

DIFERENÇAS DE SAÚDE MENTAL ENTRE ATEUS, AGNÓSTICOS, ESPIRITUALISTAS E RELIGIOSOS BRASILEIROS

DIFFERENCES IN MENTAL HEALTH AMONG BRAZILIAN ATHEISTS, AGNOSTICS, SPIRITUALISTS AND RELIGIOUS PEOPLE

DIFERENCIAS EN SALUD MENTAL ENTRE ATEOS, AGNÓSTICOS, ESPIRITUALISTAS Y RELIGIOSOS BRASILEÑOS

Daniel Foschetti Gontijo *

Instituto Ponto Azul.
Programa de Pós-Graduação em Neurociências.
Belo Horizonte, MG, Brasil.
E-mail: xxxxxxxx@gmail.com
ORCID: [0000-0002-4723-7756](https://orcid.org/0000-0002-4723-7756)

Felipe Carvalho Novaes *

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: felipecarvalho.n@gmail.com
ORCID: [0000-0002-4534-5059](https://orcid.org/0000-0002-4534-5059)

Pedro Henrique de Faria Sampaio *

Universidade Federal do Espírito Santo.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Vitória, ES, Brasil.
E-mail: pedsampaio@gmail.com
ORCID: [0000-0002-4626-3864](https://orcid.org/0000-0002-4626-3864)

Natacha Ágata de Queiroz Andrade Costa Gontijo *

Universidade de São Paulo.
Instituto de Psicologia.
São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: natacha.gontijo@usp.br
ORCID: [0009-0006-5034-3433](https://orcid.org/0009-0006-5034-3433)

* Doutor e mestre em Neurociências pela Universidade Federal de Minas Gerais. Graduado em Psicologia pela Fundação Mineira de Educação e Cultura.

* Doutor e mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

* Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná. Graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo.

* Graduada em Psicologia pela Faculdade Pitágoras. Mestranda em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo.

RESUMO

Acumulam-se evidências de que indivíduos mais religiosos tendem a ser mentalmente mais saudáveis, mas relativamente poucos estudos realizaram comparações entre subgrupos religiosos (ex. católicos e espíritas) e não religiosos (ex. ateus e agnósticos). Nesta pesquisa, 1.541 brasileiros responderam a questionários relativos às suas experiências de felicidade, sentido de vida, sintomas de ansiedade e sintomas depressivos. Verificamos que ateus e agnósticos apresentavam níveis mais baixos de felicidade e sentido de vida do que católicos, evangélicos e espíritas, mas não estavam mais depressivos nem mais ansiosos. Evangélicos tendiam a experimentar menos sintomas depressivos e mais sentido de vida do que membros de religiões minoritárias, e espiritualistas constituíam o subgrupo mais vulnerável ao sofrimento mental. Esses resultados indicam que o pertencimento religioso oportuniza fontes extras de felicidade e sentido de vida para alguns indivíduos, mas talvez não ofereça recursos notáveis para a regulação de sintomas depressivos e de ansiedade.

Palavras-chave: Religiosidade; Espiritualidade; Ateísmo; Religião; Saúde Mental.

ABSTRACT

Evidence accumulates that more religious individuals tend to be mentally healthier, but relatively few studies have made comparisons between religious (e.g., Catholic and Spiritist) and non-religious (ex. atheists and agnostics) subgroups. In this survey, 1,541 Brazilians answered questionnaires related to their experiences of happiness, meaning of life, anxiety symptoms and depressive symptoms. We found that atheists and agnostics had lower levels of happiness and meaning in life than Catholics, Evangelicals and Spiritists, but they were not more depressed or anxious. Evangelicals tended to experience fewer depressive symptoms and more meaning in life than members of minority religions, and spiritualists were the most vulnerable subgroup to mental distress. These results indicate that religious belonging provides additional sources of happiness and meaning in life for some individuals, but may not offer notable resources for regulating depressive and anxiety symptoms.

Keywords: Atheism; Religion; Religiosity; Spirituality; Mental Health.

RESUMEN

Se acumulan pruebas de que más individuos religiosos tienden a ser más saludables mentalmente, pero relativamente pocos estudios han hecho comparaciones entre subgrupos religiosos (e.g., católicos y espíritas) y no religiosos (e.g., ateos y agnósticos). En esta encuesta, 1.541 brasileños respondieron cuestionarios relacionados con sus experiencias de felicidad, sentido de la vida, síntomas de ansiedad y síntomas depresivos. Descubrimos que los ateos y agnósticos tenían niveles más bajos de felicidad y significado en la vida que los católicos, evangélicos y espiritistas, pero no estaban más deprimidos ni más ansiosos. Los evangélicos tendían a experimentar menos síntomas depresivos y más significado en la vida que los miembros de religiones minoritarias, y los espiritistas constituían el subgrupo más vulnerable a la angustia mental. Estos resultados indican que la pertenencia religiosa proporciona fuentes adicionales de felicidad y sentido a la vida para algunas personas, pero puede no ofrecer recursos notables para regular los síntomas de depresión y ansiedad.

Palabras clave: Ateísmo; Espiritualidad; Religión; Religiosidad; Salud Mental.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, muitos estudos têm constatado uma associação positiva entre

religiosidade/espiritualidade (R/E)¹ e saúde mental (Abdaleati; Zaharim; Mydin, 2016; Bonelli; Koenig, 2013; Yonker; Schnabelrauch; DeHaan, 2012). Por exemplo, uma revisão sistemática verificou que há boas evidências de que pessoas mais religiosas tendem a apresentar menos depressão, abusar menos de substâncias psicoativas e ser menos propensas ao suicídio do que pessoas menos religiosas (Bonelli; Koenig, 2013). Além disso, alguns estudos indicam que pessoas com níveis mais altos de R/E são mais felizes (ex. Stark; Maier, 2008) e experienciam mais sentido de vida (ex. Horning *et al.*, 2011). Diante de dados como esses, alguns autores têm sugerido que a R/E proporciona benefícios à saúde mental, melhorando-a e/ou protegendo-a contra eventos que poderiam piorá-la (ex. Abdaleati; Zaharim; Mydin, 2016; Weber; Pargament, 2014). A título de exemplo, Weber e Pargament (2014) propõem que isso ocorre porque, durante adversidades, pessoas religiosas tendem a tentar se conectar com Deus, ser *espiritualmente otimistas* e obter apoio social dos membros de suas comunidades religiosas.

Apesar disso, relativamente poucos estudos avaliaram a saúde mental de pessoas não religiosas (Abdaleati; Zaharim; Mydin, 2016), e uma revisão sistemática verificou que as diferenças entre crentes e descrentes não são tão consistentes na literatura (Weber *et al.*, 2012). É importante mencionar também que há diferenças teológicas significativas entre aqueles que não são adeptos de uma religião. Por exemplo, enquanto agnósticos suspendem seu juízo sobre a existência de Deus (ou deuses), ateus procuram defender racionalmente sua inexistência (Martin, 2007). Por sua vez, espiritualistas – também chamados de *espirituais, mas não religiosos* – apresentam crenças e práticas relacionadas a Deus e/ou a outros seres espirituais, mas não são membros de uma religião (Willard; Norenzayan, 2017; Zinnbauer *et al.*, 1997). Sua espiritualidade (não institucionalizada) os torna um pouco mais semelhantes a religiosos e, presumivelmente, um pouco mais dessemelhantes a ateus e agnósticos. Assim, ainda que muitos estudos já tenham verificado que pessoas com níveis mais elevados de R/E tendem a ter melhor saúde mental, é possível que algumas diferenças não sejam encontradas em comparações envolvendo uns ou outros desses subgrupos.

Essa hipótese é corroborada por alguns estudos (Ando, 2014; King *et al.*, 2006; King *et al.*, 2013; Willard; Norenzayan, 2017), e há também achados sugestivos de que os subgrupos não religiosos podem diferir entre si a respeito de algumas medidas de saúde

¹ Religiosidade e espiritualidade são conceitos consideravelmente sobrepostos (Zinnbauer *et al.*, 1997), mas algumas diferenças têm sido discutidas. Por exemplo, Zinnbauer e Pargament (2005) sugerem que, enquanto a espiritualidade se refere à busca pelo sagrado, a religiosidade é a experiência dessa busca *no contexto de uma organização religiosa*. Ao longo do texto, preferimos tratar esses conceitos como uma unidade (R/E) – ainda que, em alguns momentos, tenhamos precisado dissociá-los.

mental. Por exemplo, King *et al.* (2013) verificaram que, em comparação com pessoas nem religiosas, nem espiritualizadas – ateus e agnósticos, presumivelmente –, espiritualistas tendiam a fazer mais uso de drogas e a ter mais problemas relativos à ansiedade e à alimentação. Eles também constataram que os religiosos de sua amostra eram menos propensos a consumir substâncias psicoativas, mas não eram mais felizes do que os demais grupos. Esses dados sublinham a importância não só de diferenciar subgrupos de não religiosos em uma amostra, mas também de compará-los a partir de diferentes componentes de saúde mental.

Finalmente, é possível que haja diferenças de saúde mental entre os membros de diferentes denominações religiosas (Ando, 2014; Dalgarrondo *et al.*, 2005; Dalgarrondo *et al.*, 2008). A título de exemplo, em uma amostra de imigrantes japoneses, cristãos apresentavam um nível mais elevado de bem-estar do que budistas e não religiosos, mas não havia diferenças significativas entre estes dois últimos grupos (Ando, 2014). E, em um estudo conduzido no Brasil, espíritas eram mais propensos a usar drogas e a experienciar sintomas psiquiátricos do que católicos, e mais suscetíveis ainda a fazer isso do que evangélicos (Dalgarrondo *et al.*, 2005). Esses dados sugerem que a relação entre R/E e saúde mental pode depender de quais crenças e comportamentos religiosos (e não religiosos) estão em jogo – os quais variam conforme os subgrupos considerados.

Em vista disso, pretendemos investigar as possíveis diferenças de saúde mental entre subgrupos religiosos e não religiosos de uma amostra de brasileiros. Especificamente, exploramos se, em comparação com pessoas não religiosas, pessoas religiosas apresentam mais felicidade, mais sentido de vida, menos sintomas de ansiedade e menos sintomas depressivos. Nessa etapa preliminar, os subgrupos religiosos e não religiosos não foram distinguidos, pois queríamos testar o hipotético efeito geral do pertencimento religioso. Posteriormente, checamos se existem diferenças significativas entre católicos, evangélicos/protestantes, espíritas e membros de religiões minoritárias (subgrupos religiosos); entre ateus, agnósticos e espiritualistas (subgrupos não religiosos); e, finalmente, entre os subgrupos religiosos e não religiosos.

2 MÉTODO

2.1 Participantes

Para se submeterem a este estudo, os participantes precisavam residir no Brasil, ter ao menos 18 anos de idade e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE). Das 2841 pessoas que iniciaram sua participação, removemos os dados de 10 por serem menores de idade e de 1043 por não terem respondido a todas as questões. Dos 1788 participantes restantes, 247 foram removidos por sua identidade religiosa/espiritual ser atípica (ex. católicos agnósticos e religiosos ateus) e teoricamente menos relevante (cf. seção *Materiais*). A amostra final foi composta por 1541 pessoas, cujos dados demográficos estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos da amostra

	M	DP
IDADE	37,4	12,7
GÊNERO	<i>n</i>	%
Masculino	787	44,01
Feminino	994	55,59
Sem identificação	7	0,39
ESTADO CIVIL		
Solteiro(a)	1225	68,5
Casado(a)	563	31,5
ESCOLARIDADE		
Ensino fundamental incompleto	7	0,4
Ensino fundamental completo	46	2,6
Ensino médio completo	629	35,2
Ensino superior completo	559	31,3
Pós-graduação completa	547	30,6
NÍVEL ECONÔMICO		
Muito abaixo da média	16	0,9
Moderadamente abaixo da média	96	5,4
Um pouco abaixo da média	144	8,1
Na média	741	41,4
Um pouco acima da média	467	26,1
Moderadamente acima da média	250	14
Muito acima da média	14	4,1
REGIÃO		
Sul	402	22,5
Sudeste	1102	61,6

Centro-oeste	79	4,4
Nordeste	157	8,8
Norte	48	2,7
DENOMINAÇÃO ESPIRITUAL/RELIGIOSA		
Ateísmo	388	21,7
Agnosticismo	159	9
Espiritualismo	283	15,8
Catolicismo	209	11,7
Evangelismo/protestantismo	150	8,4
Espiritismo	215	12
Religiões minoritárias	137	7,7

Fonte: Elaborado pelos autores.

2.2 Materiais

Questionário demográfico. Os participantes foram solicitados a informar sua idade, seu gênero, seu estado civil, sua escolaridade e seu nível econômico de vida.

Denominação espiritual/religiosa. Antes de assinalarem a opção que melhor descrevia sua denominação espiritual, os participantes foram instruídos de que, neste estudo, “seres espirituais são entendidos como seres invisíveis, imateriais e capazes de pensar, sentir e interagir com o mundo. Alguns nomes comuns para esses seres são ‘Satanás’, ‘demônios’, ‘espíritos humanos’, ‘anjos’ e ‘Deus’”. Após lerem isso, eles precisavam marcar uma das seguintes opções de *denominação espiritual*: *Sou ateu (ou ateia)/Acredito que seres espirituais não existem; Sou agnóstico(a)/Não creio que seres espirituais existem nem que não existem; Sou espiritualista/Acredito que seres espirituais existem, mas não sigo uma religião; Sou religioso(a)/Acredito que seres espirituais existem e sigo uma religião; e Outra denominação espiritual.* Além disso, os participantes assinalaram a *denominação religiosa* com a qual eles mais se identificavam. As opções de resposta eram *Católica; Evangélica/protestante; Espírita; Não sigo uma religião e Outra denominação religiosa.*

A partir da combinação das respostas aos dois itens de denominação religiosa/espiritual descritos acima, 7 subgrupos foram criados e considerados para as análises. Aqueles que assinalaram que não seguiam uma religião e que se classificaram como ateus, agnósticos ou espiritualistas foram definidos como *ateus, agnósticos* ou

espiritualistas, respectivamente. Aqueles que assinalaram que seguiam uma religião e que se classificaram como católicos, protestantes/evangélicos, espíritas ou membros de outra denominação religiosa foram definidos como *católicos*, *evangélicos*, *espíritas* e *membros de religiões minoritárias*. Por razões teóricas, participantes que realizaram combinações atípicas (ex. *Católica + Sou ateu*) foram excluídos das análises.

Subjective Happiness Scale (SHS; Lyubomirsky; Lepper, 1999; versão brasileira adaptada por Damásio; Zanon; Koller, 2014). A partir de quatro itens de autorrelato, a SHS avalia a percepção subjetiva de felicidade. A escala de respostas varia de 1 a 7, mas as opções de resposta são diferentes entre os itens (exceto entre os itens 3 e 4, os quais apresentam as mesmas opções). Por exemplo, o item 1 é composto pela afirmação *Eu me considero*, e suas opções de resposta variam de 1 – *Uma pessoa não muito feliz* até 7 – *Uma pessoa muito feliz*. Já o item 2 é composto pela afirmação *Comparado à maioria dos meus colegas/amigos, eu me considero*, e suas opções de resposta variam de 1 – *Menos feliz* até 7 – *Mais feliz*. O escore da escala varia de 4 até 28 pontos. Neste estudo, o alpha de Cronbach da SHS foi 0,81.

Meaning in Life Questionnaire (MLQ; Steger *et al.*, 2006; versão brasileira adaptada por Damásio; Koller, 2015). O MLQ é uma escala de autorrelato que avalia a presença e a busca de sentido de vida. Utilizamos apenas sua subescala de presença de sentido de vida, a qual é composta por cinco itens (ex. *Minha vida tem um propósito claro*). As opções de resposta variam de 1 – *Totalmente falsa* até 7 – *Totalmente verdadeira*, e seu escore varia entre 5 e 35 pontos. Neste estudo, o alpha de Cronbach da MLQ foi 0,89.

Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7; Spitzer *et al.*, 2006; versão brasileira adaptada por Moreno *et al.*, 2016). A GAD-7 é uma escala de autorrelato que visa identificar a presença de sintomas do transtorno de ansiedade generalizada. O participante precisa assinalar a frequência com que cada um dos sintomas ansiosos descritos o incomodou durante as duas últimas semanas. Ela é composta por 7 itens (ex. *Sentiu-se com medo, como se algo ruim pudesse acontecer*), e suas opções de resposta variam de 0 – *Nenhuma vez* até 3 – *Quase todos os dias*. Quanto mais alto o escore (de 0 até 21 pontos), maior a presença de sintomas ansiosos. Neste estudo, o alpha de Cronbach da GAD-7 foi 0,91.

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Spitzer; Kroenke; Williams, 1999; versão brasileira adaptada/validada por Osório *et al.*, 2009; Santos *et al.*, 2013). Sendo uma subescala de autorrelato do *Patient Health Questionnaire*, o PHQ-9 visa identificar a presença de sintomas do episódio depressivo maior. O respondente precisa assinalar a frequência com que cada um dos sintomas descritos o incomodou durante as duas últimas

semanas. A escala é composta por 9 itens (ex. *Se sentiu pra baixo, deprimido ou sem perspectiva*), e suas opções de resposta variam de 0 – *Nenhuma vez* até 3 – *Quase todos os dias*. O escore do PHQ-9 varia de 0 até 27 pontos. Neste estudo, o alpha de Cronbach do PHQ-9 foi 0,91.

2.3 Procedimentos

A coleta de dados foi realizada por meio da plataforma online *SurveyMonkey*. O *link* e uma breve descrição da pesquisa foram postados em diversas páginas e grupos da rede social *Facebook*, os quais foram escolhidos em função de seus temas (i.e., religião, religiosidade/espiritualidade e ateísmo/agnosticismo). Além disso, o *link* para a pesquisa foi patrocinado quatro vezes, gerando um gasto total de R\$ 383,00. O primeiro *link* patrocinado teve como público-alvo pessoas com pelo menos 18 anos de idade; o segundo, pessoas com pelo menos 18 anos de idade interessadas em *espiritualidade, Deus, religião, ateísmo, agnosticismo e/ou fé*; o terceiro, homens com pelo menos 18 anos de idade interessados em *espiritualidade, Deus, religião, ateísmo, agnosticismo e/ou fé*; e o quarto, pessoas com pelo menos 18 anos interessadas em *agnosticismo*. Os dois últimos *links* patrocinados visaram aumentar o número de participantes homens e/ou agnósticos em nosso levantamento, o qual estava baixo em comparação com o número de participantes mulheres e/ou religiosos/espiritualistas/ateus.

Após lerem e aceitarem o TCLE, os participantes responderam, respectivamente, ao questionário demográfico, aos itens de denominação espiritual/religiosa, ao MLQ, ao PHQ-9, à SHS e à GAD-7. A coleta de dados ocorreu de 27 de agosto de 2018 até 29 de dezembro de 2018. Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla, e seu projeto (CAAE: 62341416.0.1001.5582) foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio de Janeiro (número do parecer: 1.871.108).

3 RESULTADOS

3.1 Comparação entre religiosos e não religiosos

Conduzimos uma análise multivariada de covariância (MANCOVA) para comparar a

saúde mental de religiosos e não religiosos (Tabela 2),² e seu resultado foi estatisticamente significativo [$F(4, 1528) = 47,450$; Pillai's trace = 0,110; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,110$]. Conforme os resultados das ANCOVAs, os grupos apresentavam diferenças em felicidade [$F(1, 1531) = 37,692$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,024$], sentido de vida [$F(1, 1531) = 168,373$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,099$] e sintomas depressivos [$F(1, 1531) = 4,315$; $p = 0,038$; $\eta^2 = 0,003$], mas não em sintomas de ansiedade [$F(1, 1531) = 0,350$; $p = 0,554$; $\eta^2 = 0,000$]. Feitas as correções *post hoc* de Bonferroni, religiosos apresentavam mais felicidade ($p < 0,001$; $d = 0,32$, pequeno) e sentido de vida ($p < 0,001$; $d = 0,70$, médio) do que não religiosos, bem como menos sintomas depressivos ($p = 0,038$; $d = 0,11$, pequeno).

Tabela 1 – Médias marginais estimadas e desvios-padrão de saúde mental de religiosos e não religiosos

Grupos	Felicidade	Sentido de vida	Sintomas de ansiedade	Sintomas depressivos
Religiosos	20,181 (5,36)	27,311 (7,62)	13,601 (5,25)	16,182 (6,13)
Não religiosos	18,444 (5,32)	22,088 (7,59)	13,765 (5,20)	16,854 (6,09)
Subgrupos religiosos				
Espíritas	20,423 (5,35)	28,176 (7,55)	13,473 (5,20)	15,815 (6,07)
Católicos	19,918 (5,23)	26,367 (7,38)	14,035 (5,08)	16,655 (5,92)
Evangélicos	20,892 (5,31)	28,738 (7,52)	12,784 (5,16)	15,066 (6,03)
MRMs	19,587 (5,16)	26,033 (7,30)	14,231 (5,02)	17,406 (5,86)
Subgrupos não religiosos				
Ateus	18,304 (5,41)	22,637 (7,65)	13,018 (5,25)	15,982 (6,14)
Espiritualistas	18,797 (5,18)	22,262 (7,31)	14,675 (5,03)	17,799 (5,87)
Agnósticos	18,015 (5,27)	20,276 (7,44)	13,785 (5,11)	17,159 (5,97)
<i>Nota:</i> MRMs = Membros de religiões minoritárias. Covariáveis incluídas: idade, gênero, estado civil, escolaridade e nível econômico.				

Fonte: Elaborado pelos autores.

3.2 Comparações entre subgrupos

Conduzimos uma análise multivariada de covariância (MANCOVA) para comparar a saúde mental de todos os subgrupos religiosos e não religiosos (Tabela 2), e seu resultado

² Como os grupos apresentavam diferenças significativas quanto às variáveis demográficas idade, gênero, estado civil, escolaridade e nível econômico, elas foram incluídas como covariáveis nesta e nas demais MANCOVAs.

foi estatisticamente significativo [$F(24, 6104) = 10,250$; Pillai's trace = 0,155; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,039$]. Conforme os resultados das ANCOVAs, os grupos apresentavam diferenças em felicidade [$F(6, 1526) = 7,619$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,029$], sentido de vida [$F(6, 1526) = 33,184$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,115$], sintomas de ansiedade [$F(6, 1526) = 0,4,153$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,016$] e sintomas depressivos [$F(6, 1526) = 5,598$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,022$]. As diferenças específicas serão descritas a seguir – as quais foram submetidas a correções *post hoc* de Bonferroni.

3.3 Comparações entre subgrupos religiosos

Evangélicos apresentavam mais sentido de vida ($p = 0,045$; $d = 0,36$, pequeno) e menos sintomas depressivos ($p = 0,020$; $d = 0,40$, médio) do que membros de religiões minoritárias. Nenhuma outra diferença de saúde mental foi verificada entre os subgrupos religiosos.

3.4 Comparações entre subgrupos não religiosos

Ateus apresentavam mais sentido de vida do que agnósticos ($p = 0,013$; $d = 0,31$, pequeno), bem como menos sintomas de ansiedade ($p = 0,001$; $d = 0,14$, pequeno) e de depressão ($p = 0,003$; $d = 0,20$, pequeno) do que espiritualistas. Nenhuma outra diferença de saúde mental foi verificada entre os subgrupos não religiosos.

3.5 Comparações entre subgrupos religiosos e não religiosos

Católicos apresentavam mais felicidade do que ateus ($p = 0,011$; $d = 0,30$, pequeno) e agnósticos ($p = 0,014$; $d = 0,36$, pequeno); evangélicos obtiveram escores maiores nessa medida do que ateus ($p < 0,001$; $d = 0,48$, médio), agnósticos ($p < 0,001$; $d = 0,54$, médio) e espiritualistas ($p = 0,002$; $d = 0,40$, médio); e espíritas andavam mais felizes do que ateus ($p = 0,011$; $d = 0,55$, médio), agnósticos ($p = 0,001$; $d = 0,64$, médio) e espiritualistas ($p = 0,013$; $d = 0,44$, médio). Quanto à presença de sentido de vida, ateus apresentaram escores menores do que católicos ($p < 0,001$; $d = 0,50$, médio), evangélicos ($p < 0,001$; $d = 0,80$, grande), espíritas ($p < 0,001$; $d = 0,72$, médio) e membros de religiões minoritárias ($p < 0,001$; $d = 0,45$, pequeno); agnósticos tiveram escores menores do que católicos ($p < 0,001$; $d = 0,82$, grande), evangélicos ($p < 0,001$; $d = 1,13$, grande), espíritas ($p < 0,001$; $d = 1,05$, grande) e membros de religiões minoritárias ($p < 0,001$; $d = 0,78$, médio); e espiritualistas

apresentaram escores menores do que católicos ($p < 0,001$; $d = 0,55$, médio), evangélicos ($p < 0,001$; $d = 0,87$, grande), espíritas ($p < 0,001$; $d = 0,79$, grande) e membros de religiões minoritárias ($p < 0,001$; $d = 0,52$, médio). Por fim, espiritualistas apresentavam mais sintomas de ansiedade do que evangélicos ($p = 0,006$; $d = 0,37$, pequeno), bem como mais sintomas depressivos do que evangélicos ($p < 0,001$; $d = 0,46$, médio) e espíritas ($p = 0,005$; $d = 0,33$, pequeno). Nenhuma outra diferença de saúde mental foi verificada entre os subgrupos religiosos e não religiosos.

4 DISCUSSÃO

Neste trabalho, comparamos subgrupos religiosos e não religiosos entre si em termos de sua saúde mental. Em um primeiro momento, verificamos que pessoas religiosas tendiam a apresentar mais felicidade, mais sentido de vida e menos sintomas depressivos do que as não religiosas – o que está em linha com outros estudos (ex. Ando, 2014; Bužgová; Jarošová; Hajnová, 2015; Bonelli; Koenig, 2013; Horning *et al.*, 2011; King *et al.*, 2013; Krägeloh *et al.*, 2015). Mas, em contraste com o que poderíamos inferir de estudos correlacionais (cf. Abdaleati *et al.*, 2016), esses grupos não se diferenciaram quanto à sua experiência de sintomas de ansiedade. Se nossas análises parassem por aqui, poderíamos tratar este último resultado como uma pequena exceção à hipótese de que pessoas religiosas apresentam melhor saúde mental. Por outro lado, alguns resultados das nossas comparações entre subgrupos desafiam essa ideia geral – e sugerem que a experiência de espiritualidade, por si só, não se correlaciona consistentemente com a saúde mental.

Em primeiro lugar, evangélicos, católicos e espíritas não apresentavam diferenças de saúde mental entre si (para resultados divergentes, cf. Dalgarrondo *et al.*, 2005; Dalgarrondo *et al.*, 2008). No entanto, em comparação com membros de religiões minoritárias, evangélicos experienciavam mais sentido de vida e menos sintomas depressivos. Embora haja indícios de que pessoas que participam de religiões minoritárias sejam mais vulneráveis ao sofrimento mental (Ando, 2014; Baker; Stroope; Walker, 2018; Lawrence; Oquendo; Stanley, 2016), isso não explicaria por que esse subgrupo não se diferenciou dos católicos, que constituem a religião mais popular do Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012). Como as relações interpessoais parecem ser um dos fatores que explicam a relação positiva entre religiosidade e saúde mental (Ross, 1990; Schnittker, 2001; Vittengl, 2018), é possível que as religiões evangélicas forneçam mais suporte e atividades sociais aos seus membros. Ainda assim, nossos achados divergem dos

de Dalgarrondo *et al.* (2008), por exemplo, que verificaram que evangélicos apresentavam mais sintomas depressivos do que católicos – e estes últimos, a propósito, eram menos propensos a ter *perturbações mentais* do que espíritas. Mais estudos precisam ser realizados a fim de esclarecer as razões dessas divergências.

Em segundo lugar, espiritualistas apresentavam mais sintomas de ansiedade do que ateus e evangélicos; mais sintomas depressivos do que ateus, evangélicos e espíritas; menos felicidade do que evangélicos e espíritas; e menos sentido de vida do que católicos, evangélicos e espíritas. Esses achados convergem com os de outros estudos (Baker; Stroope; Walker, 2018; King *et al.*, 2006; King *et al.*, 2013; Willard; Norenzayan, 2017), sugerindo que os espiritualistas são mais vulneráveis ao sofrimento mental. Levando em conta um trabalho que verificou que *peessoas espirituais* são mais propensas a se submeter a terapias alternativas (Ellison; Bradshaw; Roberts, 2012), especulamos que espiritualistas sejam mais inclinados a adotar estratégias pouco eficazes para lidar com as adversidades da vida. Outra possibilidade é a de que uma proporção maior de espiritualistas esteja passando por uma transição de identidade espiritual (cf. Moore; Leach, 2015), a qual seria permeada por dúvidas e outros tipos de conflito que prejudicariam sua saúde mental (Galek *et al.*, 2007; Hunsberger; Pratt; Pancer, 2002; Krause; Wulff, 2004). Por fim, como os espiritualistas da nossa amostra eram mais ansiosos e depressivos do que os ateus, isso também reforça a hipótese de que os presumíveis benefícios da espiritualidade decorrem menos da fé do que da integração social proporcionada por organizações religiosas (Schnittker, 2001; Vittengl, 2018).

Em terceiro lugar, verificamos que ateus apresentavam mais sentido de vida do que agnósticos. De acordo com Martela e Steger (2016), uma das três facetas desse construto é a compreensão da vida, ou seja, a percepção de que nossas experiências no mundo fazem sentido, são coerentes. Nessa linha, Galen (2015) sugere que ateus podem significar e ordenar suas vidas ao elaborarem uma cosmovisão científica e ao confiarem em instituições sócio-políticas seculares, não religiosas. Embora agnósticos também possam fazer isso, ateus talvez apresentem um vínculo mais forte com essas fontes de sentido alternativas. Isso é mais ou menos o que propõem Galen e Kloet (2011), que constataram que os agnósticos de sua amostra andavam menos satisfeitos com a vida e mais instáveis emocionalmente. Ao lado de outros trabalhos (Ross, 1990; Mochon; Norton; Ariely, 2011; Wei; Liu, 2013), seus achados também sugerem que a relação entre R/E e saúde mental não é linear – isto é, quanto mais R/E, melhor –, e sim curvilínea – ou seja, quanto mais convicto for o indivíduo, melhor. Isso significa que pessoas que apresentam uma visão de mundo menos

forte, tais como (supostamente) as agnósticas e as espiritualistas, seriam mais vulneráveis ao sofrimento mental. Ainda que essa hipótese tenha ganhado mais visibilidade ultimamente (cf. Galen; Speed, 2024), nem todos os nossos achados a corroboram.

Em quarto lugar, ateus e agnósticos não experienciavam mais sintomas depressivos e de ansiedade do que os subgrupos religiosos. Embora a literatura seja bastante consistente quanto à correlação inversa entre R/E e sintomas depressivos (Braam; Koenig, 2019; Bonelli *et al.*, 2012; Bonelli; Koenig, 2013; Smith; McCullough; Poll, 2003), não há boas evidências de que ateus sejam mais depressivos do que religiosos (ex. Baker; Stroope; Walker, 2018; Hayward *et al.*, 2016; Roemer, 2010). Por outro lado, os achados envolvendo agnósticos parecem ser mais inconsistentes (Baker; Stroope; Walker 2018; Hayward *et al.*, 2016), bem como aqueles que se referem às diferenças de ansiedade entre crentes e descrentes (Baker; Stroope; Walker, 2018; Berman *et al.*, 2010; Hayward *et al.*, 2016; Park *et al.*, 2012; Weber *et al.*, 2012). É possível que esses dados reflitam a heterogeneidade das amostras avaliadas. Por exemplo, como nem todos os católicos comparecem a reuniões religiosas com a mesma frequência (ex. Dalgarrondo *et al.*, 2008), os menos engajados poderiam *puxar para baixo* a média de sintomas depressivos e de ansiedade do seu grupo, minando a chance de se detectar possíveis diferenças entre os mais fervorosos e os ateus e agnósticos *médios*. Outra possibilidade é a de que as correlações entre R/E e saúde mental não sejam causadas pelo envolvimento religioso, e sim por fatores de risco que estariam mais associados à vida não religiosa (Hall; Koenig; Meador, 2008). Retomando a nossa hipótese prévia, talvez isso seja mais comum entre os espiritualistas, que poderiam lançar mão de terapias ineficazes (cf. Ellison; Bradshaw; Roberts, 2012) ou até mesmo buscar meios mais solitários – e, portanto, mais difíceis – para lidar com as adversidades (Vittengl, 2018). Assim, os achados de que pessoas menos religiosas tendem a ter pior saúde mental não seriam explicados nem pela religião, nem pela descrença, e sim por fatores associados a uma espiritualidade não religiosa. Essa é uma hipótese que ainda foi pouco explorada na literatura, mas que, considerando nossos achados, merece mais atenção.

Em quinto lugar, verificamos que ateus e agnósticos vinham apresentando menos felicidade do que católicos, evangélicos e espíritas. Como já argumentamos, é possível que pessoas mais religiosas tendam a ser mais felizes por motivos predominantemente sociais. Por exemplo, Stark e Maier (2008) não encontraram associações significativas envolvendo as variáveis oração, leitura da Bíblia e crença em vida após a morte, mas os participantes que mais frequentavam reuniões religiosas reportaram um nível mais alto de felicidade. Além disso, eles constataram que aqueles que se sentiam mais próximos de Deus eram mais felizes

– o que, segundo os autores, também caracterizaria um tipo de relação interpessoal. Tay *et al.* (2014) sugerem que a religiosidade melhoraria o bem-estar por estimular ações sociais, tais como a gratidão, o voluntariado e o apoio em momentos de dificuldade.

Por fim, nossos achados de que ateus e agnósticos apresentavam menos sentido de vida do que todos os subgrupos religiosos convergem com outros da literatura (Horning *et al.*, 2011; Panzini *et al.*, 2011; Schnell; Keenan, 2011). Como a religiosidade parece ser uma das fontes mais poderosas de sentido (Schnell, 2011), é possível que as religiões forneçam respostas (psicologicamente) mais satisfatórias às nossas questões existenciais do que as alternativas seculares. Por exemplo, em um estudo experimental, Vail III e Soenke (2017) encontraram que, logo após imaginarem a própria morte, religiosos experienciaram níveis mais altos de sentido do que ateus. Apesar disso, a força da associação entre religiosidade e sentido de vida pode ser força fraca (Schnell, 2011), e ateus parecem não ser mais niilistas (Speed; Coleman III; Langston, 2018) nem mais propensos a ter crises de sentido (Schnell; Keenan, 2011). A propósito, nem todos os estudos encontram diferenças entre ateus e religiosos nesse construto (ex. Caldwell-Harris *et al.*, 2011; Sedlar *et al.*, 2018). Mais pesquisas precisam ser conduzidas para compreendermos melhor essas nuances e inconsistências.

Nossos achados precisam ser tomados com algumas precauções. Devido ao caráter transversal deste estudo, não podemos afirmar que as diferenças encontradas entre os subgrupos avaliados são causadas, por exemplo, por seu envolvimento religioso/espiritual. Na verdade, variáveis *denominacionais* talvez sejam as menos relevantes no que se refere à relação entre R/E e saúde mental (cf. Braam; Koenig, 2019). No entanto, sua utilização em pesquisas nos auxilia a elucidar se certas populações são mais vulneráveis ao sofrimento mental – um dado que poderia justificar estudos vindouros focados em alvos ainda mais específicos. A propósito, avaliamos apenas quatro componentes de saúde mental – felicidade, sentido de vida, sintomas de ansiedade e sintomas depressivos –, os quais estão longe de representar toda a amplitude e complexidade desse construto biopsicossocial. Medidas de satisfação com a vida, autoestima, ideação suicida e abuso de substâncias, por exemplo, poderiam fornecer dados complementares aos que encontramos. Além disso, devemos ressaltar que nossas mensurações foram baseadas em autorrelato, método sujeito a possíveis vieses de desejabilidade social (Fryer; Dinsmore, 2020). Cabe também salientar que nossa coleta foi feita online, e utilizamos estratégias de busca de participantes com o intuito de aumentar a quantidade de membros de algumas subamostras de interesse (i.e., homens e agnósticos). É possível que esses procedimentos metodológicos tenham feito com

que nossa amostra não seja representativa da população brasileira.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em linha com outros estudos (ex. Ando, 2014; Bužgová; Jarošová; Hajnová, 2015; Krägeloh *et al.*, 2015), verificamos que, em geral, os participantes religiosos avaliados tendiam a ser mentalmente mais saudáveis do que os não religiosos. Contudo, constatamos que ateus, agnósticos e espiritualistas não se diferenciavam de católicos, evangélicos e espíritas da mesma maneira. Com poucas exceções, ateus e agnósticos eram menos felizes e experienciavam menos sentido de vida do que religiosos, mas não andavam mais depressivos nem mais ansiosos. Interessantemente, e similarmente aos achados de outros autores (Baker; Stroope; Walker, 2018; King *et al.*, 2006; King *et al.*, 2013; Willard; Norenzayan, 2017), espiritualistas constituíam o subgrupo mais vulnerável ao sofrimento mental. Isso indica que espiritualidade se relaciona de forma menos relevante com a saúde mental do que o envolvimento com uma organização religiosa (ex. Vittengl, 2018). Por fim, nenhuma diferença significativa foi observada entre os adeptos das religiões mais predominantes no Brasil, mas os evangélicos tendiam a ser menos depressivos e a apresentar mais sentido do que membros de religiões minoritárias. Em conjunto, esses resultados indicam que o pertencimento religioso pode fornecer uma fonte extra de felicidade e sentido de vida para alguns indivíduos, mas talvez não ofereça recursos notáveis para a regulação de sintomas depressivos e de ansiedade.

REFERÊNCIAS

ABDALEATI, Naziha S.; ZAHARIM, Norzarina Mohd; MYDIN, Yasmin Othman. Religiousness and mental health: systematic review study. **Journal of Religion and Health**, Berlim, v. 55, n. 6, p. 1929–1937, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9896-1>.

ANDO, Sachi. Religious and gender effects on psychosocial adaptation among Japanese immigrants. **Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought**, London, v. 33, n. 2, p. 178–194, maio 2014. DOI: <https://doi.org/10.1080/15426432.2014.900379>.

BAKER, Joseph O.; STROOPE, Samuel; WALKER, Mark H. Secularity, religiosity, and health: physical and mental health differences between atheists, agnostics, and nonaffiliated theists compared to religiously affiliated individuals. **Social Science Research**, Amsterdam, v. 75, p. 44–57, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2018.07.003>.

BERMAN, Noah C. *et al.* The relationship between religion and thought-action fusion: use of an in vivo paradigm. **Behaviour Research and Therapy**, v. 48, n. 7, p. 670–674, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.021>.

BONELLI, Raphael *et al.* Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. **Depression Research and Treatment**, London, p. 1–8, ago. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1155/2012/962860>.

BONELLI, Raphael M.; KOENIG, Harold G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. **Journal of Religion and Health**, Berlim, v. 52, n. 2, p. 657–673, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9691-4>.

BRAAM, Arjan W.; KOENIG, Harold. G. Religion, spirituality and depression in prospective studies: a systematic review. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 257, p. 428–438, out. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.063>.

BUŽGOVÁ, Radka; JAROŠOVÁ, Darja; HAJNOVÁ, Erika. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. **European Journal of Oncology Nursing**, Amsterdam, v. 19, n. 6, p. 667–672, dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.04.006>.

CALDWELL-HARRIS, Catherine L. *et al.* Exploring the atheist personality: well-being, awe, and magical thinking in atheists, buddhists, and christians. **Mental Health, Religion & Culture**, London, v. 14, n. 7, p. 659–672, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1080/13674676.2010.509847>.

DALGALARRONDO, Paulo *et al.* Jovens pentecostais e espíritas em comparação a católicos: uso de álcool e drogas e saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 182–190, 2005. DOI: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-438309>.

DALGALARRONDO, Paulo *et al.* Religious affiliation and psychiatric morbidity in Brazil: higher rates among evangelicals and spiritists. **The International Journal of Social Psychiatry**, Califórnia, v. 54, n. 6, p. 562–574, nov. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764008091439>.

DAMÁSIO, Bruno Figueiredo; KOLLER, Sílvia Helena. Meaning in Life Questionnaire: adaptation process and psychometric properties of the brazilian version. **Revista Latinoamericana de Psicología**, Amsterdam, v. 47, n. 3, p. 185–195, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.06.004>.

DAMÁSIO, Bruno Figueiredo; ZANON, Cristian; KOLLER, Sílvia Helena. Validation and psychometric properties of the Brazilian version of the Subjective Happiness Scale. **Universitas Psychologica**, Colômbia, v. 13, n. 1, p. 17–24, out. 2014. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vppb>.

ELLISON, Cristopher G.; BRADSHAW, Matt; ROBERTS, Cheryl A. Spiritual and religious

identities predict the use of complementary and alternative medicine among US adults. **Preventive Medicine**, Amsterdam, v. 54, n. 1, p. 9–12, jan. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.08.029>.

FRYER, Luke Kutzik; DINSMORE, Daniel L. The promise and pitfalls of self-report. **Frontline Learning Research**, Leuven, v. 8, n. 3, p. 1–9, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.14786%2Fflr.v8i3.623>.

GALEK, Kathleen *et al.* Religious doubt and mental health across the lifespan. **Journal of Adult Development**, Londres, v. 14, n. 1–2, p. 16–25, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10804-007-9027-2>.

GALEN, Luke William. Atheism, wellbeing, and the wager: why not believing in God (with others) is good for you. **Science, Religion & Culture**, v. 2, n. 3, p. 54–69, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.17582/journal.src/2015/2.3.54.69>.

GALEN, Luke William; KLOET, James D. Mental well-being in the religious and the non-religious: evidence for a curvilinear relationship. **Mental Health, Religion & Culture**, v. 14, n. 7, p. 673–689, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1080/13674676.2010.510829>.

GALEN, Luke William; SPEED, David. Testing the religion/spirituality-mental health curvilinear hypothesis using data from many-analysts religion project. **Religion, Brain & Behavior**, p. 1–18, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/2153599X.2024.2378992>.

HALL, Daniel E.; KOENIG, Harold G.; MEADOR, Keith G. Hitting the target: why existing measures of “religiousness” are really reverse-scored measures of “secularism”. **Explore**, Amsterdam, v. 4, n. 6, p. 368–373, nov. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2008.08.002>.

HAYWARD, R. David *et al.* Health and well-being among the non-religious: Atheists, agnostics, and no preference compared with religious group members. **Journal of Religion and Health**, Londres, v. 55, n. 3, p. 1024–103, jan. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0179-2>.

HORNING, Sheena M. *et al.* Atheistic, agnostic, and religious older adults on well-being and coping behaviors. **Journal of Aging Studies**, Amsterdam, v. 25, n. 2, p. 177–188, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2010.08.022>.

HUNSBERGER, Bruce; PRATT, Michael; PANCER, Mark. A longitudinal study of religious doubts in high school and beyond: relationships, stability, and searching for answers. **Journal for the Scientific Study of Religion**, Nova Jersey, v. 41, n. 2, p. 255–266, dez. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-5906.00115>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

KING, Michael *et al.* Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v. 202, n. 1, p. 68–73, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112003>.

KING, Michael *et al.* Religion, mental health and ethnicity. EMPIRIC – a national survey of England. **Journal of Mental Health**, Milton Park, v. 15, n. 2, p. 153–162, 2006. <https://doi.org/10.1080/09638230600608891>.

KRÄGELOH, Christian U. *et al.* The relationship between quality of life and spirituality, religiousness, and personal beliefs of medical students. **Academic Psychiatry**, Berlim, v. 39, n. 1, p. 85–89, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0158-z>.

KRAUSE, Neal; WULFF, Keith M. Religious doubt and health: Exploring the potential dark side of religion. **Sociology of Religion**, Oxford, v. 65, n. 1, p. 35–56, 2004. DOI: <https://doi.org/10.2307/3712506>.

LAWRENCE, Ryan E.; OQUENDO, Maria A.; STANLEY, Barbara. Religion and suicide risk: a systematic review. **Archives of Suicide Research**, Milton Park, v. 20, n. 1, p. 1–21, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>.

LYUBOMIRSKY, Sonja; LEPPER, Heidi S. A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. **Social Indicators Research**, Berlim, v. 46, n. 1, p. 137–155, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1006824100041>.

MARTELA, Frank; STEGER, Michael F. The three meanings of meaning in life: distinguishing coherence, purpose, and significance. **The Journal of Positive Psychology**, Milton Park, v. 11, n. 5, p. 531–545, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1137623>.

MARTIN, Michael (org.). **The Cambridge companion to atheism**. Nova York: Cambridge University Press, 2007. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/23558669>. Acesso em: 19 jun. 2026.

MOCHON, Daniel; NORTON, Michael I.; ARIELY, Dan. Who benefits from religion? **Social Indicators Research**, Berlim, v. 101, n. 1, p. 1–15, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9637-0>.

MOORE, Jon T.; LEACH, Mark M. Dogmatism and mental health: a comparison of the religious and secular. **Psychology of Religion and Spirituality**, Washington, v. 8, n. 1, p. 54–64, fev. 2015. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/buy/2015-14529-001>. Acesso em: 19 jun. 2026.

MORENO, André Luiz *et al.* Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 Questionnaire. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 357–376, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/180311>. Acesso em: 19 jun. 2026.

OSÓRIO, Flávia Lima *et al.* Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in Psychiatric Care**, New Jersey, v. 45, n. 3, p. 216–227, jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>.

PANZINI, Raquel Gehrke *et al.* Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 153–165, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2011.v45n1/153-165/pt>. Acesso em: 19 jun. 2026.

PARK, Jong-Ik *et al.* The relationship between religion and mental disorders in a Korean population. **Psychiatry Investigation**, Seul, v. 9, n. 1, 29–35, jan. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.1.29>. Acesso em: 19 jun. 2026.

ROEMER, Michael K. Religion and psychological distress in Japan. **Social Forces**, Oxford, v. 89, n. 2, p. 559–583, dez. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1353/sof.2010.0049>.

ROSS, Catherine E. Religion and psychological distress. **Journal for the Scientific Study of Religion**, Nova Jersey, v. 29, n. 2, p. 236–245, jun. 1990. DOI: <https://doi.org/10.2307/1387431>.

SANTOS, Iná S. *et al.* Sensibilidade e especificidade do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1533–1543, ago. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00144612>.

SCHNELL, Tatjana. Individual differences in meaning-making: Considering the variety of sources of meaning, their density and diversity. **Personality and Individual Differences**, Amsterdam, v. 51, n. 5, p. 667–673, out. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.006>.

SCHNELL, Tatjana; KEENAN, William J. F. Meaning-making in an atheist world. **Archive for the Psychology of Religion**, Califórnia, v. 33, n. 1, p. 55–78, jan. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1163/157361211X564611>.

SCHNITTKER, Jason. When Is Faith Enough? The Effects of Religious Involvement on Depression. **Journal for the Scientific Study of Religion**, Nova Jersey, v. 40, n. 3, p. 393–411, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1111/0021-8294.00065>.

SEDLAR, Aaron E. *et al.* Spiritual struggles among atheists: *Links* to psychological distress and well-being. **Religions**, Basileia, v. 9, n. 8, p. 242, jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel9080242>.

SMITH, Timothy B.; MCCULLOUGH, Michael E.; POLL, Justin. Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 129, n. 4, p. 614–636, jul. 2003. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/buy/2003-06077-010>.

SPEED, David; COLEMAN III, Thomas J.; LANGSTON, Joseph. What do you mean, “What does it all mean?” Atheism, nonreligion, and life meaning. **Sage Open**, Califórnia, v. 8, n. 1, 2158244017754238, jan. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/2158244017754238>.

SPITZER, Robert L.; KROENKE, Kurt; WILLIAMS, Janet B. W. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 282, n. 18, p. 1737–1744, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>.

SPITZER, Robert L. *et al.* A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 166, n. 10, p. 1092–1097, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.

STARK, Rodney; MAIER, Jared. Faith and happiness. **Review of Religious Research**, New York, v. 50, n. 1, p. 120–125, set. 2008. Disponível em: <http://jstor.org/stable/20447531>. Acesso em: 19 jun. 2026.

STEGER, Michael F. *et al.* The Meaning in Life Questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. **Journal of Counseling Psychology**, Washington, v. 53, n. 1, p. 80–93, jan. 2006. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/buy/2006-00626-008>. Acesso em: 19 jun. 2026.

TAY, Louis *et al.* Religiosity and subjective well-being: an international perspective. In: KIM-PRIETO, Chu (org.). **Religion and Spirituality Across Cultures**. Dordrecht: Springer Netherlands, 2014, p. 163–175. DOI: https://doi.org/10.1007/978-94-017-8950-9_9.

VAIL III, Kenneth E., & SOENKE, Melissa. The impact of mortality awareness on meaning in life among Christians and atheists. **Religion, Brain & Behavior**, Milton Park, v. 8, n. 1, p. 44–56, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/2153599X.2016.1238845>.

VITTENGL, Jeffrey R. A lonely search? Risk for depression when spirituality exceeds religiosity. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Alphen, v. 206, n. 5, p. 386–389, maio 2018. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000815>.

WEBER, Samuel R.; PARGAMENT, Kenneth I. The role of religion and spirituality in mental health. **Current Opinion in Psychiatry**, Alphen, v. 27, n. 5, p. 358–363, set. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000080>.

WEBER, Samuel R. *et al.* Psychological distress among religious nonbelievers: A systematic review. **Journal of Religion and Health**, Berlim, v. 51, n. 1, p. 72–86, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9541-1>.

WEI, Dedong; LIU, Eric Y. Religious involvement and depression: Evidence for curvilinear and stress-moderating effects among young women in rural China. **Journal for the Scientific Study of Religion**, Nova Jersey, v. 52, n. 2, p. 349–367, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/jssr.12031>

WILLARD, Aiyana K.; NORENZAYAN, Ara. “Spiritual but not religious”: Cognition, schizotypy, and conversion in alternative beliefs. **Cognition**, Amsterdam, v. 165, p. 137–146, ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2017.05.018>.

YONKER, Julie E.; SCHNABELRAUCH, Chelsea A.; DEHAAN, Laura G. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: a meta-analytic review. **Journal of Adolescence**, Amsterdam, v. 35, n. 2, p. 299–314, abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.08.010>.

ZINNBAUER, Brian J. *et al.* Religion and Spirituality: unfuzzifying the fuzzy. **Journal for the Scientific Study of Religion**, Milton Park, v. 36, n. 4, p. 549–564, 1997. Disponível em: <http://taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315662732-8/religion-spirituality-unfuzzifying-fuzzy-brian-zinnbauer-kenneth-pargament-brenda-cole-mark-rye-eric-butfer-timothy-belavich-kathleen-hipp-allie-scott-jill-kadar>. Acesso em: 19 jun. 2026.

ZINNBAUER, Brian. J.; PARGAMENT, Kenneth. I. Religiousness and spirituality. *In*: PARK, Crystal L.; PALOUTZIAN, Raymond F. (orgs.). **Handbook of the psychology of religion and spirituality**. Nova York: The Guilford Press, 2005, p. 21–42. Disponível em: <https://psipp.itb-ad.ac.id/wp-content/uploads/2020/10/Raymond-F.-Paloutzian-PhD-Crystal-L.-Park-PhD-Handbook-of-the-Psychology-of-Religion-and-Spirituality-2005-The-Guilford-Press.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2026.

Contribuição na coautoria: *Concepção e planejamento do estudo: DFG. Coleta, análise e interpretação dos dados: DFG, NAQACG, PHFS, FCN. Elaboração ou revisão do manuscrito: DFG, NAQACG, PHFS, FCN. Aprovação da versão final: DFG, NAQACG, PHFS, FCN. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: DFG.*

Conflito de interesses: *Os coautores/as declaram não haver conflitos de interesses.*

Comitê de ética: *Universidade Federal do Rio de Janeiro, processo nº 1.871.108.*

Recebido em: 03-09-2024

Aprovado em: 05-01-2026

Editor-gerente: *Moisés Sbardelotto*