISCUSSÃO

As análises fatoriais realizadas confirmam que para a população estudada as estratégias de *coping* religioso podem ser classificadas em duas dimensões. Embora haja poucas evidências empíricas da maneira com que as crianças utilizam sua crença religiosa para lidar com um estressor, esse resultado corrobora os trabalhos de Benore et al. (2008) e de Dupre (2008) com a escala CRC.

Neste modelo de dois fatores (duas dimensões) todos os itens apresentaram cargas fatoriais maiores que 0,40, indicando que os fatores estão bem representados pelos itens correspondentes. Essa estrutura fatorial sugerida a partir de estudos com adultos (Panzini & Bandeira, 2005; Pargament et al., 2000) confirma a possibilidade de se estudar as estratégias

nestas duas dimensões, e buscar assim investigar o relacionamento dessas dimensões com outros construtos psicológicos.

O fato das duas dimensões (CRP e CRN) estarem significativa e positivamente correlacionadas sugere que as crianças que utilizam maiores níveis de CRP também tendem a utilizar mais as estratégias de CRN. Resultado semelhante foi encontrado por Dupre (2008) que afirma que isso pode indicar que as crianças (e adolescentes), que utilizam as estratégias de *coping* religiosas podem fazê-lo sem distinguir ou selecionar os aspectos que podem ser mais benéficos em termos psicossociais. Essa correlação moderada difere de estudos realizados com adultos, em que em geral as correlações encontradas são menores e em alguns estudos não significativas, indicando uma maior diferenciação das duas dimensões (Faria & Seidl, 2006; Panzini, 2004; Pargament, Smith et al, 1998).

Embora a solução de dois fatores tenha se mostrado possível, as Análises Fatoriais Exploratórias realizadas separadamente com cada dimensão, bem como o Modelo 2 na Análise Fatorial Confirmatória, demonstram a identificação de outras subescalas subjacentes ao construto de *coping* religioso. E indicam ser adequado buscar uma solução com mais fatores que possa explicar melhor os tipos de estratégias empregadas.

Na literatura infantil ainda são poucas as informações disponíveis sobre os subtipos de estratégias de *coping* religioso utilizadas pelas crianças, porém os poucos estudos realizados, bem como os realizados com adultos fornecem a base teórica para se começar a pensar nestes achados. Por exemplo, com base na RCOPE (Pargament et al., 2000), Ezop (2002) classificou as estratégias da CRC (conforme Anexo E), que podem ser compreendidas a partir do estudo de Pendleton et al. (2002). De acordo com essa classificação, entende-se que os seis fatores encontrados a partir das duas dimensões fazem sentido teórico, e estão de acordo com subescalas encontradas em pesquisas com adultos (Panzini & Bandeira, 2005).

Em relação à dimensão de CRP, o fator denominado "Crença no apoio de Deus", foi o fator que englobou o maior número de estratégias. Os itens se referem a estratégias de busca de apoio em Deus (ex. Eu penso que Deus está cuidando de mim), estratégias de petição diretas a Deus (ex. Eu rezo/oro para que Deus faça com que eu me sinta melhor), estratégias de reavaliação religiosa benevolente (ex. Eu agradeço a Deus pelo problema não ser pior), estratégias de *coping* colaborativo (ex. Eu peço para que Deus me ajude a entender isso), e uma estratégia de *coping* declarativo (Eu digo para Deus me ajudar e Ele faz isso).

O fator "Busca a Instituição Religiosa" foi constituído por apenas três itens. Estes se referem à resposta por meio de ritual religioso (ir à instituição religiosa e ler o livro de sua religião), e a busca pelo apoio espiritual social (através do líder religioso). Já o terceiro fator "Intercessão" englobou uma estratégia de *coping* religioso de petição (eu rezo/oro para não

morrer), duas estratégias de busca de apoio espiritual social relacionadas à reza/oração (ex. eu peço para outras pessoas rezarem/orarem por mim), e uma de *coping* colaborativo (Penso no que a minha fé diz sobre resolver problemas). Esse último item também carregou com carga acima de 0,30 no fator 1, que contém outras estratégias de *coping* colaborativo.

Na dimensão de CRN, observa-se que o fator 1 "Descontentamento com Deus ou com outros", inclui estratégias de descontentamento com Deus (ex. Eu fico brabo com Deus, Eu deixo de acreditar em Deus) e uma estratégia de reavaliação como punição relacionada a outras pessoas (Penso que as pessoas na Igreja/Templo/Sinagoga me culpam por isso). O fator 2 "Reavaliação negativa do Significado", incluiu uma estratégia de descontentamento com Deus relacionada a busca por um significado do problema (Eu me pergunto porque Deus deixa isso acontecer comigo), uma de reavaliação religiosa de punição (Eu me pergunto se Deus está com raiva de mim) e duas de reavaliação benevolente (Eu digo a mim mesmo que Deus tentou me ajudar, mas não funcionou e Penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão). Esta última estratégia também carregou com carga superior a 0,30 no fator 3. Talvez, ela tenha sido compreendida pelas crianças como relacionada a uma conseqüência de punição. O fator 3 "Reavaliação de Punição" engloba duas estratégias de reavaliação religiosa de punição (ex. Eu penso que talvez Deus esteja me punindo) e uma de reavaliação demoníaca ou malévola [Eu penso que o mal (por exemplo, o diabo) fez isso para mim], todas claramente relacionam o problema como consequência de um castigo.

Em relação à consistência interna da escala, em ambas as soluções todos os fatores demonstraram um nível de confiabilidade aceitável (acima de 0,60). Observa-se que os três fatores da dimensão CRN apresentaram os menores alphas. A menor confiabilidade do fator negativo também foi apontada por outros estudos realizados com a escala (Benore et al., 2008). Também nas escalas utilizadas com adultos a dimensão CRN tem apresentado coeficientes menores (Panzini & Bandeira, 2005; Pargament et al., 2000).

Sobre a forma do instrumento, ressalta-se que a escala CRC foi originalmente criada para avaliar quais as estratégias utilizadas por crianças com doenças crônicas (mais especificamente por crianças com asma) (Benore et al., 2008; Ezop, 2002). Dessa forma a escala partia de um ponto de vista situacional específico, pedindo que a criança pensasse nos problemas relacionados à doença. Dupre (2008) ao utilizar a escala com crianças em ambiente escolar pediu que cada participante pensasse em uma situação de estresse vivenciada e a descrevesse para após identificar se usa ou não as estratégias de *coping* religioso para aquela situação específica. Seguiu assim o mesmo formato da escala para adultos RCOPE (Pargament et al., 2000), a qual originou a CRC.

Devido à dificuldade que as crianças apresentaram no estudo piloto para descrever uma situação vivenciada, optou-se neste estudo por colocar na introdução da escala, apenas a explicação do que são situações de estresse (assim como na escala original) e questionar a criança se quando tem um problema ela utiliza (faz ou pensa) as estratégias relacionadas no instrumento. Porém, com o objetivo de não perder a informação referente à quais situações as crianças mais utilizam as estratégias, elaborou-se ao final da escala uma questão pedindo que o participante indicasse a situação ou as situações em que estava pensando. Visto que 83,9% das crianças indicaram uma ou mais situações vivenciadas, pode-se pensar que se manteve o caráter situacional do instrumento, pois os participantes pensaram em situações específicas para responder a escala.

Em relação ao número de itens da CRC, algumas críticas em relação aos instrumentos que avaliam *coping* referem-se à dificuldade de ter instrumentos capazes de incluir toda a especificidade dos domínios teoricamente interessantes (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Assim, ao se procurar avaliar o maior número de estratégias possíveis, passa-se a assumir que pode haver uma sobreposição dos itens, em termos de significado teórico.

Embora algumas escalas de *coping* religioso têm procurado abordar o máximo de estratégias possíveis, como a escala brasileira CRE para adultos de 90 itens (Panzini & Bandeira, 2005), e a escala americana RCOPE de 105 (Pargament et al., 2000), já estão disponíveis algumas versões breves, como a Brief-RCOPE de 14 itens (Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998), e a CRE Breve de 49 itens (Valcanti et al., 2012). Entende-se que, à medida que se passe a conhecer melhor os tipos de estratégias utilizadas pelas crianças, seja possível depurar os instrumentos para que estes possam captar um maior número de tipos de estratégias diferentes, embora com um menor número de itens, especialmente para o uso em pesquisas de levantamento. Ressalta-se que a possibilidade de avaliar um maior número de estratégias propicia um maior aprofundamento sobre seu uso, que é interessante quando se quer, por exemplo, especificar quais estratégias são utilizadas por uma criança em determinada situação.

Da mesma forma, é importante ressaltar que embora as medidas de *coping* religioso devam acessar uma vasta gama de estratégias, é inviável desenvolver escalas que reflitam métodos de *coping* em todas as situações em todos os grupos religiosos em apenas um instrumento. Entende-se que é possível acessar as estratégias que são aplicáveis para a maioria da população, e no caso da CRC a partir das tradições judaico-cristã (Pargament et al., 2000). Assim, pode-se dizer de forma geral, que neste primeiro estudo o instrumento mostrou-se válido para a população estudada, e assim, permitiu que fossem investigados os demais objetivos deste trabalho.

CAPÍTULO III

Estudo II

Bem-estar pessoal em crianças e suas relações com o *coping* religioso

MÉTODO

Participantes

Os dados utilizados para este estudo referem-se aos mesmos participantes do primeiro estudo.

Instrumentos

1) Questionário Geral (Anexo J)

Os participantes responderam a algumas questões sociodemográficas (sexo, idade, cidade onde mora, religião). Responderam ainda a questões relacionadas à prática religiosa (participação em reuniões religiosas regulares e aulas de educação religiosa; lê, assiste ou escuta material religioso; participa de conversas relacionadas à religião; escuta histórias da religião; e ora ou reza) e a uma questão sobre o quanto importante considera a sua fé religiosa.

As questões de prática religiosa foram respondidas em uma escala de frequência que varia de "nunca" a "toda semana". Os itens foram computados em um único índice de prática religiosa, a partir da média de respostas de todos os itens ($\alpha = 0,82$).

2) *Coping* Religioso

Escala de *Coping* Religioso para Crianças (Dupre, 2008) traduzida, adaptada e validada no estudo 1, conforme anexo D.

3) Bem-estar Pessoal

A escala *Personal Wellbeing Index – School Children* (PWI-SC) foi elaborada originalmente para adultos por Cummins et al. (2003). A versão para adultos foi modificada para que a escala pudesse ser utilizada em outros grupos populacionais. No presente estudo se utilizou uma adaptação da versão para crianças e adolescentes em idade escolar – PWI-SC (Cummins & Lau, 2005), que apresenta escrita mais simplificada. Essa adaptação foi feita pelo grupo de pesquisa responsável pela pesquisa internacional de Bem-estar Infantil – ISCWeB (http://www.childrensworlds.org/). O processo de tradução e adaptação para o Brasil foi realizado pelo Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária (GPPC).

A PWI-SC é composta por sete itens que representam diferentes domínios da vida (nível de vida, saúde, realizações, relações interpessoais, sentir-se seguro, sentir-se parte da

comunidade e segurança com o futuro) e são desdobrados a partir de uma pergunta de satisfação com a vida em geral.

Para adequar o instrumento às necessidades de cada faixa etária, foram elaboradas duas versões. As crianças menores (oito e nove anos) responderam à versão A (Anexo K), indicando suas respostas através de desenhos de faces que variavam de muito triste a muito feliz. Já as crianças de dez anos ou mais preencheram a versão B do instrumento (Anexo L), indicando suas respostas conforme o instrumento original, em uma escala de 0 (completamente insatisfeito) a 10 (completamente satisfeito).

De forma geral, a versão para adultos do PWI tem apresentado boa confiabilidade interna (alpha de Cronbach entre 0,70 e 0,85) relatada no manual do instrumento (International Wellbeing Group, 2006). Em estudo do GPPC, realizado com 1589 adolescentes, a escala PWI teve um alpha de Cronbach de 0,78 (Sarriera, Abs, et al. 2012). A versão escolar do PWI-SC, por sua vez, foi reportada com alpha de 0,82 (Tomyn & Cummins, 2011). No presente estudo o instrumento apresentou um alpha de Cronbach de 0,63.

Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados de acordo com os procedimentos descritos no primeiro estudo.

Análise de dados

Primeiramente foram realizadas análises descritivas, com o objetivo de descrever os índices de bem-estar, bem como de *coping* religioso positivo e negativo. Para avaliar as diferenças por sexo e idade relacionadas às variáveis do bem-estar e de *coping*, foram realizadas ANOVAS (Análises de Variância). Para responder ao objetivo geral do estudo foi realizada a Análise de Regressão Linear Múltipla, a fim de se verificar a contribuição do uso de estratégias de *coping* religioso na explicação do bem-estar pessoal.

Procedimentos éticos

Em todas as etapas da pesquisa foram respeitados os procedimentos éticos de acordo com os Critérios de Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Somente participaram da pesquisa as crianças que aceitaram voluntariamente participar e que entregaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por seus responsáveis. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, e está registrado na Plataforma Brasil sob o número 00674612.6.0000.5334.

RESULTADOS

Dados faltantes e respostas extremas

Foram realizadas análises descritivas a partir dos dados dos 1612 participantes referentes aos itens da Escala de Bem-estar Pessoal (PWI), visto que os dados referentes à escala CRC já foram apresentados no estudo 1. Em relação a respostas extremas na escala de bem-estar, optou-se por não retirar os casos existentes visto que já era esperado que a pontuação da maioria das crianças fosse elevada, fato relatado por estudos anteriores (Casas & Bello, 2012; Rees et al., 2010). De forma qualitativa, os aplicadores relataram que durante a aplicação mesmo crianças que refletiam em cada item antes de respondê-lo pontuavam sua satisfação como sendo máxima. Não houve casos de crianças totalmente insatisfeitas com os âmbitos de vida investigados (média do PWI = zero) e foram identificados 246 participantes (15,3%) com média do bem-estar com pontuação máxima.

Identificou-se baixo número de dados faltantes (conforme a tabela 12), o que permitiu a imputação por regressão desses valores. Para as crianças que responderam a versão A (com a escala de Faces), os itens com maior porcentagem de dados faltantes foram satisfação "com o relacionamento com as pessoas em geral" (3,8%) e "sobre fazer coisas longe de casa" (2,6%). Já para as crianças que responderam a versão B (escala de 0 a 10, sem faces) o item com maior porcentagem de dados faltantes foi "com a sua saúde" (1%).

O maior número de dados faltantes na versão A em relação à versão B pode ser explicada pelo fato de que na primeira optou-se por manter como uma opção de resposta a alternativa "não sei", que foi computada como dado faltante. Tal opção de resposta não foi dada na versão das crianças maiores (B).

Tabela 12. Dados faltantes no Índice de Bem-estar Pessoal (PWI) por versão do instrumento preenchida.

	Versão A		Versão B	
PWI-SC: Quanto satisfeito você está...	Frequência (n)	Frequência (%)	Frequência (n)	Frequência (%)
Com todas as coisas que você tem	01	0,2	01	0,09
Seu relacionamento com as pessoas em geral	**19**	**3,84**	04	0,35
Com a sua saúde	02	0,4	**12**	**1,05**
Sobre o quanto seguro você se sente	05	1,01	01	0,09
Com as coisas nas quais você quer ser bom	06	1,21	04	0,35
Sobre fazer coisas longe de casa	**13**	**2,63**	04	0,35
Sobre o que pode acontecer com você no futuro	01	0,2	01	0,09

Bem-estar pessoal

O bem-estar pessoal foi avaliado através do PWI-SC. As crianças que preencheram a versão A do instrumento responderam através da indicação de faces o quanto felizes estavam com cada aspecto da sua vida avaliado. E as crianças que preencheram a versão B do instrumento, responderam em uma escala de 0 a 10, o quanto satisfeitas estavam com cada um desses aspectos.

Para calcular o Índice de Bem-estar foi realizada a média, a partir da soma das respostas de todos os sete itens avaliados. A fim de tornar os resultados de todas as crianças comparáveis, utilizou-se a orientação do manual da escala, transformando todos os resultados em um formato padrão em uma escala de 0 a 100. Os valores obtidos são denominados de "percentual de máxima escala". Esse procedimento permite a comparação das médias e desvios padrões, sem alterar as propriedades estatísticas do instrumento (Cummins & Lau, 2005).

A conversão das respostas ao PWI das crianças que responderam a versão B foi transformada multiplicando o resultado por dez. As respostas que foram assinaladas através das faces, foram pontuadas de 0 a 4 e seus valores foram transformados a partir da fórmula descrita no manual:

$$\frac{X - k^{min}}{k^{max} - k^{min}} \times 100$$

Em que X = a pontuação que será transformada, k^{min} = o escore mínimo possível na escala (zero) e k^{max} = o escore máximo possível na escala (quatro). Por exemplo, se uma criança obteve o escore 03 sua média transformada através da fórmula será 75. A média do índice de bem-estar, bem como da satisfação com cada âmbito da vida investigado, estão descritas na tabela 13.

Tabela 13. Médias de bem-estar pessoal

O quanto satisfeito você está...	Média	*DP*
Com todas as coisas que você tem	94,28	13,12
Seu relacionamento com as pessoas em geral	86,78	19,74
Com a sua saúde	93,82	14,73
Sobre o quanto seguro você se sente	88,24	19,43
Com as coisas nas quais você quer ser bom	90,91	16,26
Sobre fazer coisas longe de casa	77,76	27,99
Sobre o que pode acontecer com você no futuro	87,20	22,28
Índice de Bem-estar Pessoal	88,43	10,92

O índice de Bem-estar Pessoal para os participantes foi de 88,43. Especificamente sobre os âmbitos de vida investigados, pode-se observar que a maior média foi em relação a "todas as coisas que tem", e a menor média foi obtida em relação a "fazer coisas longe de casa".

Foi realizada uma ANOVA de dois fatores independentes para avaliar o efeito de sexo e idade no índice geral de bem-estar. Foram observados os efeitos principais das duas variáveis, bem como o efeito de interação entre elas. Em relação ao sexo, os meninos apresentaram média de 88,86 (*DP* = 10,57) e as meninas média de 88,07 (*DP* = 11,19), sendo essa diferença estatisticamente significativa, $F(1, 1606) = 5{,}930$; $p = 0{,}015$.

Para verificar o efeito por idade, foram formados três grupos com os participantes: Grupo 1 com crianças de 8 e 9 anos (*M* = 88,32; *DP* = 11,05); Grupo 2 com as crianças de 10 e 11 anos (*M* = 89,64; *DP* = 9,78); Grupo 3 com as crianças de 12 e 13 anos (*M* = 85,66; *DP* = 12,69). Os resultados indicaram um efeito principal por idade, $F(2, 1606) = 14{,}497$; $p < 0{,}001$, sendo que através do teste *post-hoc* Bonferroni, foi possível identificar diferenças significativas entre os Grupos 1 e 3 ($p = 0{,}002$) e os Grupos 2 e 3 ($p < 0{,}001$). Não houve diferença significativa entre os Grupos 1 e 2.

Foi observado ainda um efeito de interação significativo entre o sexo e a idade, $F(2, 1606) = 3{,}641$; $p = 0{,}026$. Os resultados indicaram que a média de bem-estar foi similar entre meninos (*M* = 88,68; *DP* = 11,02) e meninas (*M* = 87,95; *DP* = 11,09) aos 8-9 anos, bem como aos 10-11 (meninos *M* = 89,54; *DP* = 10,35; meninas *M* = 89,72; *DP* = 9,37). Porém, a média das meninas (*M* = 83,98; *DP* = 14,24) foi significativamente inferior a dos meninos (*M* = 87,63; *DP* = 10,57) aos 12-13 anos.

Uso de estratégias de *coping* religioso

Os escores de *coping* negativo e de *coping* positivo foram calculados a partir da média dos itens respondidos para cada subescala. As crianças reportaram uso moderado de estratégias de CRP (*M* = 2,43; *DP* = 0,81) e baixo uso de estratégias de CRN (*M* = 1,12; *DP* = 0,75).

A estratégia de *coping* religioso positivo mais utilizada pelas crianças foi "Eu penso que Deus está cuidando de mim" (43,7% das crianças afirmaram usar quase sempre e 40,1% muitas vezes), seguida por "Eu penso que Deus está sempre comigo" (43,7% das crianças afirmaram usar quase sempre e 38,2% muitas vezes) e "Penso que Deus vai me ajudar a superar isso" (38,9% das crianças afirmaram usar quase sempre e 35,5% muitas vezes).

A estratégia de *coping* religioso positivo menos utilizada pelas crianças foi "Eu converso com o líder da minha religião (por exemplo, pastor/padre/rabino)" (43,9% das

crianças afirmaram nunca fazer isso), seguida pela estratégia "Eu leio o livro sagrado da minha religião (por exemplo, a Bíblia)" (33,5% das crianças afirmaram nunca fazer isso). Pode-se observar pela tabela 14 que as crianças afirmaram utilizar 15 das 19 estratégias investigadas de *coping* religioso positivo às vezes ou muitas vezes.

Tabela 14. Média de respostas para as estratégias de *coping* religioso positivas e negativas.

Quando eu me deparo com um problema... (N = 1612)	**Média**	**Desvio Padrão**
Coping Religioso Positivo		
Eu penso que Deus está cuidando de mim.	3,2	0,92
Eu penso que Deus está sempre comigo.	3,2	0,98
Penso que Deus vai me ajudar a superar isso.	3,0	1,11
Eu tento ver como Deus pode estar me tornando uma pessoa melhor.	2,8	1,17
Eu agradeço a Deus pelo problema não ser pior.	2,8	1,17
Eu digo para Deus pra me ajudar e Ele faz isso.	2,8	1,16
Eu tento conhecer Deus melhor.	2,7	1,26
Eu peço para que Deus me ajude a entender isso.	2,7	1,21
Eu rezo/oro para que Deus faça com que eu me sinta melhor.	2,7	1,18
Eu rezo/oro para Deus afastar meus problemas.	2,7	1,26
Eu penso que Deus está me acalmando.	2,6	1,29
Penso no que a minha fé diz sobre resolver problemas.	2,4	1,33
Eu rezo/oro para não morrer.	2,3	1,48
Penso que minha família e meus amigos estão rezando/orando por mim.	2,2	1,36
Eu falo com Deus e Ele me diz como me sentir melhor.	2,2	1,44
Eu vou a Igreja/Templo/Sinagoga.	1,7	1,45
Eu peço para outras pessoas rezarem/orarem por mim.	1,6	1,42
Eu leio o livro sagrado da minha religião (por exemplo, a Bíblia)	1,6	1,42
Eu converso com o líder da minha religião (por exemplo, pastor/padre/rabino)	1,3	1,41
Coping Religioso Negativo		
Eu me pergunto por que Deus deixa isso acontecer comigo.	2,1	1,45
Penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão.	1,7	1,50
Eu digo a mim mesmo(a) que Deus tentou me ajudar, mas não funcionou.	1,7	1,44
Eu me pergunto se Deus está com raiva de mim.	1,3	1,42
Eu penso que o mal (por exemplo, o diabo) fez isso para mim.	1,2	1,44
Eu penso que Deus fez isso porque eu fui uma pessoa má.	1,2	1,31
Eu penso que Deus não pode me ajudar.	0,9	1,32
Eu penso que talvez Deus esteja me punindo.	0,9	1,25
Penso que as pessoas na Igreja/Templo/ Sinagoga me culpam por isso.	0,7	1,25
Eu deixo de acreditar em Deus.	0,6	1,26
Eu penso que Deus não me ama.	0,6	1,15
Eu fico brabo com Deus.	0,5	1,09

Em relação às estratégias de *coping* religioso negativo, a estratégia mais apontada pelas crianças foi "Eu me pergunto por que Deus deixa isso acontecer comigo" (23,7% das crianças afirmaram fazer isso quase sempre), seguida por "Penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão" (16,7% afirmaram fazer quase sempre). A estratégia de CRN menos utilizada pelas crianças foi "Eu deixo de acreditar em Deus" (75,6% afirmaram nunca fazer isso), seguido por "Eu penso que Deus não me ama" (73,9% afirmaram nunca fazer isso) e "Eu fico brabo com Deus" (73,6% afirmaram nunca fazer isso).

Os resultados apontam que as crianças utilizam diferentes tipos de estratégias de *coping* religioso positivo, como crença no suporte de Deus, *coping* religioso de petição e reavaliação benevolente. O uso de estratégias de *coping* negativo é menos frequente, destacando-se o uso de estratégias relacionadas ao descontentamento com Deus e a reavaliação religiosa de punição.

Para verificar se houve efeito de sexo e idade no uso de estratégias de *coping* religioso, tanto positivas como negativas, foram realizadas ANOVAs de dois fatores independentes. Não foram encontradas diferenças significativas por sexo no uso de estratégias de *coping* religioso, tanto positivas (meninas com $M = 2,45$; $DP = 0,77$; meninos com $M = 2,41$, $DP = 0,85$; $F(1, 1606) = 1,922$; $p = 0,166$), quanto negativas (meninas com $M = 1,11$; $DP = 0,71$; meninos com $M = 1,14$; $DP = 0,79$; $F(1, 1606) = 1,060$; $p = 0,303$).

Já em relação à idade, a análise apontou diferenças estatisticamente significativas no uso das estratégias de *coping* positivo, $F(2, 1606) = 27,822$; $p < 0,001$, a partir da divisão em três grupos: Grupo 1, 8 e 9 anos ($M = 2,57$; $DP = 0,77$); Grupo 2, 10 e 11 anos ($M = 2,46$; $DP = 0,80$); e Grupo 3, 12 e 13 anos ($M = 1,11$; $DP = 0,68$). A partir do teste *post-hoc* Bonferroni, foi possível identificar diferenças significativas entre os três grupos analisados, sendo entre o Grupo 1 e 2 ($p = 0,041$), entre os Grupos 1 e 3 ($p < 0,001$) e entre os Grupos 2 e 3 ($p < 0,001$), indicando que à medida que a idade aumenta, diminui o uso de estratégias de CRP.

Já em relação ao uso de estratégias de *coping* negativo, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, $F(2, 1606) = 0,116$; $p = 0,89$, sendo que o Grupo 1 apresentou média de 1,13 ($DP = 0,76$), o Grupo 2 média de 1,12 ($DP = 0,77$), e o Grupo 3, média de 1,11 ($DP = 0,68$). Tampouco foram observados efeitos de interação entre as variáveis sexo e idade para o CRP, $F(2, 1606) = 0,565$; $p = 0,57$, ou para o CRN, $F(2, 1606) = 0,440$; $p = 0,64$. Isso indica que o uso de *coping* religioso não se modifica significativamente entre meninos e meninas de idades semelhantes.

Situações de estresse sugeridas pelas crianças

Originalmente, as instruções da Escala de *Coping* Religioso pediam à criança que descrevesse uma situação ou um problema pelo qual havia passado nas últimas semanas. Conforme mencionado no Estudo 1, durante a etapa de validação semântica observou-se considerável dificuldade das crianças em indicarem o que estava sendo pedido. Optou-se, então, por uma reformulação da escala que obteve sua forma final após o Estudo Piloto. Na nova versão da escala, após indicarem com que frequência utilizavam as estratégias de *coping* investigadas, as crianças descreviam em qual ou quais situações recorriam às estratégias assinaladas.

Dentre os participantes, 1352 (83,87%) indicaram uma ou mais situações vivenciadas, e 260 (16,13%) não indicaram (18 não responderam e os demais apontaram como resposta as opções "não sei" ou "nenhuma", conforme a tabela 15). Dos que indicaram a situação, 667 (41,4%) indicaram apenas uma e os demais indicaram duas ou mais situações. As respostas mais apontadas foram as situações que envolvem erros, dúvidas e notas escolares.

Tabela 15. Frequência de respostas para as situações de estresse vivenciadas.

Situação	Frequência (n)	Frequência (%)
Briga	235	14,6
Errar	446	27,7
Doença	171	10,6
Notas Escolares	423	26,2
Morte	192	11,9
Medo	398	24,7
Conseguir algo importante	412	25,6
Dúvida	447	27,7
Nenhuma	150	9,3
Não Sei	92	5,7
Outra situação	134	8,4

Entendendo-se que nem todas as situações que as crianças enfrentam estariam descritas pelas opções indicadas no questionário, colocou-se ainda como opção de resposta "Outra situação", na qual a criança poderia escrever por extenso sua resposta. Conforme mostra a tabela 16, 134 crianças marcaram esta opção e descreveram uma situação. Destas, 80 crianças não haviam marcado nenhuma das opções anteriores e 54 acrescentaram neste espaço mais uma situação ou procuraram explicar melhor a alternativa que haviam marcado anteriormente. Por exemplo, havia marcado doença e escreveu "câncer"; marcou a opção

“errar” e escreveu “quando desobedeço minha mãe”; e marcou briga e escreveu “insultos e ameaças”. As 134 respostas foram agrupadas em dez categorias, conforme descrito na tabela 16.

Como complementação a essa questão, perguntou-se à criança a qual pessoa se referia a situação indicada por ela. Foram dadas como opções de respostas “comigo mesmo”, “família”, “amigos” e “professor”. Do total, 1059 (65,7%) crianças responderam apenas uma das opções, e 424 (26,3%) responderam duas ou mais opções. As respostas indicaram que 55,5% dos participantes marcaram “comigo mesmo”, 37% “família”, 28,7% “amigos” e 12,3% “professor”. A questão trazia ainda a opção de “outras pessoas”, na qual a criança poderia mencionar alguém específico. Nessa opção, 54 crianças escreveram por extenso sua resposta, das quais 14 se referiam a membros da família, quatro a si mesmos e três a amigos, ou seja, apontaram as mesmas opções que já estavam disponíveis para serem assinaladas no instrumento. Adicionalmente, quatro crianças mencionaram “Deus” (crianças que já haviam dito estarem pensando em Deus, ao descreverem a situação de estresse), sete escreveram “pessoas queridas” ou “conhecidas”, nove escreveram “todos”, nove “ninguém”, duas escreveram “animais de estimação”, uma “vizinhos” e outra “outras pessoas”.

Tabela 16. Frequências das situações de estresse descritas pelas crianças na opção de resposta “outra situação”.

Situação descrita	**Exemplos**	Frequência (n)
Referência à pesquisa	"Estava pensando nas questões"; "legal"; "porque querem saber isso"	28
Valores e sentimentos positivos	"alegria"; "amor"; "bem"; "bondade, carinho"; "paz"	20
Situação Individual	"alguém me castigando"; “assalto"; "passar de ano e conseguir a faculdade"	16
Deus/Fé	"em Deus"; "pensando no meu Pai da minha religião, o pai Odé"	14
Sentimentos negativos	"ansioso"; "nervoso"; "falsidade"	12
Amigos e Família	"Amigos e família"; "Comigo e com meu pai"; "dinda"	11
Vida/ Problemas em geral	"a minha vida geral"; "muitas coisas"; "meus problemas"	10
Situação Familiar	"tenho medo que minha família duvide de mim"; "desemprego, brigas entre pai e mãe"	9
Situação na Escola	"Dois colegas meus estarem brigando"; "Na minha aula de patinação"	8
Doença ou morte	"câncer"; "eu tenho medo de morrer"	6
Total		**134**

Relação entre bem-estar e o uso de estratégias de *coping* religioso

Com o objetivo de avaliar a relação entre o bem-estar pessoal e o uso de estratégias de *coping* religioso, foram realizadas Análises de Regressão Linear Múltipla, método *stepwise*. Inicialmente foi realizada a regressão utilizando-se como variáveis independentes a Dimensão de CRP e a Dimensão de CRN. Em seguida, para melhor explorar os resultados, buscando identificar quais tipos de estratégias de cada dimensão predizem o bem-estar, foi feita nova análise a partir dos seis fatores encontrados na escala no estudo 1 (três de cada dimensão). As análises em questão foram realizadas dividindo os participantes em dois grupos, a partir do índice de prática religiosa: nenhuma ou baixa prática (n = 732), e média ou alta prática religiosa (n = 880). Com isso, buscou-se avaliar se há diferenças na relação das variáveis, em função da frequência de prática religiosa.

A análise realizada considerando-se como variáveis independentes as duas dimensões de *coping* está relatada na Tabela 17. Os dados indicam que para o grupo com nenhuma ou baixa prática religiosa a Dimensão de CRP (Beta = 0,24) e a Dimensão de CRN (Beta = -0,14) explicam 6,1% da variância do bem-estar. Já para o grupo com média ou alta prática religiosa o uso de estratégias de CRP (Beta = 0,28) e o uso de estratégias de CRN (Beta = -0,14) explicam 7,8% da variância do bem-estar.

Tabela 17. Regressão linear múltipla (*stepwise*) entre bem-estar pessoal e as variáveis CRP e CRN, separadamente por Grupo 1 (baixa ou nenhuma prática religiosa) e Grupo 2 (média ou alta prática religiosa).

	Variáveis do Modelo	**B**	**SE B**	**β**	***T***	***p***
Grupo 1	CRP	3,50	0,54	0,24	6,48	< 0,001
	CRN	-2,45	0,63	-0,14	-3,86	< 0,001
	R = 0,246	R^2 = 0,061	R^2 ajustado = 0,058			
Grupo 2	CRP	4,36	0,52	0,28	8,35	< 0,001
	CRN	-1,85	0,43	-0,14	- 4,30	< 0,001
	R = 0,279	R^2 = 0,078	R^2 ajustado = 0,076			

A análise realizada considerando-se como independentes os seis fatores da escala CRC identificados anteriormente está descrita na Tabela 18. Os resultados indicam que para o grupo com nenhuma ou baixa prática religiosa o fator de CRP "Crença no apoio de Deus" (Beta = 0,23) e o fator de CRN "Reavaliação de Punição" (Beta = -0,15) explicam 6,5% da variância do bem-estar. Já para o grupo com média ou alta prática religiosa, os fatores de CRP

"Crença no apoio de Deus" (Beta = 0,20) e "Intercessão" (Beta = 0,09), e o fator de CRN "Reavaliação de Punição" (Beta = -0,12), explicam 7,5% da variância do bem-estar.

Tabela 18. Regressão linear múltipla (*stepwise*) entre bem-estar pessoal e fatores da Escala CRC, separadamente por Grupo 1 (baixa ou nenhuma prática religiosa) e Grupo 2 (média ou alta prática religiosa).

	Variáveis do Modelo	**B**	**SE B**	**β**	***t***	***p***
Grupo 1	Crença no apoio de Deus	2,91	0,47	0,23	6,24	< 0,001
	Reavaliação de Punição	-1,84	0,44	-0,15	-4,14	< 0,001
	R = 0,254	R^2 = 0,065	R^2 ajust. = 0,062			
Grupo 2	Crença no apoio de Deus	3,06	0,65	0,20	4,73	< 0,001
	Reavaliação de Punição	-1,20	0,32	-0,12	-3,74	< 0,001
	Intercessão	0,97	0,46	0,09	2,12	0,034
	R = 0,274	R^2 = 0,075	R^2 ajust. = 0,072			

DISCUSSÃO

Bem-estar pessoal

A média geral do bem-estar pessoal encontrada para os participantes está acima da média normativa esperada para adultos em países ocidentais, entre 70 e 80 pontos (Cummins & Cahill, 2000). O índice médio também está acima da média encontrada em adolescentes brasileiros de 12 a 16 anos (*M* = 81,68; *DP* = 11,71) através do PWI (Casas, Sarriera, Alfaro, et al., 2012), e da média de adolescentes australianos de 12 a 18 anos (*M* = 74,7) com o PWI-SC (Tomyn & Cummins, 2011). Os dados estão mais próximos ao estudo realizado com 5.934 crianças espanholas, entre 11 e 14 anos, no qual se encontrou uma média de 89,58 utilizando uma versão adaptada do PWI, com oito itens (Casas & Bello, 2012).

No presente estudo, foram encontradas diferenças significativas na média do bem-estar pessoal entre as crianças de 8 a 9 anos e as de 12 a 13 anos, bem como entre as de 10 a 11 e as de 12 a 13 anos. Os resultados indicam um aumento na média do bem-estar das crianças de 10 a 11 anos em relação às crianças de 8 a 9 anos, e um decréscimo na média das crianças de 12 a 13 anos. Tal diferença por idade corrobora outros dados que vêm sendo apontados sobre a existência de diferenças no bem-estar em distintas fases do desenvolvimento. No estudo de Sarriera, Abs et al. (2012) com os adolescentes brasileiros, os autores destacam que a maior média do bem-estar foi apresentada pelos adolescentes de 12 anos (*M* = 83,7; *DP* = 12,1), e as menores médias nas idades de 15 (*M* = 80,1; *DP* = 11,7) e

16 (*M* = 80,5; *DP* = 11,5), com diferenças estatisticamente significativas entre as idades de 12 e 15 anos (*p* = 0,020) e entre 13 e 15 anos (*p* = 0,024). No estudo realizado na Espanha (Casas & Bello, 2012), os adolescentes mais velhos, no caso 13 e 14 anos, apresentaram as médias mais baixas (85,38). Tomyn e Cummins (2011) igualmente encontraram as maiores médias nos adolescentes mais novos (12 a 13 anos), em comparação aos adolescentes mais velhos.

Giacomoni (2002), ao construir a Escala de Afeto Positivo e Negativo para crianças brasileiras, realizou um estudo com 661 crianças de 07 a 12 anos. No estudo, a autora encontrou efeito principal para faixa etária, $F(2, 621) = 9{,}02$; $p = 0{,}01$, somente para a subescala de Afeto Positivo. As diferenças foram encontradas entre as crianças de 7 a 8 anos (*M* = 4,20; *DP* = 0,56), que relataram maiores níveis de afeto positivo, e as crianças de 9 a 10 anos (*M* = 3,99; *DP* = 0,59) e as crianças de 11 a 12 anos (*M* = 3,91; *DP* = 0,59) que reportaram menores níveis de afeto positivo.

Também no estudo de construção e validação da Escala multidimensional de satisfação de vida para crianças, Giacomoni e Hutz (2008) encontraram diferenças entre faixas etárias em diferentes domínios de satisfação investigados. As crianças de 7 e 8 anos apresentaram maiores níveis de satisfação consigo mesmo do que as crianças de 11 e 12 anos; as crianças de 9 e 10 anos apresentaram maiores níveis de satisfação com a família do que as de 11 e 12 anos, bem como no domínio Amizade. Apenas no domínio "*Self* Comparado", que agrupa itens relacionados a avaliações comparativas com os pares, as crianças de 7 e 8 anos apresentaram médias menores que as de 9 e 10 anos e as de 11 e 12 anos.

Nesse sentido, os resultados do presente estudo reforçam a idéia de que o bem-estar não se mantém estável ao longo da vida (Casas & Bello, 2012). Observa-se que os dados corroboram a literatura em relação à existência de um decréscimo do bem-estar a partir dos 12 anos. Pode-se pensar que esse decréscimo pode estar relacionado com questões do desenvolvimento. Embora a adolescência seja uma época de oportunidades para o crescimento físico, cognitivo e social, bem como para o desenvolvimento da autonomia, autoestima e intimidade, todas essas mudanças também trazem consigo alguns desafios. Por exemplo, devido a grandes mudanças hormonais há maior presença de emoções negativas, como angústia e hostilidade entre as meninas, bem como um aumento na prevalência de depressão (Papalia & Feldman, 2013). E, mesmo que a adolescência seja considerada um período muito saudável do desenvolvimento, com uma percepção positiva de saúde (Page et al, 2009; Simões, Matos & Batista-Foguet, 2008), com menores índices de doenças e menor uso de serviços de saúde (Rosa, 2003), além das questões hormonais, algumas questões do estilo de vida podem trazer menor bem-estar físico e mental: como menor diminuição da prática de atividade física e menos horas de sono do que o necessário (Papalia & Feldman,

2013), bem como uma maior preocupação com a imagem corporal, que pode levar a transtornos alimentares (Branco, Hilário & Cintra, 2006; Graup et al, 2008).

Em relação à variável sexo, foi encontrada diferença significativa na média do bem-estar: meninas apresentaram índice inferior ao dos meninos. É fato que a literatura existente é bastante divergente quanto a esse dado, visto que alguns estudos apontam diferenças significativas e outros não. Dessa forma, o presente estudo corrobora as pesquisas que mostram diferença por sexo. Por exemplo, em pesquisa com 1588 adolescentes brasileiros do Estado do Rio Grande do Sul, foram encontradas diferenças significativas por sexo: meninos apresentaram médias superiores (82,52) às meninas (81,16) (Sarriera, Bedin et al., 2012). Pode-se tomar como exemplo ainda o estudo da UNICEF Espanha (Casas & Bello, 2012), onde foram encontradas diferenças por sexo utilizando-se o PWI (com maior média das meninas), bem como na pesquisa com os adolescentes australianos, em que o índice de bem-estar (através do PWI-SC) mostrou-se mais alto para as meninas do que para os meninos (Tomyn & Cummins, 2011).

Através do efeito de interação encontrado entre sexo e idade, pode-se observar que a maior diferença de médias é encontrada entre meninos e meninas aos 12 e 13 anos. Os meninos apresentam maior índice de bem-estar aos 8 e 9 anos e as meninas aos 10 e 11 anos (muito embora nesta idade as médias estejam muito próximas). Aos 12 e 13 anos há um decréscimo significativo no bem-estar tanto de meninos quanto de meninas, entretanto elas apresentam médias consideravelmente inferiores.

Analisando os resultados do presente estudo em conjunto com os dos estudos referidos, percebe-se que há uma tendência do bem-estar ser maior na infância e diminuir durante a adolescência, visto que as crianças de 12 e 13 anos estão justamente na fase de transição para a adolescência. Note-se, entretanto, que embora haja decréscimo, observa-se que essas crianças ainda apresentam média de bem-estar superior a da população em geral. Casas (2010) observa que os resultados apontados pela maioria das pesquisas indicam que o declínio subsequente com a idade não alcança valores muito mais baixos que a média, muitas vezes permanecendo dentro dos parâmetros normativos para o entorno cultural da população estudada.

Em relação ao sexo, observa-se que não há um padrão esperado, visto que certos estudos apontam diferenças enquanto outros afirmam que estas não são significativas. O estudo realizado com adolescentes brasileiros utilizando o PWI como instrumento encontrou diferença significativa, tendo as meninas uma média menor (Sarriera, Bedin, et al., 2012). Outros estudos internacionais que também fazem uso do PWI e cujos resultados apontam diferenças significativas, encontraram a média das meninas superior a dos meninos (Casas &

Bello, 2012; Tomyn & Cummins, 2011). Já estudos que utilizaram outros instrumentos para avaliar o bem-estar em geral não apontam essas diferenças, tanto internacionalmente (Casas & Bello, 2012; Huebner, 2004; Rees et al., 2010), como no Brasil (Bueno et al., 2010; Giacomoni & Hutz, 2008). É possível que tais observações indiquem uma sensibilidade maior do instrumento em relação a esta variável.

Em relação à satisfação com cada âmbito da vida investigado pelo estudo, pode-se observar que a maior média foi em relação a "todas as coisas que tem", seguida por "com a sua saúde". As menores médias foram obtidas em relação a "fazer coisas longe de casa" e "seu relacionamento com as pessoas em geral".

Com os adolescentes brasileiros (12 a 16 anos), resultados anteriores indicaram maior satisfação com a saúde (M = 84,6; DP = 15,96), seguido pelo relacionamento com as outras pessoas (M = 83,0; DP = 17,54) e pelo nível de vida (M = 82,9; DP = 15,82), que é o item correspondente a "todas as coisas que você tem" no PWI-SC. Os adolescentes indicaram menor satisfação com sentir-se seguro (M = 75,7; DP = 20,49) e com o futuro (M = 77,8; DP = 20,07) (Casas, Sarriera, Alfaro, et al., 2012).

Na pesquisa realizada utilizando como medida o PWI-SC, por Tomyn e Cummins (2011), os resultados dos participantes de 12 a 13 anos indicaram que o item com maior índice de satisfação foi com "relacionamento com as outras pessoas", seguido por "todas as coisas que você tem". As menores médias foram obtidas nos itens "fazer coisas longe de casa" e "com as coisas nas quais você quer ser bom".

Ressalta-se que o item "fazer coisas longe de casa", que obteve a menor média para as crianças, tem como objetivo avaliar a satisfação da criança com seu senso de pertença à sua comunidade. Na escala original formulada para adultos a pergunta é descrita da seguinte forma: "Quanto satisfeito você está com se sentir parte de sua comunidade?". Os autores da escala explicam que o termo comunidade pode levar a pessoa a pensar em um grupo específico (como a escola, por exemplo) ou uma comunidade maior (como o bairro). O senso de pertencer a uma comunidade deve derivar de atos comportamentais ou não, com ou sem outras pessoas, sempre fora de casa (Cummins & Lau, 2005). A pergunta para as crianças foi reformulada com o objetivo de melhorar a compreensão do item. Cummins e Lau (2005) afirmam que embora o item da PWI-SC não seja exatamente igual a da escala dos adultos, em geral mantém as características apontadas acima e deve ser preferida para esta população.

Assim, pode-se pensar que uma menor satisfação das crianças com este aspecto ocorra porque a extensão das relações sociais delas ainda são mais restritas ao âmbito da família e da escola e, talvez, ao responder a esse item as crianças não tenham necessariamente se remetido ao contexto escolar, mas pensado em outras situações em que se vêem longe de sua família

(fora de casa). Deve-se ressaltar que tal observação é apenas uma inferência, visto que esse dado não foi investigado em profundidade. O que se pode afirmar é que as crianças estão menos satisfeitas com este domínio de suas vidas em comparação aos demais aspectos investigados.

Uso de estratégias de *coping* religioso

Os resultados indicam que as crianças utilizam estratégias de *coping* religioso positivas e negativas para lidar com diferentes situações de suas vidas. Apontam, ainda, para o uso mais frequente de estratégias positivas do que negativas, conclusão que está em linha com os achados da literatura empírica (Benore et al., 2008; Bjorck & Thurman, 2007; Panzini, 2004; Valcanti et al., 2012). As estratégias positivas mais utilizadas têm em comum a crença no apoio e na proteção de Deus, e em suas orações de petição pela assistência de Deus no controle da situação estressora. As menos utilizadas estão relacionadas à busca de ajuda junto ao líder religioso, e a respostas de rituais religiosos (por exemplo, ir à igreja). As estratégias negativas mais comuns entre as crianças referem-se ao desapontamento em relação ao apoio e proteção de Deus e à avaliação do problema como punição ou castigo.

A tendência das crianças a se voltarem mais para as estratégias que refletem uma relação positiva e segura com Deus e com a fé corrobora apontamentos da literatura. Por exemplo, no estudo de Ezop (2002) com crianças com asma, as estratégias positivas mais utilizadas também foram a crença de que Deus está cuidando delas e que ele irá ajudá-las a superar o problema. As menos utilizadas foram falar com um ministro/padre/pastor e ir à igreja. Em relação às estratégias de *coping* negativo também coincidiu a estratégia mais usada (por que Deus deixa isso acontecer), e as menos relatadas: ficar bravo com Deus e deixar de acreditar em Deus.

Também no estudo de Benore et al. (2008), as estratégias mais utilizadas pelas crianças foram "eu penso que Deus está cuidando de mim", "eu penso que Deus vai me ajudar a superar isso" e "eu penso que Deus está sempre comigo". As menos utilizadas também se referiram a falar com um ministro e a recorrer aos rituais religiosos (ir à igreja e ler a bíblia). Em relação ao *coping* negativo destacam-se as estratégias "penso que o mal fez isso para mim" e "eu me pergunto por que Deus deixa isso acontecer comigo".

Nesta mesma direção, Pendleton et al. (2002) concluíram que as crianças entrevistadas em seu estudo mantinham uma imagem de Deus amoroso e auxiliador, além de um senso de conforto e cuidado em sua comunidade de fé. Os autores afirmam que o tema do apoio de Deus é muito comum na percepção das crianças das imagens de Deus, das qualidades da personalidade de Deus, da sua relação com Deus, do local de Deus, da importância de Deus, e

dos meios que Deus usa para apoiá-las quando estão doentes. O fato de as estratégias mais frequentemente apontadas pelas crianças, tanto as positivas quanto as negativas serem aquelas que se referem à crença em Deus, corroboram a afirmação de que o conceito de Deus, de um ser divino, é o mais próximo das crianças (Mamede-Neves, 2005).

Esses resultados indicam que as crianças fazem um maior uso das estratégias de *coping* religioso relacionadas à dimensão experiencial da religião, que se refere à experiência religiosa individual. Nos itens investigados, a dimensão experiencial indica o relacionamento da criança com um ser divino, que pode ser traduzido em estratégias de *coping* tanto positivas quanto negativas.

A importância do estudo da experiência religiosa, ao invés do estudo dos aspectos institucionais da religião tem sido referida por autores de diferentes áreas, como Teologia, Filosofia e Psicologia. De acordo com Roy (2011), a importância da individualidade humana surgiu no século XVI, especialmente com as ideias de Martinho Lutero sobre sua própria experiência, em que enfatizava em sua atitude religiosa os aspectos da sua fé e confiança em Jesus. No entanto, foi no século XIX que o conceito de experiência religiosa tornou-se central na Teologia, com Friedrich Schleiermacher, e se manteve predominante no início do século XX, com os modernistas católicos na França e na Inglaterra, e autores como William James nos Estados Unidos, bem como Ernst Troeltsch e Rudolf Otto, na Alemanha. Especialmente os escritos de Otto (2007) e Eliade (2001) trazem a diferenciação do aspecto institucional e doutrinário da religião, do aspecto da experiência religiosa individual. Na Psicologia, Marques (2009) afirma que tanto teóricos pioneiros nos estudos acerca desta temática (Wundt, James, Jung e Maslow), como outros autores de significativa importância para a área (Frankl, Allport, Rogers e Freud), mantiveram o foco prioritário na experiência da espiritualidade, seja relacionada a religiões ou fora delas.

Os resultados encontrados reforçam a importância do estudo da experiência religiosa no processo de *coping* também com crianças. Ressalta-se que Pargament (1997) ao propor o estudo da religião e do *coping*, afirma que quando fala em religião e, portanto, pode-se abranger para o *coping* religioso, engloba tanto os aspectos de expressão religiosa, enquanto instituição, como a expressão pessoal, individual. Nessa última, inclui a vivência da espiritualidade, as crenças sobre o sagrado e as práticas religiosas individuais. Assim, as estratégias de *coping* religioso englobam tanto aspectos mais específicos individuais, como aspectos da vivência religiosa em relação a uma instituição (por exemplo, pedir auxílio do líder da religião, ou de membros da comunidade religiosa).

A partir dos resultados deste estudo, vê-se que o uso de estratégias relacionadas à dimensão institucional da religião obteve índices menores. As estratégias positivas menos

utilizadas pelas crianças, tanto no presente estudo quanto nos demais citados, referem-se a falar com um ministro religioso e a recorrer aos rituais religiosos (ir à igreja e ler a bíblia). É interessante notar, entretanto, que essas estratégias aparecem frequentemente em estudos com adultos. Por exemplo, Yoffe (2012) destaca que o apoio dos líderes religiosos e a leitura de textos sagrados são fontes importantes de apoio, que permitem às pessoas atribuírem sentido à sua vida e às perdas sofridas. Também Tepper, Rogers, Coleman e Maloney (2001), em estudo com 400 pacientes atendidos por serviços de saúde mental em Los Angeles observaram que a estratégia de *coping* religioso mais utilizada foi a oração (59%), seguida por assistir a serviços religiosos (35%), adorar a Deus (35%), meditar (33%), ler as escrituras sagradas (30%) e encontrar-se com um líder espiritual (15%).

Pode-se concluir, portanto, que essas são estratégias utilizadas mais frequentemente por adultos do que por crianças. Pendleton et al. (2002) afirmam que, embora muitas crianças relatem utilizar um conjunto de comportamentos ritualísticos relacionados à sua religião, incluindo a frequência à igreja, apenas algumas mencionam se voltar para esses rituais em resposta à situação de estresse.

As diferenças por sexo e idade não foram exploradas nos demais estudos sobre *coping* religioso com crianças que foram identificados na literatura, não sendo possível, portanto, comparar resultados. Por outro lado, a literatura sobre *coping* em geral (não especificamente religioso), aponta para diferenças relacionadas ao sexo e idade. Especificamente em relação ao sexo, há indicações de que esse aspecto pode influenciar na escolha das estratégias de *coping* a serem utilizadas, especialmente porque meninos e meninas são socializados diferentemente (Dell'Áglio, 2003). Porém, os dados do presente estudo indicam que não há diferença significativa por sexo, tanto em relação às estratégias de CRP como as de CRN.

Em relação à idade, observam-se diferenças em relação ao uso de estratégias de CRP, com uma tendência à diminuição de sua utilização à medida que aumenta a idade. Essa diferença não foi observada em relação às estratégias de CRN. A relação que as crianças mantém com um ser superior é descrita em termos de desenvolvimento por James Fowler, que foi um dos primeiros pesquisadores a estudar sistematicamente o desenvolvimento da fé ao longo da vida. E, embora atualmente algumas críticas sejam feitas à sua descrição do desenvolvimento da fé ao longo de seis estágios, sua teoria continua sendo importante neste campo (Papalia & Fieldman, 2013).

Fowler e Dell (2006) afirmam que a teoria do desenvolvimento da fé pretende descrever padrões, a partir do desenvolvimento cognitivo, moral e outras formas de desenvolvimento que constituem o relacionamento de uma pessoa com o transcendente ou um

ser maior (dentro ou fora de uma comunidade de fé religiosa). Seus estágios se aproximam aos estágios descritos por outros estudiosos do desenvolvimento: Piaget, Kohlberg e Erikson.

Os três primeiros estágios de fé corresponderiam a fases da infância à adolescência, porém Fowler e Dell (2006) afirmam que embora se pense em idades mínimas para uma pessoa mudar de estágio, devido às capacidades em desenvolvimento (como a capacidade cognitiva), nem todas as pessoas alcançam todos os estágios, e é possível encontrar adultos vivenciando a fé em uma das fases descritas como pertencendo à infância. Fowler chama o primeiro estágio, que corresponderia até a primeira infância, como “fé intuitiva-projetiva”. Nesta fase a criança desenvolve sua fé, após ter desenvolvido o que Erikson chama de confiança básica. Elas formam imagens poderosas imaginativas de Deus, do céu e do inferno. Pensam em Deus principalmente em termos da obediência e da evitação da punição (Papalia & Feldman, 2013).

A segunda fase, chamada de fé mítico-literal, seria a partir da infância média (dos sete aos 12 anos). Nesta fase as crianças acreditam que Deus é justo e que as pessoas recebem aquilo que merecem (Papalia & Feldman, 2013). Fowler e Dell (2006) Afirmam que nesta fase o pensamento operacional concreto (Piaget) possibilita formas mais estáveis de interpretação e formação de experiência e significados. Em geral, as crianças pensam em termos de justiça simples e reciprocidade moral. Por isso, a imagem de um ser superior, de Deus é muitas vezes construída sobre um modelo consistente e carinhoso, mas ao mesmo tempo a criança acredita que a bondade é recompensada e a maldade é punida.

Esse pensamento mítico-literal começa a diminuir com a descoberta de que pessoas más não necessariamente sofrem por suas transgressões, e muitas vezes, as coisas ruins acontecem a pessoas boas. Dessa forma Fowler usa o termo "ateus de 11 anos" para as crianças que, em tendo essa experiência, temporariamente ou permanentemente desistem da crença em um Deus (Fowler & Dell, 2006).

A terceira fase para Fowler (fé sintética ou convencional) seria a partir da adolescência, com o uso do pensamento abstrato. Nessa idade as pessoas começam a adotar sistemas de crença e compromisso com ideais, e podem procurar um relacionamento mais pessoal com Deus (Papalia & Feldman, 2013). Para Fowler e Dell (2006) as representações de um ser superior podem ser preenchidas com as qualidades pessoais de amor aceitação, compreensão, lealdade e apoio durante tempos de crise.

Embora Fowler e Dell (2006) citem a imagem de Deus como apoio em situações de crise apenas a partir da adolescência, os resultados do presente estudo indicam que as crianças fazem uso de estratégias vinculadas especialmente às imagens que têm de Deus, já na fase em que foram investigadas: dos 08 aos 13 anos e, portanto, na fase denominada de mítico-literal.

A diminuição do uso de estratégias de CRP pelas crianças de 12-13 anos, pode ser compreendida a partir da leitura de Fowler como uma característica do final do estágio dois.

Recorrendo à literatura sobre *coping* na infância, vê-se que as diferenças por idade são esperadas na escolha das estratégias de *coping* em geral, pois essas se modificam de acordo com o desenvolvimento (Dell'Áglio, 2003). Por exemplo, Dell'Aglio e Hutz (2002), ao investigarem estratégias de *coping* de crianças e adolescentes de sete a 15 anos no Sul do Brasil, constataram mudança na utilização de estratégias de acordo com a idade: prioritariamente passivas e dependentes (inação e busca de apoio), entre as crianças; e mais ativas e independentes (ação agressiva e ação direta), entre os adolescentes. Dell'Áglio (2003) afirma que com o aumento da idade, a criança passa a ter mais acesso a seus próprios pensamentos e estratégias, aumentando assim seu repertório de respostas a diferentes situações.

Pode-se pensar que as estratégias de CRP mais utilizadas referem-se justamente à busca de apoio e proteção em Deus e na necessidade de assistência no controle da situação. É possível que a diminuição no seu uso indique que as crianças maiores percebam deter um maior controle das situações relatadas, ou, ainda, pode-se pensar que façam uso de outras estratégias não avaliadas pelo estudo. Salienta-se, porém, que tais observações são apenas inferências, visto que não há informações suficientes para se tirar conclusões desses achados.

Aspectos religiosos das crianças

Ao se investigar o uso de estratégias de *coping* em determinado grupo populacional, é necessário que se conheçam certos aspectos do contexto dessa população, visto que cada pessoa traz consigo experiências e recursos que estão diretamente relacionados ao modo de se entender uma situação e lidar com ela. As crenças, práticas e relacionamentos religiosos fazem parte desse sistema de orientação (Pargament, 1997). Assim também as estratégias de *coping* religioso formam parte desse sistema, ao mesmo tempo em que o sistema de orientação influencia o tipo de estratégia de *coping* religioso usada em determinadas situações, por exemplo, através da orientação religiosa e o apego com Deus (Pargament et al., 2005). Dessa forma, também foram investigadas neste estudo algumas variáveis do contexto das crenças e práticas religiosas dos participantes.

Em relação ao questionamento da importância da fé/religião, os dados indicam que 82,9% das crianças a consideram como importante ou muito importante. Resultado semelhante foi obtido por Ezop (2002) visto que 81% das crianças americanas de seu estudo afirmaram considerarem sua fé importante ou muito importante. Com adultos da população do Rio Grande do Sul, Brasil, esse percentual mostrou-se ainda maior visto que Panzini (2004)

obteve que 9,4% dos participantes declararam que a religião é apenas relativamente, pouco ou nem um pouco importante em suas vidas. Já a partir das questões de prática religiosa foi possível identificar entre as crianças participantes que 54,6% apresentam média ou alta prática, enquanto 45,4% apresentam nenhuma ou baixa prática. O resultado indica que, independentemente de praticar ou não a sua crença religiosa, os participantes a consideram como uma dimensão importante de suas vidas.

Panzini (2004) ressalta que embora publicações leigas circulem notícias afirmando que o Brasil é um país "de fé", é importante destacar os dados de pesquisas científicas que indicam a importância da crença religiosa para a população. A autora destaca que em sua amostra de adultos, 97,9% dos participantes afirmou acreditar em Deus, 90,6% considerou a religião importante ou muito importante, bem como importante ou muito importante (87,6%) para lidar com o estresse. Dessa forma pode-se concordar com Panzini (2004) em sua afirmação de que dados como esses alertam aos *"pesquisadores científicos de qualquer área, que as questões e aspectos religioso-espirituais são parte importante da vida de expressiva monta da população brasileira"* (p. 149).

Quanto à identificação de pertencer a uma religião, observa-se que 74,2% das crianças identificaram uma religião, 5,5% mais de uma e 13% afirmaram não ter religião. Observa-se que a religião com maior número de participantes é a Católica (51,9%), seguida pela Evangélica (15,5%) e pela Espírita (8,3%).

De acordo com o último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010 (IBGE, 2012), tem-se confirmado o crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil, especialmente nas áreas mais urbanas. Destaca-se especialmente a diminuição do número de católicos e o aumento do número de evangélicos. Analisando-se a distribuição da população religiosa no Sul do Brasil têm-se 70,1% católicos, 20,2% evangélicos (incluindo os protestantes, denominados de evangélicos de missão), 2% espíritas, 0,6% da Umbanda e Candomblé. Além disso, 4,8% se declaram sem religião e 2,2% pertencentes a outras religiões. No censo brasileiro, apenas 0,1% não declarou uma religião ou disse não saber. O documento do IBGE (2012) traz ainda a distribuição das religiões por faixa etária, indicando que a população brasileira entre 05 e 14 anos é formada por 73,1% de Católicos, 16,9% de Evangélicos, 0,8% de Espíritas, 0,2% da Umbanda e Candomblé, 1,8% de outras religiosidades e 6,8% sem religião.

Vê-se que a porcentagem de crianças que se declararam Católicas e Evangélicas (incluindo as protestantes) no presente estudo está mais próxima aos dados apresentados pelo IBGE em relação à Região Sul do país, do que em relação aos dados da mesma faixa etária a nível nacional. Já em relação ao número de Espíritas e de membros da Umbanda e

Candomblé, bem como de outras religiões (incluindo Judaica e Testemunha de Jeová), os números estão acima dos dados apresentados pelo Censo. Ressalta-se que 5,5% das crianças declaram-se na presente pesquisa como tendo mais de uma religião, o que não é indicado nestes dados do Censo brasileiro.

Outro dado relevante refere-se ao número de crianças participantes da pesquisa que se declararam sem religião (13%), número acima do esperado. O relatório do Censo destaca que a Região Sul do país é a que possui o menor grupo de pessoas que se declaram sem religião (4%), enquanto a média nacional é de 8%. Já o número de crianças brasileiras (05 a 14 anos) que não possuem nenhuma religião, de acordo com o Censo é de 6,8%.

Algumas considerações podem ser feitas a respeito desses aspectos. Muitos adultos brasileiros que se declaram pertencentes a alguma religião são não-praticantes. Talvez algumas crianças que não tenham frequência de prática da sua religião se considerem como não possuindo uma religião específica e, por isso, tenham assinalado tal resposta. Outra questão é que geralmente quem responde ao Censo são os responsáveis pelas crianças. Esse aspecto é levantado pelo próprio relatório que afirma que os resultados dos grupos etários na infância devem considerar que os dados são, em geral, provenientes dos adultos.

Situações de estresse sugeridas pelas crianças

Ao analisar as situações de estresse indicadas pelas crianças, percebe-se que em geral elas afirmaram utilizar as estratégias de *coping* em mais de uma situação específica de suas vidas. As respostas mais apontadas foram situações que envolvem erros, dúvidas e notas escolares, indicando que essas são as situações de estresse mais comuns vivenciadas por estas crianças.

A literatura aponta que, em geral, as pessoas utilizam mais as estratégias de *coping* religioso em situações extremas, como em casos de doenças ou morte (Pargament et al., 2000), ou seja, em situações em que geralmente se vêem impotentes, sem controle da situação. Por exemplo, no estudo realizado por Panzini (2004), a autora identificou que as situações indicadas pelos participantes adultos como sendo aquelas em que eles mais utilizavam estratégias de *coping* religioso referiam-se a problemas de saúde, como doenças (22,46%) e morte (10,31%), e problemas relacionados à família (15,96%). Da mesma forma, Pargament et al. (2000) relataram que dos 540 participantes de seu estudo com média de idade de 19 anos (variando de 18 a 38), 22,1% relataram como problema a morte de um membro da família, 14,1% a morte de um amigo, 12,2% problemas de relacionamento amoroso, 9,3% doença de um familiar, 8% doença própria e 7% conflitos relacionados à família como separação e divórcio.

Pode-se imaginar que essas não sejam as situações mais comumente vivenciadas pelas crianças participantes desse estudo e, por isso, tenham sido menos apontadas. Pode-se entender também que para essas crianças é necessário recorrer a algumas estratégias religiosas quando, por exemplo, erram, estão em dúvida ou têm problemas com notas na escola, o que pode indicar que consideram essas situações como estando fora de seu controle. Entretanto, ainda que isso indique que estas são situações nas quais as crianças buscam apoio (em Deus), isso não significa que não façam uso concomitante de outras estratégias não-religiosas para lidar com a situação. Estratégias não-religiosas não foram analisadas neste estudo, no entanto, outros trabalhos indicam o uso concomitante de diferentes estratégias – religiosas e não-religiosas (Benore et al., 2008; Volkenant, 2011).

Com relação à pergunta sobre a qual ou quais pessoas se refere à situação indicada, as respostas das crianças corroboraram a literatura no sentido de que indicam que as situações de estresse na infância se referem especialmente a situações com os pais, outros membros da família, pares e professores, além de consigo mesmo (Dell'Áglio, 2003; Raimundo & Marques Pinto, 2007; Ryan-Wenger et al., 2005). Note-se que no presente estudo os professores foram os menos citados pelas crianças.

Deve-se ressaltar que o formato dessa questão, mesmo com o mérito de ter facilitado o preenchimento pelas crianças, dificultou a análise das relações entre as estratégias específicas utilizadas em cada situação, visto que mais de 40% das crianças indicaram mais de uma situação. Em relação às situações citadas, salienta-se que 28 crianças escreveram que estavam pensando em algo relacionado ao preenchimento da pesquisa e 20 crianças descreveram valores ou sentimentos positivos. Embora seja um número pequeno de respostas dentro da amostra total, pode-se pensar que essa questão não foi compreendida por todas as crianças, e em um próximo estudo poderá ser repensada e descrita de outra forma.

Relação do bem-estar com uso de estratégias de *coping* religioso

Os estudos que buscam avaliar as consequências do uso de estratégias de *coping* religioso para as pessoas avaliam essa relação através da divisão das estratégias em duas dimensões: positiva e negativa. Essa divisão foi realizada justamente com base em resultados anteriores que indicavam a relação de algumas estratégias com um maior bem-estar (por isso, denominadas de positivas), e de outras com um menor bem-estar (estas denominadas de negativas) (Pargament, 1997).

Dessa forma, no presente estudo se procurou manter tal avaliação com o objetivo de se confirmar ou não a divisão em duas dimensões (positiva e negativa), bem como de tornar possível a comparação dos resultados com estudos anteriores. As análises realizadas

confirmaram o que vem sendo apontado pela literatura, pois tanto as estratégias de *coping* positivas mostraram-se preditoras de bem-estar, como as negativas mostraram-se preditoras de menor bem-estar.

No Brasil, essa relação foi investigada com adultos. Faria e Seidl (2006) investigaram a contribuição das estratégias de *coping* religioso para o bem-estar de pessoas com HIV/Aids, e identificaram que as estratégias de *coping* religioso positivo foram preditoras de afeto positivo, enquanto as estratégias de *coping* religioso negativo foram preditoras para afeto negativo.

No estudo de Panzini (2004), o uso de estratégias de *coping* se correlacionou significativamente com a qualidade de vida dos participantes, sendo que o CRN esteve negativamente correlacionado à qualidade de vida em grau maior do que o CRP esteve positivamente correlacionado com o construto. A pesquisadora encontrou ainda que os participantes que apresentaram escores mais altos de *Coping* Religioso Total (índice calculado a partir das duas dimensões), mostraram maiores níveis de qualidade de vida em todos os domínios do instrumento utilizado (WHOQOL-bref), bem como maior classificação objetiva de saúde.

Internacionalmente, foram realizados estudos com crianças que apontaram que o *coping* negativo apareceu como preditor de pouco ajustamento à hospitalização e de maior ansiedade (Benore et al., 2008), e relacionado negativamente ao ajustamento face a problemas de forma geral, bem como específicos da doença crônica investigada (Ezop, 2002). Esses dois estudos não encontraram a relação esperada entre as estratégias de *coping* positivas e as medidas positivas de saúde utilizadas. Ezop inclusive ressalta que a dimensão positiva mostrou correlação com maior dificuldade de comunicação no enfrentamento da asma.

No presente estudo, optou-se por realizar as análises de regressão separadas para os dois grupos de prática religiosa, identificados a partir do índice de frequência de prática. Essa divisão identificou que para os dois grupos a dimensão de CRP foi preditora de maior bem-estar e a dimensão de CRN foi preditora de menor bem-estar, corroborando a literatura (Panzini, 2004; Pargament, 1997).

Visto que as análises fatoriais e de consistência interna realizadas no estudo 1 indicaram um funcionamento adequado da escala a partir de seis fatores (três pertencentes a cada dimensão), optou-se por realizar nova análise para investigar mais especificamente quais tipos de estratégias investigadas realmente contribuem para o bem-estar desta população. Os resultados indicaram que para o Grupo com nenhuma ou baixa prática religiosa, o fator de CRP "Crença no apoio de Deus" e o fator de CRN "Reavaliação de Punição" explicaram 6,3% da variância do bem-estar. Já para o Grupo com média ou alta prática religiosa os

fatores de CRP “Crença no apoio de Deus” e “Intercessão”, e o fator de CRN “Reavaliação de Punição”, explicaram 7,1% da variância do bem-estar. Assim, em relação aos fatores, esses dados apontam que é a relação de confiança no auxílio de Deus que contribui para o bem-estar, enquanto que o fato de compreender as situações de estresse vivenciadas como uma punição diminui o bem-estar, para ambos os grupos. O fator “Intercessão” aparece como preditor apenas para o grupo que apresenta maior prática religiosa.

O fato da crença no auxílio de Deus estar presente tanto em grupos com prática religiosa como grupos sem a prática, já foi destacado em outros estudos. Por exemplo, Pendleton et al. (2002) relatam o caso de um menino de 10 anos que, ao estar internado devido a uma doença crônica, relatou aos pesquisadores sua forte crença em Deus. Seus familiares se surpreenderam com seu relato, pois de acordo com sua mãe, o menino nunca havia estado em uma igreja e esse não era um assunto presente na família. O menino afirmou acreditar em Deus, afirmando ainda que gostaria que seus médicos e outras pessoas orassem por ele, pois através da oração poderiam encontrar a cura.

Neste sentido, Ferreira et al (2012) destaca que, embora 7,3% de brasileiros afirmaram não ter uma religião no ano 2000, deste percentual apenas 0,5% afirmaram não acreditar em Deus. Também no estudo de Panzini (2004), os dados indicaram que 97,9% dos 616 participantes declararam que acreditavam em Deus, enquanto que 9,8% declararam-se sem religião. Esses dados indicam que mesmo dentre aquelas pessoas que referem não ter uma religião e não ter prática religiosa, muitas acreditam em Deus e recorrem a ele, apontando para uma experiência individual com um ser superior.

Pode-se afirmar que embora a variância explicada do bem-estar pelo uso de estratégias de *coping* religioso seja pequena, os resultados confirmam o que vem sendo apontado pela literatura: tanto as estratégias de *coping* positivas quanto as negativas relacionaram-se com o bem-estar no sentido esperado. Também os dados indicam que a variância explicada do bem-estar é um pouco maior para o grupo com maior prática religiosa, em relação ao grupo com menor prática. Note-se que essa diferença diminui quando a contribuição dos fatores é avaliada. Ressalta-se ainda que apesar do baixo relato do uso de estratégias de *coping* negativo pelas crianças e sua menor correlação com o bem-estar, essa dimensão mostrou-se preditora de menor bem-estar. Levando em consideração, portanto, os achados do presente trabalho e os resultados apontados pela literatura científica citada ao longo desse estudo, entende-se que a utilização de estratégias de *coping* religioso negativas deve continuar sendo investigada e incluída em estudos futuros.

CAPÍTULO IV
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo principal investigar a relação entre o bem-estar pessoal e o uso de estratégias de *coping* religioso em crianças. Ambas as temáticas têm sido pouco investigadas no contexto brasileiro.

Sobre o bem-estar infantil encontram-se alguns poucos estudos publicados nos últimos anos, e que podem apontar para um campo emergente dentro da Psicologia brasileira. Mais do que se preocupar com o que faz as crianças se sentirem bem e como está esse aspecto na vida delas, os estudos nacionais relatados na revisão bibliográfica têm o mérito de estarem realizando essa pesquisa com as próprias crianças (Giacomoni, 2002; Giacomoni & Hutz, 2008; Poleto & Koller, 2011). Essa é uma preocupação que vem sendo apontada por autores internacionais, pois como afirmam Casas e Bello (2012), as crianças são bons informantes quando os adultos sabem escutá-las. De acordo com os autores, ainda que as crianças compreendam perguntas e formulem suas respostas de maneira diferente da dos adultos isso não quer dizer que suas respostas não tenham credibilidade e confiabilidade. Mas é um exercício para os pesquisadores saber escutar as crianças, e evitar concluir respostas a partir de um ponto de vista adultocêntrico.

Essa pesquisa tentou se orientar nessa direção, desde o seu começo com a formulação do tema em questão. Este foi gerado inicialmente a partir de um trabalho anterior com crianças, que indicaram uma faceta das suas vidas que elas consideraram importante (Strelhow et al., 2011): a vivência das suas crenças religiosas como estratégias de *coping* diante de situações difíceis. Essa indicação das crianças corrobora a literatura científica internacional que vem apontando para o uso do *coping* religioso em crianças. De forma especial, demonstra a importância de um olhar integral da Psicologia para o ser humano, com a necessidade de se olhar a dimensão espiritual juntamente às dimensões biológica, psicológica e social na avaliação dos processos de saúde e qualidade de vida (Sarriera, 2004). No Brasil, o tema do *coping* religioso tem sido abordado em adultos, porém não foram encontrados até o presente momento estudos com crianças dentro dessa temática na área da Psicologia.

Dessa forma, uma contribuição deste trabalho refere-se à validação da escala de *coping* religioso para as crianças do Sul do Brasil. Pode-se afirmar que a escala apresentou bons indicadores de funcionamento para essa amostra, mostrando-se um instrumento promissor para futuras pesquisas e aperfeiçoamentos. Ressalta-se que os estudos sobre *coping*

religioso na infância ainda são muito limitados. Como afirma Dupre (2008) não há um consenso exato, por exemplo, sobre os comportamentos, os pensamentos e os relacionamentos interpessoais envolvidos no uso de estratégias de *coping* religioso. Muito ainda se tem baseado os estudos com crianças na literatura adulta sobre o tema. Por isso, acredita-se que esse estudo contribui para esse campo de conhecimento, porém não é conclusivo, visto que muitos passos ainda precisam ser dados no entendimento sobre o processo de *coping* religioso infantil.

A possibilidade de realizar a pesquisa com uma amostra de tamanho representativo é um fator positivo do estudo, visto que um dos problemas mais frequentes quando se desenvolvem ou validam instrumentos de avaliação de *coping* é justamente o tamanho reduzido das amostras utilizadas (Endler & Parker, 1990). A mesma crítica é feita aos estudos específicos realizados sobre *coping* religioso em crianças (Benore et al., 2008; Mahoney et al., 2006). O ideal para uma situação de validação e avaliação da fidedignidade do instrumento é ter uma amostra grande o suficiente para minimizar a ocorrência de erros de medida (Pasquali, 1997).

Pode-se afirmar que a amostra foi bastante heterogênea apresentando um equilíbrio entre crianças por gênero, bem como provenientes de escolas públicas e particulares. Embora não tenham sido realizadas análises diferenciando crianças da capital e do interior é interessante ter os dados com crianças das duas realidades, não se restringindo a apenas um contexto urbano. Buscou-se um equilíbrio na amostra também em relação à faixa etária. Apesar de haver um maior número de participantes com idades entre 10 e 11 anos, considera-se que os demais grupos etários também estão representados em bom número. Salienta-se que participaram dessa validação apenas crianças do Rio Grande do Sul, por isso, estudos realizados em outras regiões do país podem apresentar resultados diferentes, visto a importância do contexto no processo de *coping* (Compas et al., 2001; Pargament et al., 2005).

A partir da validação da Escala de *Coping* Religioso para crianças foi possível prosseguir com o objetivo de avaliar a relação entre o bem-estar pessoal infantil e o uso de estratégias de *coping* religioso. Essa relação foi verificada utilizando-se como instrumento o Índice de Bem-estar Pessoal para Crianças em idade escolar adaptado para o Brasil pelo GPPC – UFRGS. Embora os estudos psicométricos desta escala ainda estejam em andamento pelo grupo, optou-se por este instrumento, pois além de possuir um sólido referencial teórico, tem demonstrado um bom funcionamento com diferentes populações, incluindo com adolescentes brasileiros (Sarriera, Saforcada, et al, 2012).

As relações entre o índice de bem-estar e o uso de estratégias de *coping* religioso foram analisadas a partir das análises de regressão realizadas, indicando que para esta amostra

houve uma relação entre essas variáveis no sentido esperado: as estratégias de CRP mostraram-se preditoras de maior bem-estar e as estratégias de CRN de menor bem-estar. Esse estudo avança na pesquisa infantil por identificar mais especificamente quais aspectos do *coping* religioso que contribuem tanto positiva quanto negativamente para o bem-estar.

A partir da revisão de literatura feita, observa-se que grande parte dos estudos tem sido realizada considerando medidas de saúde e instrumentos de bem-estar psicológico, por exemplo, avaliando níveis de depressão, ansiedade ou outras medidas de ajustamento a situações de estresse. De acordo com esses estudos, as relações tanto positivas como negativas entre aspectos da religiosidade (e aqui se inclui o uso de *coping* religioso) e bem-estar são mais fortes entre pessoas submetidas a situações de estresse, especialmente em situações extremas, como por exemplo, de doenças ou vivenciando o luto (Koenig, 2012). Entretanto, essa pesquisa avança também trazendo uma avaliação em relação às contribuições do uso de estratégias de *coping* religioso para o bem-estar pessoal, que se refere à avaliação da criança com diferentes domínios da sua vida. Responde assim a necessidade de se avaliar a relação do uso de estratégias de *coping* com outras medidas de bem-estar (Pargament et al., 2005).

Ressalta-se que embora esse estudo produza resultados interessantes referentes à associação de *coping* religioso e bem-estar, algumas limitações precisam ser descritas. O uso de apenas um instrumento de avaliação do bem-estar é a primeira delas, visto que estudos anteriores apontam que diferentes instrumentos podem ser sensíveis a diferentes aspectos (Casas & Bello, 2012; Casas, Sarriera, Abs, et al., 2012). Por exemplo, na pesquisa realizada pela UNICEF Espanha (Casas & Bello, 2012) concluiu-se que apesar da alta correlação entre as escalas utilizadas como indicadores de bem-estar no estudo, elas apresentam resultados diferentes em função das características da amostra e do seu entorno sociocultural. Dessa forma, é necessário realizar estudos com outros instrumentos de bem-estar e sua relação com o *coping* religioso, para que se possam complementar os resultados do presente estudo.

Além disso, trata-se de um estudo de caráter transversal e, portanto, não permite afirmar a causalidade da relação entre bem-estar e o uso de estratégias de *coping* religioso. Não é possível determinar plenamente se o uso de *coping* religioso aumenta o bem-estar ou se um maior bem-estar aumenta o uso de *coping* religioso. É possível que pessoas com menor bem-estar se envolvam menos no uso de estratégias de *coping* religioso, bem como é possível que o uso de *coping* religioso aumente o bem-estar. Koenig (2012) afirma que é provável que as duas dinâmicas sejam verdadeiras até certo ponto. Estudos longitudinais favoreceriam a investigação da causalidade.

O pouco material disponível sobre o tema na infância, especialmente no Brasil também pode ser destacado como uma das limitações do estudo. Visto não haver informações

com crianças brasileiras referentes à avaliação do *coping* religioso, e especialmente sobre sua relação com o bem-estar, para fins de comparação e discussão dos dados, em muitos momentos se recorreu à literatura de adultos. Ressalta-se ainda que um estudo qualitativo permitiria um maior aprofundamento no que as crianças pensam sobre as estratégias de *coping*, seu uso, bem como sua percepção acerca da relação entre o uso dessas estratégias e o seu bem-estar.

Conclui-se que embora haja limitações, esse estudo propicia um primeiro passo para avaliações empíricas de *coping* religioso e sua relação com o bem-estar infantil. Pode-se afirmar que a religiosidade das crianças propicia diferentes estratégias de pensamentos e comportamentos nas quais as crianças se engajam ao lidarem com situações de estresse, e esse engajamento parece estar relacionado com seu bem-estar.

REFERÊNCIAS

Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal), 3*(2), 273-294.

Benore, E., Pargament, K. I., & Pendleton, S. (2008). An initial examination of religious coping in children with asthma. *International Journal for the Psychology of Religion, 18,* 267-290.

Bjorck, J. P., & Thurman, J. W. (2007). Negative Life Events, Patterns of Positive and Negative Religious Coping, and Psychological Functioning. *Journal for the Scientific Study of Religion, 46*(2), 159–167.

Blalock, J. A., & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 24*(1), 47-65.

Branco, L. M., Hilário, M. O. E., & Cintra, I. P. (2006). Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica, 33*(6), 292-296.

Bueno, C. O., Strelhow, M. R. W., & Câmara, S. G. (2010). Inserção em grupos formais e qualidade de vida entre adolescentes. *Psico-USF, 15*(3), 311-320.

Câmara, S. G., & Sarriera, J. C. (2003). Estilos de coping na predição de bem-estar psicológico de adolescentes. *Aletheia,* 83-93.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.

Casas, F. (2010). El bienestar personal: Su investigación en la infancia y la adolescencia. *Encuentros em Psicología Social, 5*(1), 85–101.

Casas, F., & Bello, A. [Coord.] (2012). Calidad de Vida y Bienestar Infantil Subjetivo en España. ¿Qué afecta al bienestar de niños y niñas españoles de 1º de ESO? UNICEF España. Madrid. Recuperado de http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Bienestar_infantil_subjetivo_en_Espakua.pdf

Casas, F., Figuer, C., González, M., Malo, S., Alsinet, C., & Subarroca, S. (2007). The well-being of 12- to 16-year-old adolescents and their parents: results from 1999 to 2003 Spanish samples. *Social Indicators Research, 83*(1), 87-115.

Casas, F., Sarriera, J. C., Abs, D., Coenders, G., Alfaro, J., Saforcada, E., & Tonon, G. (2012). Subjective Indicators of Personal Well-Being among Adolescents. Performance and Results for Different Scales in Latin-Language Speaking Countries: A Contribution to the International Debate. *Child Indicators Research, 5,* 1-28.

Casas, F., Sarriera, J. C., Alfaro, J., González, M., Malo, S., Bertran, I., Figuer, C., Cruz, D. A., Bedin, L., Paradiso, A., Weinreich, K., & Valdenegro, B. (2012). Testing the Personal Wellbeing Index on 12–16 Year-Old Adolescents in 3 Different Countries with 2 New Items. *Social Indicators Research, 105*(3), 461-482.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). *Coping* with Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potencial in Theory and Research. *Psychological Bulletin, 127*(1), 87-127.

Cruz, S. H. V. (2010). Prefácio: Ouvir crianças: uma tarefa complexa e necessária. In: M. P. R. Souza (Org.). *Ouvindo crianças na escola* (pp. 11-21). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cummins, R. A., & Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva*. Intervención Psicosocial, 9*(2), 185-198.

Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, J., Van Vugt, J., & Misajon, R. (2003). Developing a national index of subjective wellbeing: The Australian unity wellbeing index. *Social Indicators Research, 64*, 159–190.

Cummins, R. A., & Lau, A. L. D. (2005). *Personal Wellbeing Index–School Children* (PWI-SC) (English) (3rd Edition.). Austrália: Deakin University.

DataFolha (2007). Dossiês: 90% dos brasileiros vão à igreja, a cultos ou serviços religiosos 17% frequentam mais de uma religião. Recuperado de http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=445**.**

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, Eudaimonia and well-being: an introduction. *Journal of Hapiness Studies, 9,* 1-11.

Dell'Áglio, D. D. (2003). O processo de *coping* em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia da SBP, 11*(1), 38–45.

Dell'Áglio, D. D., & Hutz, C. (2002). Estratégias de coping de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e adultos. *Psicologia USP, 13*(2), 203-225.

Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological bulletin, 95*(3), 542-575.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71 – 75.

Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology, 39*(4), 391-406.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin, 2,* 276-302.

Dubow, E. F., Pargament, K. I., Boxer, P., & Tarakeshwar, N. (2000). Initial investigation of Jewish early adolescents' ethnic identity, stress and coping. *Journal of Early Adolescence, 20*, 418–441.

Dupre, E. P. (2008). *The impact of religious forms of coping for low-income African American middle school children.* Tese de Doutorado, Programa em Psicologia Clínica, Loyola University Chicago, Chicago.

Eliade, M. (2001). *O Sagrado e o Profano*. São Paulo: Martins Fontes.

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 844-854.

Ezop, S. J. (2002). *Religious and spiritual coping in children with chronic illness.* Tese de Doutorado não publicada, Bowling Green State University, Bowling Green, Ohio.

Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia Reflexão e Critica, 18*(3), 381-389.

Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicologia em Estudo, 11*(1), 155-164.

Ferreira, D. C., Favoreto, C. A. O., & Guimarães, M. B. L. (2012). A influência da religiosidade no conviver com o HIV. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 16*(41), 383-93.

Fowler, J. W., & Dell, M. L. (2006). Stages of Faith from Infancy through Adolescence: Reflections on Three Decades of Faith Development Theory. In E. C. Roehlkepartain, P. E. King, L. Wagner, & P. L. Benson (Eds.), *The Handbook of Spiritual Development in Childhood and Adolescence* (pp. 34-45). Thousands Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Folkman, S. (1997). Positive Psychological States and Coping with Severe Stress. *Social Science Medicine, 45*(8), 1207-1221.

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Reviews Psychology, 55*, 745-74.

Fornazari, S. A., & Ferreira, R. E. R. (2010). Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(2), 265-272.

Giacomoni, C. (2002). *Bem-estar subjetivo infantil: Conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Giacomoni, C. H., & Hutz, C. S. (2008). Escala multidimensional de satisfação de vida para crianças: Estudos sobre construção e validação. *Estudos de Psicologia, 25*(1), 25-35.

Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. C. F. (2010). Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 13*(1), 52-63.

Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T. Herschbach, P., & Henrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research, 16*, 969–979.

González, M. (2006). *A non-linear approach to psychological well-being in adolescence: some contributions from the complexity paradigm*. Girona: Documenta Universitaria.

Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Fonseca, P. N., & Coelho, J. A. P. M. (2009). Life Satisfaction in Brazil: Testing the Psychometric Properties of the Satisfaction With Life Scale (SWLS) in Five Brazilian Samples. *Social Indicators Research, 90*, 267–277.

Graup, S., Pereira, E. F., Lopes, A. S., Araújo, V. C., Legnani, R. F. S., & Borgatto, A. F. (2008). Associação entre a percepção da imagem corporal e indicadores antropométricos de escolares. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, 22*(2), 129-38.

Grunspun, H. (2002). Violência e resiliência: a criança resiliente na adversidade. *Bioética, 10*(1), 163-171**.**

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise Multivariada de Dados* (6ª edição). Porto Alegre: Bookman.

Harrison, M. O., Koenig, H. G., Hays, J. C., Eme-Akwari, A. G., & Pargament, K. I. (2001). The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, *13*, 86–93.

Henning, M. C. (2009). *A Influência da religiosidade do cliente no trabalho clínico, na perspectiva dos psicólogos.* Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

Huebner, E. S. (1991). Initial development of the Students' Life Satisfaction Scale. *School Psychology International, 12*, 231-240.

Huebner, E. S. (1994). Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. *Psychological Assessment, 6*, 149-158.

Huebner, E. S. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research, 66,* 1-33.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2010). *Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.* Recuperado de ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf.

International Wellbeing Group (2006). *Personal Wellbeing Index – Adult (PWI-A)* Manual (English) (4th Edition) Recuperado de http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing-index/pwi-a-english.pdf

Kline, R. B. (1991). Latent Variable Path Analysis in Clinical Research: A Beginner´s Tour Guide. *Journal of Clinical Psychology, 47*(4), 471-484.

Koenig, H. G. (2007). Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(1), 95-104.

Koenig, H. G. (2012). *Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre: L&PM.

Larson, D. B., & Larson, S. S. (2003). Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: A brief review of quantitative research. *Journal of Psychology and Theology, 31*, 37–51.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality, 1*, 141-169.

Lisboa, C., Koller, S. H., Ribas, F. F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciuncula, L. P., & De Marchi, R. B. (2002). Estratégias de Coping de Crianças Vítimas e Não Vítimas de Violência Doméstica. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*(2), 345-362.

Mahoney, A., Pendleton, S., & Ihrke, H. (2006). Religious Coping by Children and Adolescents: Unexplored Territory in the Realm of Spiritual Development. In E. C. Roehlkepartain, P. E. King, L. Wagner, & P. L. Benson (Eds.), *The Handbook of Spiritual Development in Childhood and Adolescence* (pp. 341-354). Thousands Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Mamede-Neves, M. A. C. (2005). Primeiras indagações e a procura do sobrenatural. *Revista Magis Cadernos de Fé e Cultura, 47*, 40-53.

Marques, L. F. (2009). O conceito de espiritualidade e sua interface com a religiosidade e a Psicologia Positiva. *Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad, 10*, 135-151.

Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science, 6*(1), 10-19.

Navarro i Pou, D. (2011). *La participació social dels adolescents en el context escolar i el seu benestar personal: Estudi psicosocial d'una experiência participativa.* Tese de doutorado. Programa de doutorado "Psicologia i Qualitat de Vida". Universidade de Girona, Espanha.

Nave, C. S., Sherman, R. A., & Funder, D. C. (2008). Beyond Self-Report in the Study of Hedonic and Eudaimonic Well-Being: Correlations with Acquaintance Reports, Clinician Judgments and Directly Observed Social Behavior. *Journal of Research in Personality, 42*(3), 643–659.

Neri, M. C. (Orgs.). (2011). Novo Mapa das Religiões. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, CPS. Recuperado de www.fgv.br/cps/religiao.

Oliveira, M. R., & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia, 17*(3), 469-476.

Omar, A., Paris, L., Delgado, H. U., Junior, S. H. A. S., & Souza, M. A. (2011). Un modelo explicativo de resiliencia en jovenes y adolescentes. *Psicologia em Estudo, 16*(2), 269-277.

Otto, R. (2007). *O sagrado: os aspectos irracionais na noção do divino e sua relação com o racional*. São Leopoldo: Editora Sinodal.

Page, R. M., Simonek, J., Ihász, F., Hantiu, I., Uvacsek, M., Kalabiska, I., & Klarova, R. (2009). Self-rated health, psychosocial functioning, and other dimensions of adolescent health in Central and Eastern European adolescents. *European Journal of Psychiatry, 23*(2), 101-114.

Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia, 17*(36), 9-20.

Panzini, R. G. (2004). *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Panzini, R. G. & Bandeira, D. R. (2005). Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo, 10*(3), 507-516.

Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista Psiquiatria Clínica, 34*(supl 1), 126-135.

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). Desenvolvimento Humano (12ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research and Practice*. New York: Guilford Press.

Pargament, K. I., Ano, G. G., & Wachholtz, A. B. (2005). The Religious Dimension of Coping: Advances in Theory, Research, and Practice. In: R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 479–495). New York: Guilford Press.

Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion, 27*(1), 94-104.

Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology, 56*(4), 519-543.

Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion, 37*(4), 710-724.

Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison, C. G., & Wulff, K. M. (2001). Religious coping among religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders and members. *Journal for the Scientific Study of Religion, 40*(3), 497-513

Pargament, K. I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J., & Stanik, P. (1998). Red flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology, 54*(1), 77-89.

Passareli, P. M., & Silva, J. A. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia, 24*(4), 513-517.

Pasquali, L. (1997). Psicometria: teoria e aplicações. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Pendleton, S. M., Cavallli, K. S., Pargament, K. I., & Nasr, S. Z. (2002). Religious/spiritual coping in childhood cystic fibrosis: A qualitative study. *Pediatrics, 109*(1), 1-11.

Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2003). Character strengths before and after September 11. *Psychological Science, 14*(4), 381-384.

Poletto, M., & Koller, S. H. (2011). Subjective Well-Being in Socially Vulnerable Children and Adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 24*(3), 476-484.

Pollard, E., & Lee, P. D. (2003). Child well-being: A systematic review of the literature. *Social Indicators Research, 61*(1), 59-78.

Raimundo, R., & Marques Pinto, A. (2007). Conflito entre pares, estratégias de coping e agressividade em crianças e adolescentes. *Psychologica, 44,* 135-156.

Rees, G., Bradshaw, J., Goswami, H., & Keung, A. (2010). *Understanding Children's Well-being: A national survey of young people's well-being.* The Children´s Society. Recuperado de http://www.childrenssociety.org.uk/sites/default/files/tcs/research_docs/Understanding%20children%27s%20wellbeing.pdf

Rosa, A. C. (2003). La salud de adolescentes en cifras. *Salud Publica Del México, 45*(5), 153-165.

Roy, L. (2011). Religious experience according to Bernard Lonergan. *Síntese – Revista de Filosofia, 38*(122), 381-398.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52,* 141-166.

Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. (2008). Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Hapiness Studies, 9,* 139-170.

Ryan-Wenger, N. A., Sharrer, V. W., & Campbell, K. K. (2005). Changes in Children´s Stressors over the past 30 years. *Pediatric Nursing, 31*(4), 282-291.

Sarriera, J. C. (2004). Saúde, bem-estar espiritual e qualidade de vida: pressupostos teóricos e pesquisas atuais. In: E. F. B. Teixeira, M. C. Müller, & J. D. T. Silva (Orgs.). *Espiritualidade e Qualidade de Vida.* Porto Alegre: EDIPUCRS.

Sarriera, J. C., Abs, D., Casas, F., & Bedin, L. M. (2012). Relations Between Media, Perceived Social Support and Personal Well-Being in Adolescence. *Social Indicators Research, 106*(3), 545-561.

Sarriera, J. C., Bedin, L., Abs, D., Rodrigues, A., & Paradiso, A. (2012). *Informe: Qualidade de Vida e Bem-estar na Adolescência.* Porto Alegre, Editora Calabria.

Sarriera, J. C., Saforcada, E., Tonon, G., Vega, L. R. L., Mozobancyk, S., & Bedin, L. (2012). Bienestar Subjetivo de los Adolescentes: Un estudio comparativo entre Argentina y Brasil. *Psychosocial Intervention, 21*(3), 273-280.

Schmidt, C., Dell'Aglio, D. D., & Bosa, C. A. (2007). Estratégias de Coping de Mães de Portadores de Autismo: Lidando com Dificuldades e com a Emoção. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20*(1), 124- 131.

Schottenbauer, M. A., Spernak, S. M., & Hellstrom, I. (2007). Relationship between family religious behaviors and child well-being among third-grade children. *Mental Health, Religion & Culture, 10*(2), 191–198.

Seligman, M. E. (2009). *Felicidade Autêntica.* Rio de Janeiro: Objetiva.

Seligman M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14.

Simões, C., Matos, M. G., & Batista-Foguet, J. (2008). Saúde e felicidade na adolescência: fatores individuais e sociais associados às percepções de saúde e de felicidade dos adolescentes portugueses. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 4*(3), 19-37.

Smedema, S. M., Catalano, D., & Ebener, D. J. (2010). The Relationship of Coping, Self-Worth, and Subjective Well-Being: A Structural Equation Model. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 53*(3), 131 –142.

Strelhow, M. R. W., Bueno, C. O., & Câmara, S. G. (2010). Percepção de Saúde e Satisfação com a Vida em Adolescentes: Diferença entre os Sexos**.** *Revista Psicologia e Saúde, 2*(2), 42-49.

Strelhow, M. R. W., Paradiso, A. C., Sebold, R., Bedin, L. M., & Sarriera, J. C. (2011). *Significados atribuidos por los niños al concepto de espiritualidad*. Resumos do VI Congresso de Saúde Comunitária do Mercosul. Montevideo: Uruguai.

Taboada, N. G., Legal, E. J., & Machado, N. (2006). Resiliência: em busca de um conceito. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 16*(3), 104-113.

Tepper, L., Rogers, S. A., Coleman, E. M., & Maloney, H. N. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatric Services, 52*(5), 660-665.

Tomyn, A. J., & Cummins, R. A. (2011). The subjective wellbeing of high-school students: Validating the personal wellbeing index—school children. *Social Indicators Research, 101,* 405–418.

Ubani, M., & Tirri, K. (2006). How do Finnish pre-adolescents perceive religion and spirituality? *International Journal of Children's Spirituality, 11*(3), 357–370.

Valcanti, C. C., Chaves, E. C. L., Mesquita, A. C., Nogueira, D. A., & Carvalho, E. C. (2012). Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista da Escola de Enfermagem – USP, 46*(4), 838-45.

Vitt, S. J. S. (2009). *A Espiritualidade e a Religiosidade na Recuperação de Dependentes Químicos.* Trabalho Final de Mestrado Profissional. Escola Superior de Teologia, Programa de Pós-Graduação em Teologia, São Leopoldo, RS.

Volkenant, K. (2011). *Children´s coping with chronic kidney disease and concurrent adjustment.* Tese de Doutorado, Bowling Green State University, Bowling Green, Ohio.

Wagner, A., Ribeiro, L. de S., Arteche, A. X., & Bornholdt, E. A. (1999). Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 12*(1), 147-156.

Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., & Claar, R. L. (2007). Appraisal and Coping with Daily Stressors by Pediatric Patients with Chronic Abdominal Pain. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(2), 206–216.

Yoffe, L. (2012). La religión y la espiritualidad en los duelos: desde la visión de la psicología positiva. In: R. A. Alarcón (Dir.), *Psicología Positiva*. Lima: Universidad Femenina del Sagrado Corazón – UNIFÉ. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/psicologia/libro21.html

ANEXO A

Childrens´s Religious Coping Scale

The statements below represent some ways people cope with problems or stressful situations in their daily lives. Before you respond to the statements below, you will need to think of something stressful that happened to you within the past week or so. A "stressful situation" is any problem or situation that you find troubling or causes you to worry. These problems may be related to your family, friends, school, relationships, or other things you consider important in your life. To help us understand the stressful situation you are thinking of when responding to the statements in this survey, please write one or two sentences that describes what happened in the situation you are thinking of.

Use this space to describe your stressful situation:

Think about the problem you described. Think about the things that bother you or upset you about this problem. To cope with your problem, how often do you think about or do the following? Please tell us by circling:

0 if you **never** think or do this
1 if you **almost never** think or do this
2 if you **sometimes** think or do this
3 if you **often** think or do this
4 if you **almost always** think or do this

		Never	Almost Never	Sometimes	Often	Almost Always
1	When I am faced with this problem, I pray that God will make me feel better.	0	1	2	3	4
2	When I am faced with this problem, I think God is watching over me.	0	1	2	3	4
3	When I am faced with this problem, I just let God take care of me and I do nothing.	0	1	2	3	4
4	When I am faced with this problem, I talk with a minister/priest/rabbi.	0	1	2	3	4
5	When I am faced with this problem, I thank God is not worse.	0	1	2	3	4

		Never	Almost Never	Sometimes	Often	Almost Always
6	When I am faced with this problem, I wonder why God lets this happen to me.	0	1	2	3	4
7	When I am faced with this problem, I ask God to help me understand it.	0	1	2	3	4
8	When I am faced with this problem, I tell myself God tried to help me but it didn't work.	0	1	2	3	4
9	When I am faced with this problem, I talk with God and He tells me how to feel better.	0	1	2	3	4
10	When I am faced with this problem, I get angry at God.	0	1	2	3	4

		Never	Almost Never	Sometimes	Often	Almost Always
11	When I am faced with this problem, I try to see how God might be making me a better person.	0	1	2	3	4
12	When I am faced with this problem, I ask others to pray for me.	0	1	2	3	4
13	When I am faced with this problem, I pray to God to take away my problems.	0	1	2	3	4
14	When I am faced with this problem, I wonder if God is mad at me.	0	1	2	3	4

		Never	Almost Never	Sometimes	Often	Almost Always
15	When I am faced with this problem, I think that God gave some of us problems for a reason.	0	1	2	3	4
16	When I am faced with this problem, I do not think about God much.	0	1	2	3	4
17	When I am faced with this problem, I think my family and friends are praying for me.	0	1	2	3	4
18	When I am faced with this problem, I think about what my faith says about fixing problems.	0	1	2	3	4
19	When I am faced with this problem, I think that God will help me get through it.	0	1	2	3	4
20	When I am faced with this problem, I stop believing in God.	0	1	2	3	4

		Never	Almost Never	Sometimes	Often	Almost Always
21	When I am faced with this problem, I tell God to help me and He does it.	0	1	2	3	4
22	When I am faced with this problem, I pray that I do not die.	0	1	2	3	4
23	When I am faced with this problem, I think about God always being with me.	0	1	2	3	4
24	When I am faced with this problem, I think people at church/temple/synagogue blame me for it.	0	1	2	3	4
25	When I am faced with this problem, I try to get to know God better.	0	1	2	3	4

		Never	Almost Never	Sometimes	Often	Almost Always
26	When I am faced with this problem, I think God cannot help me.	0	1	2	3	4
27	When I am faced with this problem, I go to church/temple/synagogue.	0	1	2	3	4
28	When I am faced with this problem, I think people didn't pray for me.	0	1	2	3	4
29	When I am faced with this problem, I read the Bible.	0	1	2	3	4
30	When I face this problem, I think that maybe God is punishing me.	0	1	2	3	4

		Never	Almost Never	Sometimes	Often	Almost Always
31	When I am faced with this problem, I think God does not love me.	0	1	2	3	4
32	When I am faced with this problem, I think the Devil did this to me.	0	1	2	3	4
33	When I am faced with this problem, I think God did this because I was a bad person.	0	1	2	3	4
34	When I am faced with this problem, I think God is calming me.	0	1	2	3	4

ANEXO B

Escala de *Coping* Religioso de Crianças – Traduzida ao Português

As afirmações abaixo representam alguns jeitos das pessoas lidarem com problemas ou situações estressantes em suas vidas diárias. Antes de você responder às afirmações abaixo, você vai precisar pensar em alguma coisa estressante que aconteceu com você na semana passada ou um pouco antes. Uma "situação estressante" é um problema ou situação que lhe traz dificuldades ou lhe deixa preocupado. Esses problemas podem ser relacionados à sua família, amigos, escola, relacionamentos, ou outras coisas que você considera importante em sua vida. Para nos ajudar a entender a situação estressante que você está pensando ao responder as afirmações deste questionário, por favor, escreva uma ou duas frases que descrevam o que aconteceu nesta situação em que você está pensando.

Use esse espaço para descrever sua situação estressante:

Pense sobre o problema que você descreveu. Pense sobre as coisas que incomodam ou chateiam você sobre este problema. Para lidar com seu problema, quantas vezes você pensa ou faz o seguinte? Por favor, nos diga circulando:

0 se você **nunca** pensa ou faz isso
1 se você **quase nunca** pensa ou faz isso
2 se você **às vezes** pensa ou faz isso
3 se você **muitas vezes** pensa ou faz isso
4 se você **quase sempre** pensa ou faz isso

		Nunca	**Quase nunca**	**Às vezes**	**Muitas vezes**	**Quase sempre**
1	Quando eu me deparo com esse problema, eu rezo/oro para que Deus faça com que eu me sinta melhor.	0	1	2	3	4
2	Quando eu me deparo com esse problema, eu penso que Deus está cuidando de mim.	0	1	2	3	4
3	Quando eu me deparo com esse problema, eu simplesmente deixo Deus cuidar de mim e não faço nada.	0	1	2	3	4
4	Quando eu me deparo com esse problema, eu converso com um pastor/padre/rabino.	0	1	2	3	4
5	Quando eu me deparo com esse problema, eu agradeço a Deus por não ser pior.	0	1	2	3	4

		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
6	Quando eu me deparo com esse problema, eu me pergunto por que Deus deixa isso acontecer comigo.	0	1	2	3	4
7	Quando eu me deparo com esse problema, eu peço para que Deus me ajude a entender isso.	0	1	2	3	4
8	Quando eu me deparo com esse problema, eu digo a mim mesmo(a) que Deus tentou me ajudar, mas não funcionou.	0	1	2	3	4
9	Quando eu me deparo com esse problema, eu falo com Deus e Ele me diz como me sentir melhor.	0	1	2	3	4
10	Quando eu me deparo com esse problema, eu fico brabo com Deus.	0	1	2	3	4

		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
11	Quando eu me deparo com esse problema, eu tento ver como Deus pode estar me tornando uma pessoa melhor.	0	1	2	3	4
12	Quando eu me deparo com esse problema, eu peço para outras pessoas rezarem/orarem por mim.	0	1	2	3	4
13	Quando eu me deparo com esse problema, eu rezo/oro para Deus afastar meus problemas.	0	1	2	3	4
14	Quando eu me deparo com esse problema, eu me pergunto se Deus está com raiva de mim.	0	1	2	3	4

		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
15	Quando eu me deparo com esse problema, penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão.	0	1	2	3	4
16	Quando eu me deparo com esse problema, eu não penso muito em Deus.	0	1	2	3	4
17	Quando eu me deparo com esse problema, eu penso que minha família e meus amigos estão rezando/orando por mim.	0	1	2	3	4
18	Quando eu me deparo com esse problema, penso no que a minha fé diz sobre resolver problemas.	0	1	2	3	4
19	Quando eu me deparo com esse problema, eu penso que Deus vai me ajudar a superar isso.	0	1	2	3	4
20	Quando eu me deparo com esse problema, eu deixo de acreditar em Deus.	0	1	2	3	4

		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
21	Quando eu me deparo com esse problema, eu digo para Deus pra me ajudar e Ele faz isso.	0	1	2	3	4
22	Quando eu me deparo com esse problema, eu rezo/oro para não morrer.	0	1	2	3	4
23	Quando eu me deparo com esse problema, eu penso que Deus está sempre comigo.	0	1	2	3	4
24	Quando eu me deparo com esse problema, penso que as pessoas na Igreja/Templo/Sinagoga me culpam por isso.	0	1	2	3	4
25	Quando eu me deparo com esse problema, eu tento conhecer Deus melhor.	0	1	2	3	4

		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
26	Quando eu me deparo com esse problema, eu penso que Deus não pode me ajudar.	0	1	2	3	4
27	Quando eu me deparo com esse problema, eu vou a Igreja/Templo/Sinagoga.	0	1	2	3	4
28	Quando eu me deparo com esse problema, eu penso que as pessoas não rezaram/oraram por mim.	0	1	2	3	4
29	Quando eu me deparo com esse problema, eu leio a Bíblia.	0	1	2	3	4
30	Quando eu me deparo com esse problema, eu penso que talvez Deus esteja me punindo.	0	1	2	3	4

		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
31	Quando eu me deparo com esse problema, eu penso que Deus não me ama.	0	1	2	3	4
32	Quando eu me deparo com esse problema, eu penso que o Diabo fez isso para mim.	0	1	2	3	4
33	Quando eu me deparo com esse problema, eu penso que Deus fez isso porque eu fui uma pessoa má.	0	1	2	3	4
34	Quando eu me deparo com esse problema, eu penso que Deus está me acalmando.	0	1	2	3	4

ANEXO C

Escala de *Coping* Religioso traduzida e modificada

As frases abaixo representam alguns jeitos das pessoas lidarem com problemas ou situações que trazem dificuldades ou preocupações. Por exemplo, problemas na família, com amigos ou na escola.

Em geral, quando você tem um problema, quantas vezes você pensa ou faz o seguinte?

	Quando eu me deparo com um problema...	**Nunca**	**Quase nunca**	**Às vezes**	**Muitas vezes**	**Quase sempre**
1	Eu rezo/oro para que Deus faça com que eu me sinta melhor.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Eu penso que Deus está cuidando de mim.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Eu simplesmente deixo Deus cuidar de mim e não faço nada.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Eu converso com um pastor/padre/rabino.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Eu agradeço a Deus pelo problema não ser pior.	☐	☐	☐	☐	☐

	Quando eu me deparo com um problema...	**Nunca**	**Quase nunca**	**Às vezes**	**Muitas vezes**	**Quase sempre**
6	Eu me pergunto por que Deus deixa isso acontecer comigo.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Eu peço para que Deus me ajude a entender isso.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Eu digo a mim mesmo(a) que Deus tentou me ajudar, mas não funcionou.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Eu falo com Deus e Ele me diz como me sentir melhor.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Eu fico brabo com Deus.	☐	☐	☐	☐	☐

	Quando eu me deparo com um problema...	**Nunca**	**Quase nunca**	**Às vezes**	**Muitas vezes**	**Quase sempre**
11	Eu tento ver como Deus pode estar me tornando uma pessoa melhor.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Eu peço para outras pessoas rezarem/orarem por mim.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Eu rezo/oro para Deus afastar meus problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Eu me pergunto se Deus está com raiva de mim.	☐	☐	☐	☐	☐

	Quando eu me deparo com um problema...	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
15	Penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão.	☐	☐	☐	☐	☐
16	Eu penso muito em Deus.	☐	☐	☐	☐	☐
17	Penso que minha família e meus amigos estão rezando/orando por mim.	☐	☐	☐	☐	☐
18	Penso no que a minha fé diz sobre resolver problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
19	Penso que Deus vai me ajudar a superar isso.	☐	☐	☐	☐	☐
20	Eu deixo de acreditar em Deus.	☐	☐	☐	☐	☐

	Quando eu me deparo com um problema...	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
21	Eu digo para Deus pra me ajudar e Ele faz isso.	☐	☐	☐	☐	☐
22	Eu rezo/oro para não morrer.	☐	☐	☐	☐	☐
23	Eu penso que Deus está sempre comigo.	☐	☐	☐	☐	☐
24	Penso que as pessoas na Igreja/Templo/ Sinagoga me culpam por isso.	☐	☐	☐	☐	☐
25	Eu tento conhecer Deus melhor.	☐	☐	☐	☐	☐

	Quando eu me deparo com um problema...	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
26	Eu penso que Deus não pode me ajudar.	☐	☐	☐	☐	☐
27	Eu vou a Igreja/Templo/Sinagoga.	☐	☐	☐	☐	☐
28	Eu penso que as pessoas não rezaram/oraram por mim.	☐	☐	☐	☐	☐
29	Eu leio a Bíblia.	☐	☐	☐	☐	☐
30	Eu penso que talvez Deus esteja me punindo.	☐	☐	☐	☐	☐

	Quando eu me deparo com um problema...	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
31	Eu penso que Deus não me ama.	☐	☐	☐	☐	☐
32	Eu penso que o Diabo fez isso para mim.	☐	☐	☐	☐	☐
33	Eu penso que Deus fez isso porque eu fui uma pessoa má.	☐	☐	☐	☐	☐
34	Eu penso que Deus está me acalmando.	☐	☐	☐	☐	☐

Quando você respondeu a essas questões, em qual problema você estava pensando?

_____

_____

_____

_____

ANEXO D

Escala de *Coping* Religioso para Crianças Adaptada

As frases abaixo representam alguns jeitos das pessoas lidarem com problemas ou situações que trazem dificuldades ou preocupações. Por exemplo, problemas na família, com amigos ou na escola.

Em geral, quando você tem um problema, quantas vezes você pensa ou faz o seguinte?

Ao ler as frases, entenda a palavra Deus segundo aquilo que você acredita.

Quando eu me deparo com um problema...		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Eu rezo/oro para que Deus faça com que eu me sinta melhor	☐	☐	☐	☐	☐
2	Eu penso que Deus está cuidando de mim	☐	☐	☐	☐	☐
3	Eu converso com o líder da minha religião (por exemplo, pastor/padre/rabino)	☐	☐	☐	☐	☐
4	Eu agradeço a Deus pelo problema não ser pior	☐	☐	☐	☐	☐
5	Eu me pergunto por que Deus deixa isso acontecer comigo	☐	☐	☐	☐	☐

Quando eu me deparo com um problema...		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
6	Eu peço para que Deus me ajude a entender isso	☐	☐	☐	☐	☐
7	Eu digo a mim mesmo(a) que Deus tentou me ajudar, mas não funcionou	☐	☐	☐	☐	☐
8	Eu falo com Deus e Ele me diz como me sentir melhor	☐	☐	☐	☐	☐
9	Eu fico brabo com Deus	☐	☐	☐	☐	☐
10	Eu tento ver como Deus pode estar me tornando uma pessoa melhor	☐	☐	☐	☐	☐

Quando eu me deparo com um problema...		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
11	Eu peço para outras pessoas rezarem/orarem por mim	☐	☐	☐	☐	☐
12	Eu rezo/oro para Deus afastar meus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
13	Eu me pergunto se Deus está com raiva de mim	☐	☐	☐	☐	☐
14	Penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão	☐	☐	☐	☐	☐
15	Eu penso muito em Deus	☐	☐	☐	☐	☐

Quando eu me deparo com um problema...		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
16	Penso que minha família e meus amigos estão rezando/orando por mim	☐	☐	☐	☐	☐
17	Penso no que a minha fé diz sobre resolver problemas	☐	☐	☐	☐	☐
18	Penso que Deus vai me ajudar a superar isso	☐	☐	☐	☐	☐
19	Eu deixo de acreditar em Deus	☐	☐	☐	☐	☐
20	Eu digo para Deus me ajudar e Ele faz isso	☐	☐	☐	☐	☐

Quando eu me deparo com um problema...		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
21	Eu rezo/oro para não morrer	☐	☐	☐	☐	☐
22	Eu penso que Deus está sempre comigo	☐	☐	☐	☐	☐
23	Penso que as pessoas na Igreja/Templo/ Sinagoga me culpam por isso	☐	☐	☐	☐	☐
24	Eu tento conhecer Deus melhor	☐	☐	☐	☐	☐

Quando eu me deparo com um problema...		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
25	Eu penso que Deus não pode me ajudar	☐	☐	☐	☐	☐
26	Eu vou a Igreja/Templo/Sinagoga	☐	☐	☐	☐	☐
27	Eu leio o livro sagrado da minha religião (por exemplo, a Bíblia)	☐	☐	☐	☐	☐
28	Eu penso que talvez Deus esteja me punindo	☐	☐	☐	☐	☐

Quando eu me deparo com um problema...		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
29	Eu penso que Deus não me ama	☐	☐	☐	☐	☐
30	Eu penso que o mal (por exemplo, o diabo) fez isso para mim	☐	☐	☐	☐	☐
31	Eu penso que Deus fez isso porque eu fui uma pessoa má	☐	☐	☐	☐	☐
32	Eu penso que Deus está me acalmando	☐	☐	☐	☐	☐

Enquanto você respondia a essas questões, em qual situação ou quais situações você estava pensando**?**

Briga	☐	Errar	☐
Doença	☐	Notas escolares	☐
Morte	☐	Medo	☐
Conseguir algo importante	☐	Dúvida	☐
Outra: _____			
Nenhuma	☐	Não sei	☐

Com quem?

Comigo mesmo	☐	Família	☐
Amigos	☐	Professor(a)	☐
Outro: _____			

ANEXO E

Itens da Escala de *Coping* Religioso para Crianças adaptada com suas correspondentes estratégias de *coping*

Tipos de Estratégias de *Coping* Religioso	**Descrição**	**Itens da Escala CRC**
Coping Religioso de Petição	A criança faz apelos a Deus e espera ter alguma influência, mas não absoluta sobre o desfecho de seu pedido.	Eu rezo/oro para que Deus faça com que eu me sinta melhor Eu rezo/oro para Deus afastar meus problemas Eu rezo/oro para não morrer
Crença no apoio de Deus	Crença de que Deus assiste, beneficia, protege e conforta a criança.	Eu penso que Deus está cuidando de mim Eu penso que Deus está sempre comigo Eu penso que Deus está me acalmando
Apoio espiritual social	Uma interação religiosa/ espiritual entre Deus, a criança, e outros fornece orientação, conforto para a criança, e apoio para lidar com os estressores.	Eu converso com um pastor/padre/rabino. Eu peço para outras pessoas rezarem/orarem por mim Penso que minha família e meus amigos estão rezando/orando por mim
Reavaliação religiosa benevolente	A criança reformula a situação ou a resposta de Deus para a situação, fazendo um estressor negativo parecer positivo. Quando confrontados com o fracasso de Deus para ajudá-los com um estressor, as crianças preferem um modelo explicativo de poder limitado de Deus, em vez de prejudicar o seu ideal de um Deus de amor e apoio.	Eu agradeço a Deus pelo problema não ser pior Eu tento ver como Deus pode estar me tornando uma pessoa melhor Penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão Eu tento conhecer Deus melhor Eu digo a mim mesmo(a) que Deus tentou me ajudar, mas não funcionou
Coping religioso colaborativo	A criança trabalha em conjunto com Deus, ambos são responsáveis por lidar com os estressores	Eu peço para que Deus me ajude a entender isso Eu falo com Deus e Ele me diz como me sentir melhor Penso no que a minha fé diz sobre resolver problemas Penso que Deus vai me ajudar a superar isso
Coping religioso declarativo	A criança anuncia que algo vai acontecer e espera que Deus faça isso automaticamente. Nega a possibilidade de que Deus	Eu digo para Deus me ajudar e Ele faz isso

	pode ter escolha, limitações ou outras razões para não honrar os pedidos das crianças.	
Resposta por meio de ritual religioso	A criança realiza atividades com significado religioso/ espiritual especial para lidar com os estressores.	Eu vou a Igreja/Templo/Sinagoga Eu leio a Bíblia
Descontentamento com Deus ou congregação	A criança expressa raiva ou decepção com Deus ou outras pessoas relacionadas com Deus.	Eu me pergunto por que Deus deixa isso acontecer comigo Eu fico brabo com Deus Eu deixo de acreditar em Deus Eu penso que Deus não pode me ajudar Eu penso que Deus não me ama
Reavaliação religiosa de punição	A criança atribui significado a estressores como uma possível punição de Deus.	Eu me pergunto se Deus está com raiva de mim Penso que as pessoas na Igreja/Templo/ Sinagoga me culpam por isso Eu penso que talvez Deus esteja me punindo Eu penso que Deus fez isso porque eu fui uma pessoa má
Reavaliação demoníaca ou malévola	A criança atribui significado a estressores como uma possível punição malévola.	Eu penso que o mal (por exemplo, o diabo) fez isso para mim

Nota. Classificação baseada em Ezop (2002), *Religious and spiritual coping in children with chronic illness* e Pedleton et al. (2002), *Religious/Spiritual Coping in Childhood Cystic Fibrosis: A Qualitative Study.*

ANEXO F

TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL

Escola/Colégio _____,

Prezado(a) diretor(a):

O Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul está realizando uma pesquisa sob orientação do Prof. Dr. Jorge Castellá Sarriera. O objetivo é investigar o bem-estar em crianças com idades entre 8 e 12 anos, em diferentes grupos populacionais do Estado do Rio Grande do Sul.

Sua participação envolve a concordância da escola para a realização da pesquisa por meio da aplicação de questionários em alunos com idades entre 8 e 12 anos. O questionário investiga atividades, percepções e avaliações de crianças sobre bem-estar subjetivo. A participação da escola nesse estudo é voluntária e se a instituição decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Aos alunos participantes será solicitada a autorização dos pais através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico.

Os dados levantados nos questionários serão arquivados na sala (n° 122) do pesquisador responsável, nas dependências do Instituto de Psicologia da UFRGS, e incinerados após o período de 5 anos. Na publicação dos resultados desta pesquisa, a identidade da escola e dos alunos participantes será mantida no mais rigoroso sigilo, omitindo-se todas as informações que permitam identificá-los.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente a sua escola estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia/UFRGS, localizado na Rua Ramiro Barcelos, 2600 na cidade de Porto Alegre com o número de telefone (51) 3308-5066 e e-mail: cep-psico@ufrgs.br. Os procedimentos previstos obedecem aos Critérios de Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador através do telefone: (51) 3308-5239.

Atenciosamente,

_____ _____

Prof. Dr. Jorge Castellá Sarriera Local e data

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

_____ _____

Nome e assinatura diretor(a) Local e data

ANEXO G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados(as) pai/mãe/responsável:

O Grupo de Pesquisa em Psicologia Comunitária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul está realizando uma pesquisa sob orientação do professor Prof. Dr. Jorge Castellá Sarriera. O objetivo é investigar o bem-estar e aspectos relacionados em crianças com idades entre oito e 12 anos, em diferentes grupos populacionais do Rio Grande do Sul.

Para tanto, solicitamos sua autorização para que seu (sua) filho (a) colabore com esta pesquisa através do preenchimento de um questionário que explora as atividades, percepções e avaliações das crianças sobre bem-estar. A participação de seu (sua) filho(a) é voluntária. Se você decidir que ele(a) não deve participar ou caso seu (sua) filho(a) não queira continuar, ele(a) terá absoluta liberdade de desistir a qualquer momento. Caso, de alguma maneira, seu (sua) filho(a) sinta-se mobilizado com algum aspecto referente à realização dessa atividade, ele (a) será encaminhado ao serviço de psicologia da universidade de sua cidade.

Os dados levantados nos questionários serão arquivados na sala (n° 122) do pesquisador responsável, nas dependências do Instituto de Psicologia da UFRGS, e incinerados após o período de 5 anos. Na publicação dos resultados desta pesquisa, a identidade de seu(sua) filho(a) será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, seu(sua) filho(a) estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia/UFRGS, localizado na Rua Ramiro Barcelos, 2600 na cidade de Porto Alegre com o número de telefone (51) 3308-5066 e e-mail: cep-psico@ufrgs.br. Os procedimentos previstos obedecem aos Critérios de Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador através do telefone (51) 3308-5239 ou pelo e-mail gppc@ufrgs.br.

Atenciosamente,

_____ _____

Prof. Dr. Jorge Castellá Sarriera Local e data

_____ _____

Nome e assinatura responsável Local e data

_____

Nome e assinatura aluno(a)

Consinto que meu filho _____ participe deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

ANEXO H

Parecer do Comitê de Ética

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Instituto de Psicologia - UFRGS

PROJETO DE PESQUISA

Título: Bem-estar Subjetivo na Infância: Percepções das Crianças e Fatores Psicossociais Associados

Pesquisador: JORGE CASTELLÁ SARRIERA **Versão:** 1

Instituição: Instituto de Psicologia - UFRGS **CAAE:** 00674612.6.0000.5334

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 16443

Data da Relatoria: 09/04/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa para avaliar o bem-estar subjetivo na infância, investigando crianças de 8 a 12 anos em diferentes cidades do Rio Grande do Sul. A pesquisa se insere em um projeto de cooperação internacional entre Brasil, Chile, Espanha e Argentina.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivos: 1. Adaptar, validar e verificar as propriedades psicométricas de instrumento de bem-estar para crianças de 8 a 12 anos. 2. Coletar dados representativos da vida e das atividades diárias das crianças, o uso do tempo e suas próprias percepções e avaliações de seu bem-estar. 3. Conhecer os significados e concepções de bem-estar atribuídos pelas crianças. 4. Avaliar o bem-estar subjetivo de crianças provenientes de diferentes contextos (da capital e do interior do Estado), de diferentes grupos sócio-econômicos, assim como de gêneros distintos. 5. Possibilitar a comparação de aspectos psicossociais das crianças em diferentes países.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente tanto os sujeitos quanto as escolas que participarão da pesquisa estarão contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será realizado em duas etapas: a primeira etapa será quantitativa, realizada em parceria com o grupo internacional, e a segunda etapa será qualitativa, visando aprofundar o tema do bem-estar com as crianças brasileiras. A amostra será composta, numa primeira etapa, por 3.000 crianças, 1000 de oito anos, 1000 de 10 anos e 1000 de 12 anos, provenientes de cinco cidades de diferentes regiões do Estado do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Rio Grande e Passo Fundo. Os participantes serão contatados a partir de escolas públicas e particulares dos referidos municípios. As escolas serão sorteadas a partir da lista disponibilizada pela Secretaria de Educação do Estado do Rio Grande do Sul, tendo como critérios de inclusão: 1) pertencerem aos municípios estudados; 2) oferecerem ensino fundamental completo; e 3) concordarem com a participação na pesquisa, assinando o termo de concordância institucional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Somente farão parte da pesquisa os alunos que aceitarem participar do estudo de forma voluntária e que retornarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais ou responsáveis. Tanto o TCLE quanto o Termo de Concordância da instituição estão redigidos de forma adequada, constando com as informações necessárias sobre a realização da pesquisa.

Recomendações:

Apresentar relatório parcial e ao término do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está completo, com todos os questionários que serão aplicados e os respectivos Termos de Consentimento (institucional e dos responsáveis). Considero que o projeto está em condições de ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi aprovado em reunião de 23 de abril de 2012.

PORTO ALEGRE, 27 de Abril de 2012

Assinado por:
JUSSARA MARIA ROSA MENDES

ANEXO I

Tabelas de análise dos componentes principais da Escala CRC por idade

Tabela 6. Análise dos componentes principais da Escala CRC para crianças de 8 a 9 anos.

8 a 9 anos (n=486)	Componente	
	1	2
Eu peço para que Deus me ajude a entender isso.	,746	
Eu rezo/oro para Deus afastar meus problemas.	,736	
Penso que Deus vai me ajudar a superar isso.	,732	
Eu penso que Deus está sempre comigo.	,723	
Eu digo para Deus pra me ajudar e Ele faz isso.	,694	
Eu rezo/oro para que Deus faça com que eu me sinta melhor.	,693	
Eu falo com Deus e Ele me diz como me sentir melhor.	,672	
Eu agradeço a Deus pelo problema não ser pior.	,670	
Penso no que a minha fé diz sobre resolver problemas.	,664	
Eu tento ver como Deus pode estar me tornando uma pessoa melhor.	,645	
Eu penso que Deus está cuidando de mim.	,608	
Penso que minha família e meus amigos estão rezando/orando por mim.	,596	
Eu penso que Deus está me acalmando.	,595	
Eu tento conhecer Deus melhor.	,555	
Eu peço para outras pessoas rezarem/orarem por mim.	,509	
Eu rezo/oro para não morrer.	,485	
Eu leio o livro sagrado da minha religião (por exemplo, a Bíblia)	,416	
Eu converso com o líder da minha religião (por exemplo, pastor/padre/rabino)	,412	
Eu vou a Igreja/Templo/Sinagoga.	,398	
Eu me pergunto por que Deus deixa isso acontecer comigo.	,364	
Eu penso que talvez Deus esteja me punindo.		,682
Eu penso que Deus não me ama.		,645
Penso que as pessoas na Igreja/Templo/ Sinagoga me culpam por isso.		,618
Eu penso que Deus não pode me ajudar.		,576
Eu deixo de acreditar em Deus.		,570
Eu penso que Deus fez isso porque eu fui uma pessoa má.		,563
Eu fico brabo com Deus.		,548
Eu me pergunto se Deus está com raiva de mim.		,472
Eu penso que o mal (por exemplo, o diabo) fez isso para mim.		,431
Eu digo a mim mesmo(a) que Deus tentou me ajudar, mas não funcionou.		,417
Penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão.		,392

Tabela 7. Análise dos componentes principais da Escala CRC para crianças de 10 a 11 anos.

10-11 anos (n = 795)	Componente	
	1	2
Eu rezo/oro para Deus afastar meus problemas.	,777	
Penso que Deus vai me ajudar a superar isso.	,765	
Eu penso que Deus está sempre comigo.	,731	
Eu digo para Deus pra me ajudar e Ele faz isso.	,712	
Eu falo com Deus e Ele me diz como me sentir melhor.	,693	
Eu peço para que Deus me ajude a entender isso.	,679	
Eu tento conhecer Deus melhor.	,676	
Eu penso que Deus está cuidando de mim.	,675	
Eu tento ver como Deus pode estar me tornando uma pessoa melhor.	,672	
Eu rezo/oro para que Deus faça com que eu me sinta melhor.	,670	
Penso no que a minha fé diz sobre resolver problemas.	,663	
Eu agradeço a Deus pelo problema não ser pior.	,654	
Penso que minha família e meus amigos estão rezando/orando por mim	,637	
Eu penso que Deus está me acalmando.	,616	
Eu leio o livro sagrado da minha religião (por exemplo, a Bíblia)	,562	
Eu vou a Igreja/Templo/Sinagoga.	,547	
Eu peço para outras pessoas rezarem/orarem por mim.	,509	
Eu converso com o líder da minha religião (por exemplo, pastor/padre/rabino)	,477	
Eu rezo/oro para não morrer.	,409	
Eu fico brabo com Deus.		,693
Eu penso que Deus não me ama.		,682
Eu penso que talvez Deus esteja me punindo.		,676
Eu me pergunto se Deus está com raiva de mim.		,659
Eu penso que Deus não pode me ajudar.		,644
Penso que as pessoas na Igreja/Templo/ Sinagoga me culpam por isso.		,625
Eu deixo de acreditar em Deus.		,591
Eu penso que Deus fez isso porque eu fui uma pessoa má.		,557
Eu digo a mim mesmo(a) que Deus tentou me ajudar, mas não funcionou.		,481
Eu me pergunto por que Deus deixa isso acontecer comigo.		,463
Penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão.		,460
Eu penso que o mal (por exemplo, o diabo) fez isso para mim.		,420

Tabela 8. Análise dos componentes principais da Escala CRC para crianças de 12 a 13 anos.

12-13 anos (n = 331)	Componente	
	1	2
Penso que Deus vai me ajudar a superar isso.	,807	
Eu rezo/oro para Deus afastar meus problemas.	,799	
Eu digo para Deus pra me ajudar e Ele faz isso.	,787	
Eu tento ver como Deus pode estar me tornando uma pessoa melhor.	,757	
Eu penso que Deus está sempre comigo.	,739	
Eu tento conhecer Deus melhor.	,736	
Eu peço para que Deus me ajude a entender isso.	,730	
Eu rezo/oro para que Deus faça com que eu me sinta melhor.	,709	
Eu penso que Deus está cuidando de mim.	,695	
Eu falo com Deus e Ele me diz como me sentir melhor.	,690	
Penso no que a minha fé diz sobre resolver problemas.	,686	
Eu penso que Deus está me acalmando.	,683	
Eu agradeço a Deus pelo problema não ser pior.	,666	
Penso que minha família e meus amigos estão rezando/orando por mim.	,581	
Eu vou a Igreja/Templo/Sinagoga.	,580	
Eu leio o livro sagrado da minha religião (por exemplo, a Bíblia)	,534	
Eu peço para outras pessoas rezarem/orarem por mim.	,506	
Eu converso com o líder da minha religião (por exemplo, pastor/padre/rabino)	,472	
Eu rezo/oro para não morrer.	,420	
Eu me pergunto se Deus está com raiva de mim.		,730
Eu penso que talvez Deus esteja me punindo.		,718
Eu penso que Deus não me ama.		,659
Eu fico brabo com Deus.		,619
Eu deixo de acreditar em Deus.		,580
Eu penso que Deus fez isso porque eu fui uma pessoa má.		,566
Eu me pergunto por que Deus deixa isso acontecer comigo.		,532
Eu penso que Deus não pode me ajudar.		,523
Penso que as pessoas na Igreja/Templo/ Sinagoga me culpam por isso.		,492
Eu penso que o mal (por exemplo, o diabo) fez isso para mim.		,434
Eu digo a mim mesmo(a) que Deus tentou me ajudar, mas não funcionou.	,327	,344
Penso que Deus deu problemas a alguns de nós por alguma razão.		,331

ANEXO J

Questionário Geral

1. Eu tenho _____ anos.

2. Eu sou: Menino ☐ Menina ☐

3. Eu moro na cidade de:
…….

O quanto importante é sua fé/religião para você?

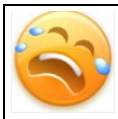
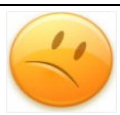
Nada importante	Um pouco importante	Importante	Muito Importante
☐	☐	☐	☐

Quantas vezes no último ano você fez as coisas a seguir?	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	2 a 3 vezes por mês	Toda semana
▪ Participou de reuniões religiosas regulares (por exemplo, culto, missa)?	☐	☐	☐	☐	☐
▪ Participou de aulas de educação religiosa (como por exemplo, escola bíblica ou catequese)?	☐	☐	☐	☐	☐
▪ Leu/assistiu/escutou algum material religioso?	☐	☐	☐	☐	☐
▪ Conversou sobre assuntos relacionados à religião?	☐	☐	☐	☐	☐
▪ Teve com a sua família momentos juntos para ouvir histórias da sua religião?	☐	☐	☐	☐	☐
▪ Orou /rezou	☐	☐	☐	☐	☐

Minha religião é ( ) Católica
( ) Protestante (Luterana, Batista, Metodista, Adventista...)
( ) Evangélica (Assembléia de Deus, Universal, Deus é amor, Igreja da Graça...)
( ) Espírita
( ) Judaica
( ) Umbanda/Candomblé
( ) Testemunha de Jeová
( ) Outra _____
( ) Não tenho religião

ANEXO K

Personal Wellbeing Index- School Children (PWI-SC) Versão A

O quanto você se sente feliz com…						Não sei
Com todas as coisas que você tem	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Com sua saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Com as coisas nas quais você quer ser bom	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sobre o quanto seguro você se sente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Com seu relacionamento com as pessoas em geral	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sobre fazer coisas longe de casa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sobre o que pode acontecer com você no futuro	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO L

Personal Wellbeing Index - School Children (PWI-SC) - Versão B

O quanto você está satisfeito com cada uma das seguintes coisas em sua vida?

(Atribua uma nota de 0 a 10)

	0= *Totalmente insatisfeito/a*										***10 = Totalmente satisfeito/a***
Com todas as coisas que você tem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Com sua saúde	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Com as coisas nas quais você quer ser bom	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sobre o quanto seguro você se sente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Com seu relacionamento com as pessoas em geral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sobre fazer coisas longe de casa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sobre o que pode acontecer com você no futuro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10