

---

## Religiosidade, espiritualidade e saúde mental em estudantes de ensino médio: um estudo transversal

*Religiosity, spirituality and mental health  
in high school students: a cross-sectional study*

*Religiosidad, espiritualidad y salud mental  
en estudiantes de secundaria: un estudio transversal*

---

**1** Gabriel Antônio Flores Chies  [ORCID](#) - [Lattes](#)

**2** Lúcia Naomi Takimi - [ORCID](#) - [Lattes](#)

---

**Filiação dos autores:** 1 [Fundação Hospitalar Getulio Vargas, FHGV, Sapucaia do Sul, RS, Brasil]; 2 [Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul, Sapucaia do Sul, RS, Brasil]

**Editor Chefe responsável pelo artigo:** Lisieux Elaine de Borba Telles

**Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#):** Chies GAF [1,2,3,5,6,7,12,13,14], Takimi LN [1,6,7,10,12,14]

**Conflito de interesses:** declaram não haver

**Fonte de financiamento:** declaram não haver

**Parecer CEP:** aprovado pelo CONEP sob CAAE 61913922.8.0000.5349 e revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Ulbra, Canoas, RS, em 2022

**Recebido em:** 14/11/2023

**Aprovado em:** 15/03/2024

**Publicado em:** 20/03/2024

---

**Como citar:** Chies GAF, Takimi LN. Religiosidade, espiritualidade e saúde mental em estudantes de ensino médio: um estudo transversal. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2024;14:1-28.

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1098>

---

## RESUMO:

**Introdução:** A prevalência de ansiedade e depressão entre adolescentes é crescente em todo o mundo. A religiosidade e a espiritualidade se relacionam a saúde tanto física quanto mental, bem como qualidade de vida e ao bem-estar. **Objetivo:** Verificar a associação entre religiosidade, espiritualidade e resultados de ansiedade e depressão em adolescentes. **Método:** Estudo transversal e quantitativo, com amostra de 133 estudantes de ensino médio, entre 14 e 19 anos, de uma escola pública da região metropolitana de Porto Alegre. Foram utilizadas as escalas autoaplicáveis Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders ([SCARED](#)), Inventário de Depressão de Beck II ([BDI-II](#)), Escala de Religiosidade da Duke ([DUREL-P](#)), Medida de orientação de vida e saúde espiritual ([SHALOM](#)). **Resultados:** A prevalência de depressão foi de 56,1%. Fatores de risco sociodemográficos para depressão: gênero feminino, não-heterossexuais, ter sofrido bullying no passado, consumo de álcool e diagnóstico prévio ou história familiar de transtorno psiquiátrico. A prevalência de ansiedade foi de 65,9% e os fatores associados foram o gênero feminino, já ter sofrido bullying e história familiar de transtorno psiquiátrico. Participantes com baixos índices de religiosidade intrínseca, ideal de espiritualidade e vivência espiritual tiveram uma chance maior de depressão. Escores de vivência espiritual mais baixos também tiveram mais chance de ansiedade. **Conclusão:** Os resultados sugerem que a religiosidade/espiritualidade pode desempenhar um papel protetor em relação à saúde mental na população hebiátrica, reduzindo a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos. Todavia, mais pesquisas são necessárias para aprofundar o conhecimento sobre essa relação e entender os mecanismos subjacentes.

**Palavras-chave:** espiritualidade, saúde mental, religiosidade, estudantes, ensino médio, estudo transversal, ansiedade, depressão

---

## ABSTRACT:

**Introduction:** The prevalence of anxiety and depression among adolescents is increasing worldwide. Religiosity and spirituality are related to both physical and mental health, as well as quality of life and well-being. **Objective:** To investigate the association between religiosity, spirituality, and anxiety and depression outcomes in adolescents. **Method:** A cross-sectional and quantitative study was conducted with a sample of 133 high school students, aged 14 to 19, from a public school in the metropolitan region of Porto Alegre. The following self-administered scales were used:

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders ([SCARED](#)), Beck Depression Inventory II ([BDI-II](#)), Duke University Religious Index ([DUREL-P](#)), and Measure of Life Orientation and Spiritual Health ([SHALOM](#)).

**Results:** The prevalence of depression was 56.1%. Sociodemographic risk factors for depression included female gender, non-heterosexual orientation, past bullying victimization, alcohol consumption, and previous diagnosis or family history of psychiatric disorder. The prevalence of anxiety was 65.9%, and the associated factors were female gender, past bullying victimization, and family history of psychiatric disorder. Participants with lower levels of intrinsic religiosity, ideal spirituality, and spiritual experience had a higher chance of depression. Lower scores on spiritual experience were also associated with a higher chance of anxiety).

**Conclusion:** The results suggest that religiosity/spirituality may play a protective role in relation to mental health in the adolescent population, reducing the prevalence of depressive and anxious symptoms. However, further research is needed to deepen the understanding of this relationship and the underlying mechanisms.

**Keywords:** spirituality, mental health, religiosity, students, education, secondary, depression, anxiety, cross-sectional study

## RESUMEN:

**Introducción:** La prevalencia de ansiedad y depresión entre los adolescentes está aumentando en todo el mundo. La religiosidad y la espiritualidad se relacionan tanto con la salud física como mental, así como con la calidad de vida y el bienestar. **Objetivo:** Verificar la asociación entre religiosidad, espiritualidad y los resultados de ansiedad y depresión en los adolescentes. **Método:** Estudio transversal y cuantitativo, con una muestra de 133 estudiantes de secundaria, de 14 a 19 años, de una escuela pública en la región metropolitana de Porto Alegre. Se utilizaron las siguientes escalas autoadministradas: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders ([SCARED](#)), Inventario de Depresión de Beck II ([BDI-II](#)), Escala de Religiosidad de Duke ([DUREL-P](#)) y Medida de Orientación de Vida y Salud Espiritual ([SHALOM](#)). **Resultados:** La prevalencia de depresión fue del 56.1%. Los factores de riesgo sociodemográficos para la depresión incluyeron el género femenino, la no heterosexualidad, haber sufrido acoso escolar en el pasado, el consumo de alcohol y el diagnóstico previo o antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico. La prevalencia de ansiedad fue del 65.9% y los factores asociados fueron el género femenino, haber sufrido acoso escolar previo y antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico. Los participantes con niveles más bajos de

religiosidad intrínseca, ideal de espiritualidad y experiencia espiritual tuvieron una mayor probabilidad de depresión. Puntuaciones más bajas en la experiencia espiritual también se asociaron con una mayor probabilidad de ansiedad. **Conclusión:** Los resultados sugieren que la religiosidad/espiritualidad puede desempeñar un papel protector en relación con la salud mental en la población adolescente, reduciendo la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para profundizar en el conocimiento sobre esta relación y comprender los mecanismos subyacentes.

**Palabras clave:** espiritualidad, salud mental, religiosidad, educación secundaria, depresión, ansiedad, estudio transversal

---

## Introdução

Cerca de 30% dos estudantes de ensino médio apresentam algum diagnóstico de saúde mental [1]. Considerando a complexidade dessa população, diversos desafios se colocam ao abordar esse tema. A ansiedade e a depressão têm se mostrado um problema de saúde pública no Brasil [2]. Diversos fatores já foram associados a maiores índices de depressão e ansiedade em adolescentes, como tempo de exposição a telas, consumo de substâncias, baixa autoestima, dificuldade de relacionamento e adaptação [3, 4]. Torna-se assim necessário um entendimento amplo não só da doença, mas do indivíduo de forma multidimensional com objetivo de promover a saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, sendo assim o conceito de saúde é multidimensional [5] e em 1988 incluiu a este conceito a espiritualidade [6]. O Brasil é um dos países mais religiosos do mundo [7]. Com uma forte raiz de religiões cristãs, porém dotado de uma grande miscigenação de crenças, o país em 2010 apresentava cerca de 92% de sua população professando alguma religião [8]. Além disso, cerca de 83% da população acredita que a religiosidade/espiritualidade é importante quando está enfrentando algum problema de saúde [9]. A religiosidade consiste em um sistema de crenças vinculado a uma doutrina coletivamente compartilhada e/ou praticada [10]. A espiritualidade, por sua vez, remete a questões de significado e sentido da vida, sem limitação a qualquer prática ou crença religiosa [11].

## Justificativa

A incidência de transtornos de humor e ansiosos tem aumentado na população brasileira [12], especialmente entre os adolescentes [1]. Tais condições de saúde mental são tão recorrentes que são agrupadas muitas vezes sob o termo Transtornos Mentais Comuns (TMC) [12]. Entre os adolescentes, pode-se observar uma prevalência de 30% de transtornos mentais comuns, sendo a faixa etária mais afetada encontra-se entre os 15 e 17 anos [1]. Devido aos desafios de abordagem desses pacientes, faz-se mister ampliar os fatores de risco e de proteção, bem como traçar estratégias efetivas para o restabelecimento da saúde integral [2].

Existe conexão entre Religiosidade/Espiritualidade (R/E) e saúde, tanto física quanto mental, bem como qualidade de vida e ao bem-estar [13]. A religiosidade e a espiritualidade vêm sendo alvo de reflexões para distinção dos termos. Por religiosidade entende-se um modo de elaboração subjetiva e intersubjetiva na busca de respostas existenciais, ancorando-se em crenças religiosas [14]. Já a espiritualidade está relacionada a uma demanda de significado para a vida e de expressão de um estado de conexão do homem consigo mesmo (intrapessoal), com os outros (interpessoal), com a natureza e com o significado do sagrado (transpessoal) [15]. Pesquisas sobre religiosidade/espiritualidade vêm crescendo e apresentando resultados positivos em diversos transtornos psiquiátricos [10].

A R/E é apontada como fator de proteção e associada a comportamentos sociais positivos bem como bem estar psicológico [16]. Pesquisas acerca do tema evidenciam influência da R/E em desfechos em saúde física e mental dos indivíduos. Em sua grande maioria, estes desfechos são [13]:

- a) Melhor qualidade de vida;
- b) Maior sobrevida;
- c) Melhor saúde mental;
- d) Maior preocupação com a própria saúde e menor prevalência de doenças em geral.

Este estudo objetiva contribuir para a compreensão da religiosidade/espiritualidade e sintomatologia depressiva/ ansiosa, não tendo por foco se aprofundar em religiões.

## Objetivos

Avaliar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em uma população não clínica de estudantes de ensino médio em uma escola pública brasileira e sua associação com a Religiosidade/Espiritualidade.

## **Métodos**

### *Desenho metodológico*

O presente artigo trata-se do desdobramento da pesquisa RESAME Religiosidade/Espiritualidade, Resiliência e Saúde mental em estudantes de ensino médio: um estudo transversal, e foi escrito seguindo o protocolo Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology ([STROBE](#)). É um estudo quantitativo, de natureza observacional e desenho transversal. Realizado através de pesquisa de campo, com amostra não clínica, de conveniência, em uma Instituição Estadual de Ensino Médio na região metropolitana de Porto Alegre, RS - Brasil.

### *Setting*

O estudo foi avaliado pelo CONEP sob CAAE 61913922.8.0000.5349 e revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Ulbra Canoas (RS) em 2022. Foi realizado em uma escola estadual de ensino médio no município de Sapucaia do Sul. O período de recrutamento se deu entre os meses de março de 2023, através de uma exposição do pesquisador, na própria instituição de ensino, acerca da pesquisa e dos aspectos éticos envolvidos com os estudantes e com seus responsáveis. A coleta de dados se deu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis legais e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) pelos adolescentes e ocorreu no mês de abril de 2023. As devolutivas aos responsáveis e respondentes da pesquisa foi realizada em maio de 2023, mediante entrega presencial do "Parecer de sintomatologia compatível com transtornos depressivos/ansiosos", sugerindo o acompanhamento dos adolescentes na atenção primária do município para os encaminhamentos necessários.

### *Participantes*

A população do estudo foi composta de jovens de 15 a 19 anos. Todos os alunos de ensino médio da instituição foram convidados a participar da pesquisa. Foram elegíveis todos os alunos, de qualquer ano do ensino médio, matriculados na instituição pública de ensino em que se realizou a pesquisa, independente de idade, localidade ou religião. Foram excluídos aqueles que não tiveram autorização dos responsáveis legais através do TCLE, os que não concordaram em responder a pesquisa e os que faltaram no dia da coleta de dados.

### *Variáveis*

As variáveis sociodemográficas foram levantadas com questionário específico elaborado pelos autores, bem como informações sobre

sexualidade, violência escolar, histórico familiar e pessoal de TMC, relacionamento, exercício físico e tempo de tela diário.

Os sintomas depressivos / Risco para transtorno depressivo foi avaliado pela Inventário de depressão de Beck, [BDI-II](#) versão em português [17], tomando-se como ponto de corte 13 pontos para algum risco de transtorno depressivo.

Os sintomas ansiosos / Risco para transtorno ansioso foi avaliado pelo Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders ([SCARED](#)) versão em português. utilizando 30 pontos como ponto de corte global, também analisando suas subescalas, como mais especificado a frente [18].

### *Escalas utilizadas*

O Inventário de Depressão de Beck, [BDI-II](#), é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a existência e gravidade dos sintomas depressivos. O teste consta de 21 itens e visa identificar sintomas da depressão, tanto afetivos, quanto cognitivos e comportamentais em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos. Cada item é pontuado de 0 a 3 pontos. Somando-se os escores de cada item, obtém-se o escore total que pode variar de 0 a 63 [19]. Utilizando-se o ponto de corte de 13 pontos obteve-se sensibilidade de 97,5% e especificidade de 90,7% em adolescentes portugueses [20]. Conforme a pontuação, o risco foi estratificado como: mínimo risco (<13 pontos); risco leve (13 a 19 pontos); risco moderado (de 20 a 28 pontos); alto risco (>28 pontos) [21].

A escala Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders ([SCARED](#)) apresenta boas propriedades psicométricas em crianças e adolescentes [18]. É uma escala composta por 41 itens dispostos em 5 fatores, sendo eles: pânico/somatização (13 itens), ansiedade generalizada (9 itens), ansiedade de separação (8 itens), fobia social (7 itens), fobia escolar (4 itens). O questionário é respondido pensando nos acontecimentos dos últimos 3 meses. A pontuação de cada item vai de 0 a 3 pontos (0 = não é verdade/quase nunca é verdade, 1 = Às vezes é verdade, 2 = sempre ou quase sempre é verdade) [22]. O ponto de corte para transtornos ansiosos é 22 pontos com sensibilidade de 81,8% e especificidade de 52% [18]. Devido a baixa especificidade com o ponto de corte acima, utilizou-se o valor de 30 pontos com vistas a aumentar a especificidade [23]. Os pontos de corte para as subescalas foram os seguintes: pânico/somatização (7 pontos), ansiedade generalizada (9 pontos),

ansiedade de separação (5 pontos), fobia social (8 pontos), fobia escolar (3 pontos) [24].

A escala de Religiosidade da Duke é dividida em cinco itens que representam as três dimensões da religiosidade: organizacional (**RO**), não-organizacional (**RNO**) e intrínseca (**RI**). Cada item das duas primeiras dimensões é uma escala de Likert de 6 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, menor a religiosidade. Já a religiosidade intrínseca é aferida por três itens em uma Likert de 5 pontos. As pontuações das três dimensões devem ser analisadas separadamente, não devendo ser somado seus escores [25]. Apresenta propriedades psicométricas adequadas quando aplicada à população brasileira de 12 a 17 anos [26]. Com vistas a transformá-la em uma escala direta, a likert foi invertida (ex.: nunca = 0 e sempre 5) [27].

A medida de orientação de vida e saúde espiritual (**SHALOM**) foi originalmente criada por Fischer [28] e adaptada para a língua portuguesa apresentando boas propriedades psicométricas na população alvo do presente estudo [29]. Baseia-se em dois questionários, compostos por 20 itens em uma Likert de 5 pontos (1 = muito pouco, 2 = pouco, 3 = moderadamente, 4 = muito, 5 = muito alto). O primeiro relativo ao ideal de saúde espiritual e o segundo reflete a vivência espiritual na vida do respondente, podendo ser entendida como o próprio construto de espiritualidade [29]. A saúde espiritual é aferida pela diferença entre as respostas dos dois questionários.

### *Coleta de dados*

A coleta de dados foi realizada com emprego de questionário online de abril de 2023, mediante aplicação nas turmas, por chamamento nominal dos alunos autorizados pelos responsáveis através do TCLE. Foi fornecido meios eletrônicos, bem como internet, para aqueles que não os tivessem com vistas a eliminar algum viés de acesso ao formulário. Foram convidados todos os alunos de ensino médio da escola, bem como notificados os responsáveis por e-mail, mensagem telefônica, reunião na escola e vídeo explicativo por grupo de mensagem eletrônica com vistas a dirimir os vieses de seleção.

Considerando uma população de 500 alunos na instituição, distribuídos em 16 turmas, foi realizada uma amostragem por conveniência considerando uma população homogênea, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95% tendo um tamanho amostral previsto de 160 respondentes.



As variáveis quantitativas foram categorizadas, quando pertinente, conforme a literatura e pontos de corte descritos na seção anterior.

### *Métodos Estatísticos*

A tabulação de dados foi realizada através do Google Planilhas e as análises estatísticas foram realizadas pelo [GNU PSPP 1.6.2](#), software de licença livre, mantido pela Free Software Foundation. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão. Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva com análise de distribuições e frequência. Para verificar a relação entre ansiedade, depressão, religiosidade e espiritualidade utilizou-se o teste t para amostras independentes. Para análise de variâncias foi aplicado o teste de Kruskal Wallis e também foi calculado o Odds Ratio. O nível de significância estabelecido foi de 5%.

## **Resultados**

### *Dados descritivos dos participantes*

No início do estudo eram elegíveis a participar do estudo, 500 alunos matriculados no ensino médio da instituição. Desses, 133 foram incluídos no estudo. A [Figura 1](#) mostra os motivos da não inclusão a cada etapa.

### *Resultados principais*

A amostra foi composta majoritariamente pelo sexo feminino, heterossexuais e cisgênero, do 1 ano do ensino médio, sedentários e com mais de 8h de exposição diária a telas, média de idade de 16,15 anos (1,02 anos). A caracterização sócio-demográfica completa comparada por gênero pode ser vista na [Tabela 1](#).

A maioria dos alunos já havia sofrido e praticado *bullying*, sendo que as pessoas do gênero feminino pareceram ter uma chance maior de já ter sofrido *bullying* (OR = 2,39, IC95% 1,05-5,43, <0,05), já os alunos do gênero masculino mostraram uma chance maior de já ter praticado *bullying* (OR = 2,21, IC95% 1,06 - 4,61, <0,05). O consumo de álcool foi presente em 47,4% da amostra, sendo mais prevalente, também, no sexo feminino (OR = 2,10, IC95% 1,03 - 4,26, <0,05). Já o consumo de cigarro e outras drogas foi, respectivamente, de 5,3% e 6,8% para toda a amostra sem diferença por gênero ( $p > 0,05$ ).

### *Saúde Mental*

A prevalência de sintomas depressivos e ansiosos foi calculada considerando os pontos de corte estabelecidos para cada escala utilizada. A prevalência de sintomas depressivos (BECK >13 pontos) foi de 56,1%. Quando considerada a estratificação de risco para transtorno depressivo obteve-se que 43,9% apresentam mínimo risco (<13 pontos); 19,7% risco leve (13 a 19 pontos); 16,7% risco moderado (de 20 a 28 pontos); 19,7% alto risco (>28 pontos). O gênero feminino foi mais sujeito a apresentar escores acima de 13 pontos (OR = 6,67, IC95% 3,04 - 14,61, <0,01). Pessoas não-heterossexuais também tiveram chance maior de pontuar alto na escala de BECK (OR = 5,48, IC95% 2,35 - 12,79, <0,01). Praticar bullying não mostrou diferença nos índices de depressão, porém não ter sofrido bullying no passado se mostrou como fator protetor para sintomas depressivos (OR = 0,22, IC95% 0,09 - 0,54, <0,01). Na amostra, a cor da pele não se mostrou como fator de risco.

A prevalência de sintomas ansiosos ([SCARED](#) >30 pontos) foi de 65,9%. As subescalas apresentaram a seguinte prevalência na amostra total: pânico/somatização (7 pontos), ansiedade generalizada (9 pontos), ansiedade de separação (5 pontos), fobia social (8 pontos), fobia escolar (3 pontos) podem ser visualizadas no [Gráfico 1](#).

Na [Tabela 2](#) pode-se verificar os fatores sociodemográficos e associação com os sintomas/risco de depressão e ansiedade.

### *Religiosidade e Espiritualidade*

Referente a religião 30,8% (n=41) declaram ser católicas, 15,8% (n=21) são evangélicas, 6% (n=8) declaram serem espíritas, 16,5% (n=22) se declararam de outra religião, 21,8% (n=29) sem religião e 9% (n=12) declaram serem ateus.

A religiosidade (RO, RNO e RI) não tiveram distribuição normal na amostra (teste estatístico) devido a isso, os resultados foram expressos em mediana e variância. A mediana de religiosidade organizacional foi de 2,00±2,74. Já a religiosidade não-organizacional teve como mediana 2,00±2,67. Quanto a religiosidade intrínseca teve como mediana 9,00±13,14, quando considerada toda a amostra (n=133). A literatura traz que medidas de RI superiores a 10 pontos, são consideradas uma alta religiosidade intrínseca [[27](#)]. Nesse estudo 48,5% dos alunos apresentaram uma alta religiosidade intrínseca.

No que se refere à espiritualidade, obteve-se que a média de ideal de espiritualidade pela escala [SHALOM](#) foi de  $69,85 \pm 18,80$ , enquanto a experiência pessoal foi de  $67,24 \pm 16,12$ . Já a saúde espiritual, que é resultado da diferença das duas escalas anteriores, teve como média  $2,64 \pm 16,42$ .

### *Diferenças de Média e Correlações*

Encontrou-se diferença significativa na média da RNO dos adolescentes com ansiedade e sem ansiedade conforme pode ser observado na [Tabela 3](#). Já entre os pacientes com risco para depressão, os fatores que apresentaram diferenças significativas na média foram o ideal de espiritualidade e a saúde espiritual [[Tabela 4](#)].

Estratificou-se a amostra conforme RO (alta > 2), RNO (alta > 2), RI (alta > 9), Ideal de Espiritualidade (alto > 70), Vivência da Espiritualidade (alto > 67) e Saúde Espiritual (alto > -3) sendo avaliado a razão de chance de depressão (BECK II > 13) e ansiedade ([SCARED](#) > 30).

Para o grupo com baixa religiosidade intrínseca (<10), observou-se uma razão de chance de 2,65 (IC 95%: 1,31 - 5,36, <0,01) para depressão, indicando uma chance 165% maior de desenvolver depressão em comparação ao grupo com RI alta. A mesma associação não foi encontrada com sintomas ansiosos. Nos demais domínios da religiosidade (RO e RNO), não foram encontradas razões de chance significativas, sugerindo que essas variáveis podem não estar associadas à ocorrência de depressão e ansiedade.

O grupo com baixo ideal de espiritualidade (<70), a razão de chance para depressão foi de 2,49 (IC 95%: 1,19 - 5,17, <0,01) sugerindo uma chance maior de apresentar depressão em relação ao grupo com maiores índices de ideal de espiritualidade. Além disso, ao estratificar a amostra com base na experiência pessoal de espiritualidade (que seria o construto mais próximo da espiritualidade propriamente dita), observou-se uma chance maior de depressão e ansiedade, 4,19 (IC 95%: 2,02 - 8,67, <0,01) e 2,49 (IC 95%: 1,19 - 5,21, <0,01), respectivamente, no grupo com menores índices (<67). A saúde espiritual não se mostrou significativa na análise entre os grupos.

## Discussão

### *Interpretação dos Resultados Principais*

Os transtornos mentais comuns devem ser tratados como questão de saúde pública, uma vez que estão associados a desfechos negativos como suicídio, morbidade e mortalidade [30, 31]. A complexidade e o momento de transição de vida que o adolescente se encontra pode ser uma explicação para a incidência desse tipo de transtorno nessa faixa-etária [2]. Nota-se uma maior participação de pessoas do gênero feminino no estudo, o que se assemelha com a investigação realizada com adolescentes [31 – 33]. Esse fato associado à diferença significativa entre o histórico familiar autorrelatado de saúde mental, aventa a possibilidade desse gênero estar mais interessado em conversar sobre o tema da saúde mental.

A prevalência de sintomas depressivos foi de 56,1% (leve, moderado e grave), consideravelmente maior que os 20% evidenciados em estudos anteriores a 2010 [33] e maiores também que o estudo ERICA que aferiu a prevalência de aproximadamente 30% de transtornos mentais comuns em adolescentes [1]. Essa prevalência foi mais próxima aos 51,1% encontrados por Argimon et al. [19] que utilizou o mesmo questionário. Disso pode-se inferir que provavelmente existe diferença na sensibilidade e especificidade dos instrumentos utilizados nessa população.

Já a prevalência de sintomas ansiosos foi de 65,9%, sendo maior que estudos realizados pré-pandemia [1, 3]. Isso indica um potencial crescimento da prevalência desses transtornos entre os adolescentes, como vem sendo demonstrado na literatura pós-pandemia de COVID19 [34].

No presente estudo, as religiões mais prevalentes foram aquelas mais prevalentes na população (católica - 30,8% e evangélica - 15,8%), porém observou-se uma parcela grande de praticantes de “Outra Religião” (16,5%), isso pode ter ocorrido devido a forte presença de religiões de matriz africana na cidade que é maior que a média do estado [8].

A religiosidade e espiritualidade têm sido temas de interesse crescente na área de saúde mental, incluindo sua relação com o bem-estar psicológico e emocional em diferentes grupos populacionais [27]. Essa relação é complexa e multifacetada. Acredita-se que a busca por significado e propósito na vida, bem como a conexão com algo maior do que si mesmo podem contribuir para o bem-estar psicológico dos indivíduos [15]. Isso

pode ser observado no grupo com uma vivência espiritual menor, o qual tem uma chance de depressão 4 vezes maior e de ansiedade 2,5 vezes maior. Tais resultados são consistentes com os estudos realizados em Hong Kong que mostram uma correlação negativa entre o ideal de espiritualidade e problemas de saúde mental [35].

Cabe destacar que aproximadamente metade da amostra (48,5%) apresentou uma alta religiosidade intrínseca, tal resultado se mostrou diferente de outros estudos com população hebiátrica do sul do Brasil - 29,1% [36]. Essa característica foi relacionada a uma chance menor de depressão, o que também é condizente com o estado da arte [37, 38]. Na literatura, estudantes apresentam maior envolvimento religioso/espiritual apresentaram níveis mais elevados de satisfação com a vida, menor prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, e maior resiliência emocional [38].

Entretanto, as demais dimensões da religiosidade não se apresentaram como fatores significativos em relação à ansiedade e depressão. Uma das possíveis explicações para o potencial protetor da religiosidade intrínseca é uma maior concentração de fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF, na sigla em inglês) em pacientes com maior RI, já que essa substância é responsável pela plasticidade sináptica, crescimento dendrítico e de fibras neuronais, e sobrevivência neuronal [39].

A média do ideal de espiritualidade foi discretamente maior que a da vivência espiritual, por isso pode-se questionar sobre a dificuldade de se viver a espiritualidade pessoal de forma plena. Esse aspecto é estudado, majoritariamente, em amostras clínicas [40]. Apesar disso, ambos os fatores foram relacionados a uma menor chance de sintomas depressivos. Já a vivência da espiritualidade também se mostrou um fator protetor para ansiedade (em menor medida). Esse resultado foi divergente de um estudo realizado com adultos nos Estados Unidos [41] que não mostrou tal associação.

### *Limitações*

O desenho transversal utilizado não permite estabelecer relações de causa e efeito, estudos longitudinais são necessários para investigar se a religiosidade/espiritualidade tem um efeito causal na saúde mental ou se existem outros fatores envolvidos.

Cabe ainda pontuar que a amostra foi relativamente pequena, especialmente pelo grande número de responsáveis que não responderam o termo de consentimento livre e esclarecido limitou o tamanho da amostra, diminuindo a amplitude da pesquisa na referida população. Isso evidencia um dos desafios da educação no Brasil, a falta de participação dos responsáveis nas rotinas escolares [42]. Outro ponto metodológico é o possível viés de autorrelato, gerado pela subjetividade ao se responder temas sensíveis e pessoais como a saúde mental e a religiosidade.

### *Generalizações (Validade externa)*

O tamanho da amostra permite generalizar seus resultados, com algumas ressalvas. A amostra do estudo foi composta por estudantes de ensino médio de uma escola e com um perfil psicossocial. Além disso, o escopo tratou-se de uma escola pública, apesar do estudo de Valdivia [43] não mostrar que existe diferença significativa na espiritualidade entre estudantes de escolas públicas e particulares. A relação da religiosidade e da espiritualidade é bastante complexa e pode ser tanto benéfica quanto prejudicial em contextos de saúde, especialmente em um cenário pós-pandêmico [44, 45]. De toda forma, faz-se mister considerar a dimensão espiritual na abordagem da saúde mental, uma vez que ela pode complementar outras estratégias terapêuticas e promover uma visão mais abrangente e integrada do indivíduo.

### **Conclusão**

Em síntese, os resultados deste estudo apontam a relevância de considerar a dimensão religiosa/espiritual na compreensão da saúde mental de adolescentes. Observou-se uma alta prevalência de sintomas de transtornos mentais comuns na população estudada, além do consumo de álcool (especialmente entre o sexo feminino). Encontrou-se associação desses sintomas especialmente com dimensões da espiritualidade e religiosidade intrínseca sugerindo que tais elementos desempenham um papel significativo na promoção da saúde mental nessa fase crucial do desenvolvimento. Além disso, pode-se verificar uma prevalência diferente do censo nacional na distribuição das religiões. Sugere-se que pesquisas futuras explorem ainda mais os mecanismos subjacentes a essas associações, bem como considerem fatores adicionais que possam modular essas relações complexas. A continuidade de estudos longitudinais e a ampliação da amostra podem contribuir para uma compreensão mais refinada e holística da saúde mental, fornecendo insights valiosos para orientar intervenções preventivas e programas de promoção da saúde mental na adolescência.

## Referências

1. Lopes CS, Abreu GA, Santos DF, Menezes PR, Carvalho KM, Cunha CF, Vasconcellos MT, Bloch KV, Szklo M. ERICA: prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. *Rev Saude Publica*. 2016;50 Suppl 1:14s. <https://doi.org/10.1590/s01518-8787.2016050006690> PMID:26910549 - PMCID:PMC4767030
2. Eslabão AD, Santos EO, Santos VCF, Rigatti R, Mello RM, Schneider JF. Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. *J Nurs Health*. 2019;9(1):e199101. <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i1.11106>
3. Cruz ELD, Martins PDC, Diniz PRB. Factors related to the association of social anxiety disorder and alcohol use among adolescents: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93(5):442-51. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.05.001> PMID:28579354
4. Graner KM, Cerqueira ATAR. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. *Cien Saude Colet*. 2019;24(4):1327-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.09692017> PMID:31066836
5. Souza e Silva MJ, Schraiber LB, Mota A. The concept of health in collective health: contributions from social and historical critique of scientific production. *Physis*. 2019;29(1):e290102. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290102>
6. Volcan SM, Sousa PL, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saude Publica*. 2003;37(4):440-5. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102003000400008> PMID:12937704
7. Gilani IS, Shahid R, Zuettel I. Global index of religiosity and atheism. Zürich: WIN-Gallup International; 2012. [https://www.webpages.uidaho.edu/~stevel/251/Global INDEX of R eligiosity and Atheism PR 6.pdf](https://www.webpages.uidaho.edu/~stevel/251/Global_INDEX_of_Religiousity_and_Atheism_PR_6.pdf)
8. Altmann W. Censo IBGE 2010 e religião. *Horiz*. 2012;10(28):1122-9. <https://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2012v10n28p1122-1129>

9. McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KE, Oprandi AM, Schrop SL, Selius BA, Smucker DO, Weldy DL, Amorn M, Carter MA, Deak AJ, Hefzy H, Srivastava M. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med*. 2004;2(4):356-61. <https://doi.org/10.1370/afm.71> PMID:15335136 - PMCID:PMC1466687
10. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730> PMID:23762764 - PMCID:PMC3671693
11. Oliveira MR, Junges JR. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estud Psicol (Natal)*. 2012;17(3):469-76. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>
12. Santos GBV, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2019;35(11):e00236318. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00236318> PMID:31691788
13. Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Cienc Cult*. 2016;68(1):54-7. <https://doi.org/10.21800/2317-66602016000100016>
14. Freitas MH, Vilela PR. Leitura fenomenológica da religiosidade: implicações para o psicodiagnóstico e para a práxis clínica psicológica. *Rev Abordagem Gestalt*. 2017;23(1):95-107. <https://doi.org/10.18065/RAG.2017v23n1.10>
15. Evangelista CB, Lopes ME, Costa SF, Batista PS, Batista JB, Oliveira AM. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):591-601. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i> PMID:27355311
16. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: Inede; 2008. Capítulo 20, Religiosidade e saúde; p. 427-43.



17. Tolentino TM, Formiga NS, Maia MFM, Sousa BVO, Melo GF. Modelagem estrutural e consistência interna da escala de depressão de Beck em adolescentes brasileiros não clínicos. *Psicologia.pt*. 2018. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1168.pdf>
18. DeSousa DA, Salum GA, Isolan LR, Manfro GG. Sensitivity and specificity of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a community-based study. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2013;44(3):391-9. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0333-y> PMID:22961135
19. Argimon IIL, Terroso LB, Barbosa AS, Lopes RMF. Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II). *Bol Acad Paul Psicol*. 2013;33(85):354-72. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v33n85/a10.pdf>
20. Martins AMQ. As manifestações clínicas da depressão na adolescência [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2000. [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10115/3/2957\\_TM\\_01\\_P.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10115/3/2957_TM_01_P.pdf)
21. Storch EA, Roberti JW, Roth DA. Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck depression inventory-second edition in a sample of college students. *Depress Anxiety*. 2004;19(3):187-9. <https://doi.org/10.1002/da.20002> PMID:15129421
22. Isolan L, Salum GA, Osowski AT, Amaro E, Manfro GG. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. *J Anxiety Disord*. 2011;25(5):741-8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.03.015> PMID:21514788
23. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6(1):1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
24. Behrens B, Swetlitz C, Pine DS, Pagliaccio D. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): informant discrepancy, measurement invariance, and test-retest reliability. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2019;50(3):473-82.

<https://doi.org/10.1007/s10578-018-0854-0> PMID:30460424  
PMCID:PMC7339086

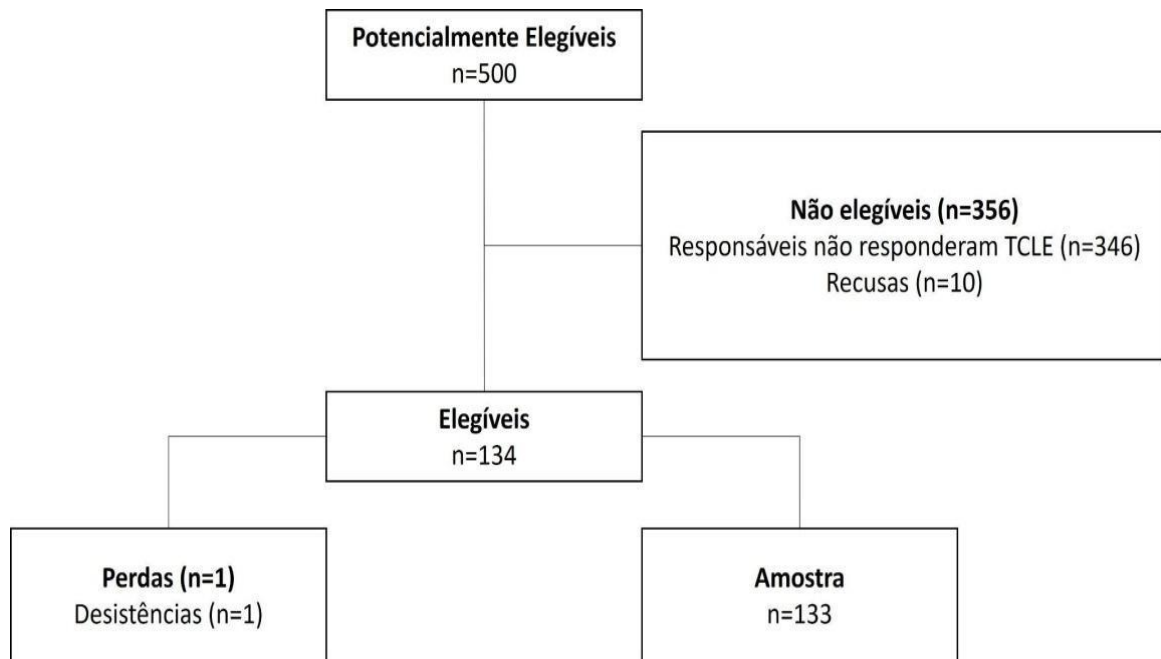
- 25. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. Arch Clin Psychiatry (São Paulo). 2008;35(1):31-2.  
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>
- 26. Strelhow MRW, Sarriera JC. Evidências de validade do índice de religiosidade de Duke (P-DUREL) entre adolescentes. Revista Aval Psicol. 2018;17(3):330-8.  
<https://doi.org/10.15689/ap.2018.1703.14630.06>
- 27. Zandavalli RB, Silveira JBS, Bueno RM, Santos DT, Castro Filho ED, Mosqueiro BP. Espiritualidade e resiliência na atenção domiciliar. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2213.  
[https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2213](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2213)
- 28. Fisher J. Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. Religions (Basel). 2010;1(1):105-21.  
<https://doi.org/10.3390/rel1010105>
- 29. Valdivia LJ, Alves LP, Rocha NS. Spiritual health and life-orientation measure: psychometric properties of the Brazilian Portuguese version. J Health Psychol. 2020;25(9):1187-97.  
<https://doi.org/10.1177/1359105317751619> PMID:29322831
- 30. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry. 2022;9(2):137-50.  
[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00395-3) PMID:35026139 - PMCID:PMC8776563
- 31. Bernardineli AJ, Silva LL, Araújo CRMA, Pedroso RB. Fatores de risco associados a sintomas depressivos em adolescentes de um município de pequeno porte. Res Soc Dev. 2021;10(4):e49210414315. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14315>

32. Zacharias R, Brito IB, Silva FMF, Vieira MCS, Buriola AA, Rister GP. Avaliação da resiliência em escolares do ensino médio e sua relação com a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos. *Debates Psiquiatr.* 2020;10(4):10-21.  
<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2020.v10.18>
33. Jatobá JDVN, Bastos O. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *J Bras Psiquiatr.* 2007;56(3):171-9.  
<https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000300003>
34. Oliveira JMD, Butini L, Pauletto P, Lehmkuhl KM, Stefani CM, Bolan M, Guerra E, Dick B, De Luca Canto G, Massignan C. Mental health effects prevalence in children and adolescents during the covid-19 pandemic: a systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2022;19(2):130-7. <https://doi.org/10.1111/wvn.12566>  
PMID:35229967 - PMCID:PMC9115455
35. Leung CH, Pong HK. Cross-sectional study of the relationship between the spiritual wellbeing and psychological health among university Students. *PLoS One.* 2021;16(4):e0249702.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249702> PMID:33857211 - PMCID:PMC8049307
36. Nascimento A, Andrade A, Coimbra DR, Sena AB. Religiosidade e fatores sociodemográficos de adolescentes. *Rev Eletrônica Teologia Cien Religião.* 2020;8(2):198-208.  
<https://doi.org/10.35521/unitas.v8i2.2274>
37. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2013;15(4):385-93.  
<https://doi.org/10.1111/bdi.12069> PMID:23601141
38. Lucchetti G, Koenig HG, Lucchetti ALG. Spirituality, religiousness, and mental health: a review of the current scientific evidence. *World J Clin Cases.* 2021;9(26):7620-31.  
<https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i26.7620> PMID:34621814 - PMCID:PMC8462234
39. Mosqueiro BP, Fleck MP, Rocha NS. Increased levels of brain-derived neurotrophic factor are associated with high intrinsic religiosity among depressed inpatients. *Front Psychiatry.*

2019;10:671. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00671>  
PMID:31572245 - PMCID:PMC6753839

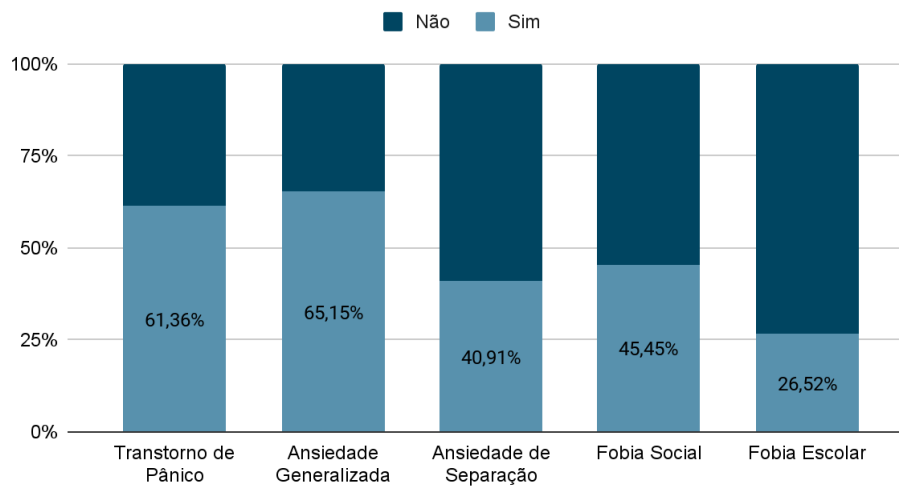
- 40. Thiengo PCS, Gomes AMT, Mercês MCC, Couto PLS, França LCM, Silva AN. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2019;24:e58692. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>
- 41. Rasic D, Robinson JA, Bolton J, Bienvenu OJ, Sareen J. Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *J Psychiatr Res.* 2011;45(6):848-54. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.014> PMID:21215973
- 42. Souza LCB. Escola e família: importância dos pais/responsáveis no processo de escolarização da criança [dissertação]. São Mateus: Faculdade Vale do Cricaré; 2021. <https://repositorio.ivc.br/bitstream/handle/123456789/1354/LILIANE%20DE%20CASTRO%20BORGES%20SOUZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 43. Valdivia LJ. Associação entre felicidade e espiritualidade em crianças e adolescentes saudáveis de escolas de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/158234/001019800.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 44. Pankowski D, Wytrychiewicz-Pankowska K. Turning to religion during covid-19 (part I): a systematic review, meta-analysis and meta-regression of studies on the relationship between religious coping and mental health throughout covid-19. *J Relig Health.* 2023;62:510-43. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01703-5> PMID:36592322 - PMCID:PMC9807105
- 45. Pankowski D, Wytrychiewicz-Pankowska K. Turning to religion during covid-19 (part II): a systematic review, meta-analysis and meta-regression of studies on the relationship between religious coping and mental health throughout covid-19. *J Relig Health.* 2023;62:544-84. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01720-4> PMID:36595190 - PMCID:PMC9808764





↑ **Figura 1.** Participantes da Pesquisa  
Fonte: Dos autores

↑ **Gráfico 1.** Prevalência de Sintomas por Subescala [SCARED](#)



Fonte: Dos autores

▶ **Tabela 1.** Caracterização Sociodemográfica e diferença entre os sexos

Variável		Masculino	Feminino	p
		n = 55	n = 77	
		n (%)	n (%)	
Identidade de Gênero	<i>Cisgênero</i>	55 (100)	75 (97,4)	0,55
	<i>Transgênero</i>	0 (0)	2 (2,6)	
Orientação Sexual	<i>Heterossexual</i>	47 (88,7)	37 (48,7)	<0,001*
	<i>Homossexual</i>	5 (9,4)	4 (5,3)	
	<i>Bissexual</i>	1 (1,9)	34 (44,7)	
	<i>Assexual</i>	0 (0)	1 (1,3)	
Raça/Cor	<i>Branco</i>	32 (58,2)	57 (74,0)	0,23
	<i>Negro</i>	7 (12,7)	6 (7,8)	
	<i>Pardo</i>	14 (25,5)	14 (18,2)	
	<i>Indígena</i>	1 (1,8)	0 (0)	
	<i>Outros</i>	1 (1,8)	0 (0)	
Ano do Ensino Médio	<i>1 ano</i>	30 (54,5)	39 (50,6)	0,82
	<i>2 ano</i>	15 (27,3)	25 (32,5)	
	<i>3 ano</i>	10 (18,2)	13 (16,9)	
Religião	<i>Católica</i>	20 (36,4)	21 (27,3)	0,64
	<i>Evangélica</i>	9 (16,4)	12 (15,6)	
	<i>Espírita</i>	4 (7,3)	4 (5,2)	

	<i>Outras</i>	6 (10,9)	16 (20,8)	
	<i>Ateu</i>	4 (7,3)	8 (10,4)	
	<i>Agnóstico</i>	12 (21,8)	16 (20,8)	
Renda Familiar	<i>Até 1 salário mínimo</i>	5 (9,1)	15 (19,5)	0,26
	<i>1 a 2 salários mínimos</i>	16 (29,1)	22 (28,6)	
	<i>3 a 5 salários mínimos</i>	8 (14,5)	6 (7,8)	
	<i>Acima de 5 salários mínimos</i>	6 (10,9)	4 (5,2)	
	<i>Não sabe</i>	20 (36,4)	28 (36,4)	
	<i>Não possui renda</i>	0 (0)	2 (2,6)	
Exercício Físico Semanal	<i>Nenhum</i>	7 (12,7)	30 (39,0)	<0,001
	<i>1 a 2 vezes</i>	14 (25,5)	25 (32,5)	
	<i>2 a 3 vezes</i>	4 (7,3)	6 (7,8)	
	<i>3 a 5 vezes</i>	14 (25,5)	10 (13,0)	
	<i>Todos os dias</i>	16 (29,1)	6 (7,8)	
Relacionamento Amoroso	<i>Sim</i>	20 (36,4)	29 (37,7)	0,53
	<i>Não</i>	35 (63,6)	48 (62,3)	
Consumo de Álcool	<i>Sim</i>	20 (36,4)	42 (54,5)	0,05*
	<i>Não</i>	35 (63,6)	35 (45,5)	
Consumo de Cigarros	<i>Sim</i>	4 (7,3)	3 (3,9)	0,45
	<i>Não</i>	51 (92,7)	74 (96,1)	

Consumo de Outras Drogas	<i>Sim</i>	4 (7,3)	5 (6,5)	1,00
	<i>Não</i>	51 (92,7)	72 (93,5)	
Sofre Bullying Atualmente	<i>Sim</i>	2 (3,6)	3 (3,9)	1,00
	<i>Não</i>	53 (96,4)	74 (96,1)	
Já sofreu Bullying	<i>Sim</i>	37 (67,3)	64 (83,1)	0,03
	<i>Não</i>	18 (32,7)	13 (16,9)	
Já praticou Bullying	<i>Sim</i>	24 (43,6)	20 (26,0)	0,04
	<i>Não</i>	31 (56,4)	57 (74,0)	
Tempo diário de celular	<i>Menos de 2 horas</i>	4 (7,3)	2 (2,6)	0,25
	<i>Entre 2 e 4 horas</i>	12 (21,8)	9 (11,7)	
	<i>Entre 4 e 6 horas</i>	12 (21,8)	18 (23,4)	
	<i>Entre 6 e 8 horas</i>	10 (18,2)	23 (29,9)	
	<i>Mais de 8 horas</i>	17 (30,9)	25 (32,5)	
Diagnóstico psiquiátrico prévio	<i>Nunca fui diagnóstico</i>	47 (85,5)	41 (53,2)	<0,001*
	<i>Depressão</i>	1 (1,8)	12 (15,6)	
	<i>Ansiedade</i>	6 (10,9)	18 (23,4)	
	<i>Outros</i>	1 (1,8)	6 (7,8)	
Uso prévio de medicação psiquiátrica	<i>Sim</i>	10 (18,2)	20 (26,0)	0,40
	<i>Não</i>	45 (81,8)	57 (74,0)	
	<i>Sim</i>	20 (36,4)	49 (63,6)	0,007*



Histórico familiar psiquiátrico	<i>Não</i>	20 (36,4)	14 (18,2)
	<i>Não sei</i>	15 (27,3)	14 (18,2)

Fonte: Dos autores

↑ **Tabela 2.** Fatores Sociodemográficos e associação com os sintomas/risco de depressão e ansiedade

Variável	SCARED		OR (IC 95%)	p	BECK II		OR (IC 95%)	P	
	>30 pt	<30 pt			>13 pt	<13 pt			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)					
<b>Gênero</b>	<i>Masculino</i>	22 (40,0)	33 (60,0)	0,12 (0,05	<0,01*	16 (29,1)	39 (70,9)	0,13 (0,06 -0,29)	<0,01*
	<i>Feminino</i>	65 (84,4)	12 (15,6)	- 0,27)		58 (75,3)	19 (24,7)		
<b>Identidade de Gênero</b>	<i>Cisgênero</i>	85 (65,4)	45 (34,6)	0,27 (0,01	0,55	73 (56,2)	57 (43,8)	0,64 (0,05	1,01
	<i>Transgênero</i>	3 (100)	0	- 5,31)		2 (66,7)	1 (33,3)		
<b>Orientação Sexual</b>	<i>Heterossexual</i>	51 (60,7)	33 (39,3)	0,48 (0,22	0,08	36 (42,9)	48 (57,1)	0,18 (0,07	<0,01*
	<i>Não Heterossexual</i>	35 (76,1)	11 (23,9)	- 1,08)		37 (80,4)	9 (19,6)		
<b>Raça/Cor</b>	<i>Branco</i>	63 (70,0)	27 (30,0)	1,68 (0,78	0,24	55 (61,5)	35 (38,9)	1,80 (0,86	0,13
	<i>Não Branco</i>	25 (58,1)	18 (41,9)	- 3,57)		20 (46,5)	23 (53,5)		
<b>Ano do Ensino Médio</b>	<i>1 ano</i>	43 (62,3)	26 (37,7)	0,69 (0,34-	0,54	37 (53,6)	32 (46,4)	0,77 (0,38	0,53
	<i>Demais anos</i>	45 (70,3)	19 (29,7)	- 1,44)		39 (60,0)	26 (40,0)		
<b>Religião</b>	<i>Religiosos + Sem Religião</i>	81 (66,9)	40 (33,1)	1,45 (0,43	0,48	68 (55,7)	54 (44,3)	0,62 (0,18	0,55
	<i>Ateus</i>	7 (58,3)	5 (41,7)	- 4,84)		8 (66,7)	4 (33,3)		
<b>Renda Familiar</b>	<i>Até 2 salários mínimos</i>	42 (71,2)	17 (28,8)	2,47 (0,93	0,08	36 (61,0)	23 (39,0)	1,56 (0,60	0,46
	<i>Mais de 2 salários mínimos</i>	12 (50,0)	12 (50,0)	- 6,57)		12 (50,0)	12 (50,0)		
<b>Exercício Físico Semanal</b>	<i>Menos de 3 vezes</i>	63 (72,4)	24 (27,6)	0,93 (0,47	0,05	49 (56,3)	38 (43,7)	0,96 (0,47	1,00
	<i>Mais de 3 vezes</i>	25 (54,3)	21 (45,7)	- 1,85)		27 (57,4)	20 (42,3)		

Religiosidade, espiritualidade e saúde mental em estudantes de ensino médio

<b>Relacionam. Amoroso</b>	<i>Sim</i>	29 (59,2)	20 (40,8)	0,61 (0,29)	0,25	26 (53,1)	23 (46,9)	0,81 (0,40)	0,59
	<i>Não</i>	59 (70,2)	25 (29,8)	- 1,28)		49 (58,3)	35 (41,7)	- 1,64)	
<b>Consumo Álcool</b>	<i>Sim</i>	45 (71,5)	18 (28,6)	1,56 (0,75)	0,27	42 (66,7)	21 (33,3)	2,24 (1,11)	0,03*
	<i>Não</i>	43 (61,4)	27 (38,6)	- 3,25)		33 (47,1)	37 (52,9)	- 4,53)	
<b>Consumo de Cigarros</b>	<i>Sim</i>	5 (71,4)	2 (28,6)	1,29 (0,24)	0,99	4 (57,1)	3 (42,9)	1,03 (0,22)	1,00
	<i>Não</i>	83 (65,9)	43 (34,1)	- 6,95)		71 (56,3)	55 (43,7)	- 4,80)	
<b>Consumo de Outras Drogas</b>	<i>Sim</i>	6 (66,7)	3 (33,3)	1,02 (0,24)	0,99	6 (66,7)	3 (33,3)	1,59 (0,38)	0,73
	<i>Não</i>	82 (66,1)	42 (33,9)	- 4,30)		69 (55,6)	55 (44,4)	- 6,67)	
<b>Sofre Bullying Atualmente</b>	<i>Sim</i>	2 (40,0)	3 (60,0)	0,32 (0,05)	0,38	3 (60,0)	2 (40,0)	1,16 (0,18)	1,00
	<i>Não</i>	86 (67,2)	42 (32,8)	- 2,02)		72 (56,3)	56 (43,8)	- 7,22)	
<b>Já sofreu Bullying</b>	<i>Sim</i>	76 (74,5)	26 (25,5)	4,62 (1,98)	<0,01	66 (64,7)	36 (35,3)	4,48 (1,87 - 10,76)	<0,01*
	<i>Não</i>	12 (38,7)	19 (61,3)	- 10,8)		9 (29,0)	22 (71,0)		
<b>Já praticou Bullying</b>	<i>Sim</i>	28 (62,2)	17 (37,8)	0,76 (0,36)	0,56	23 (51,1)	22 (48,9)	0,72 (0,35)	0,46
	<i>Não</i>	60 (68,2)	28 (31,8)	- 1,63)		52 (59,1)	36 (40,9)	- 1,49)	
<b>Tempo diário de celular</b>	<i>Menos de 4 horas</i>	15 (55,6)	12 (44,4)	0,56 (0,23)	0,25	13 (48,1)	14 (51,9)	0,65 (0,28)	0,38
	<i>Mais de 4 horas</i>	73 (68,9)	33 (31,1)	- 1,33)		63 (58,9)	44 (41,1)	- 1,51)	
<b>Diagnóstico psiquiátrico prévio</b>	<i>Já fui diagnosticado</i>	34 (75,6)	11 (24,4)	1,95 (0,87)	0,12	34 (73,9)	12 (26,1)	3,10 (1,42)	<0,01*
	<i>Nunca fui diagnosticado</i>	54 (61,4)	34 (38,6)	- 4,35)		42 (47,7)	46 (52,3)	- 6,77)	
<b>Uso prévio de medicação psiquiátrica</b>	<i>Sim</i>	24 (77,4)	7 (22,6)	2,03 (0,80)	0,19	20 (64,5)	11 (35,5)	1,55 (0,67)	0,48
	<i>Não</i>	64 (62,7)	38 (37,3)	- 5,17)		55 (53,9)	47 (46,1)	- 3,57)	
<b>Histórico familiar psiquiátrico</b>	<i>Sim</i>	54 (77,1)	16 (22,9)	2,87 (1,36)	<0,01*	49 (70,0)	21 (30,0)	3,19 (1,56)	<0,01*
	<i>Não</i>	34 (54,0)	29 (46,0)	- 6,07)		27 (42,2)	37 (57,8)	- 6,52)	

Fonte: Dos autores

➤ **Tabela 3.** Diferença de Médias entre pacientes com e sem risco para ansiedade

	SCARED >30pt		SCARED <30pt		ANOVA	
	n=88		n=45		F	P
	MÉD	DP	MÉD	DP		
Religiosidade Organizacional	2,73	1,66	2,73	1,67	0,0	0,95
Religiosidade Não Organizacional	2,44	1,70	2,04	1,48	1,78	0,24
Religiosidade Intrínseca	8,92	3,71	9,24	3,47	0,24	0,68
Ideal de Espiritualidade	68,97	18,37	71,58	19,70	0,57	0,51
Vivência Espiritual	64,65	16,25	72,31	14,74	7,04	<0,01*
Saúde Espiritual	-4,32	17,03	0,73	14,75	2,86	0,15

Fonte: Dos autores

➤ **Tabela 4.** Diferença de Médias entre pacientes com e sem risco para depressão

	BECK II > 13 pts		BECK II < 13 pts		ANOVA	
	n=75		n=58		F	P
	MÉD	DP	MÉD	DP		
Religiosidade Organizacional	2,64	1,70	2,84	1,61	0,50	0,87
Religiosidade Não Organizacional	2,17	1,57	2,48	1,71	1,17	0,35
Religiosidade Intrínseca	8,16	3,57	10,16	3,40	10,64	0,03*
Ideal de Espiritualidade	66,51	20,04	74,17	16,22	5,63	0,04*
Vivência Espiritual	62,23	15,96	73,72	13,96	18,90	0,02*
Saúde Espiritual	-4,28	18,36	-0,45	13,34	1,79	0,24

Fonte: Dos autores