



TEOLOGIA
EM REVISTA

Entre a Fé e o Sofrimento Psíquico: O Papel da Comunidade Cristã no Acolhimento de Pessoas Com Transtornos Mentais

Leonardo Henrique dos Santos

ENTRE A FÉ E O SOFRIMENTO PSÍQUICO: O PAPEL DA COMUNIDADE CRISTÃ NO ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Leonardo Henrique dos Santos¹

Resumo

O aumento da prevalência dos transtornos mentais nas últimas décadas tem evidenciado a necessidade de estratégias de cuidado que considerem a pessoa em sua integralidade, incluindo suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual. Nesse contexto, a comunidade cristã ocupa posição relevante, uma vez que frequentemente constitui o primeiro espaço de acolhimento e busca por auxílio diante do sofrimento psíquico. Este artigo tem como objetivo analisar o papel da comunidade cristã no acolhimento de pessoas com transtornos mentais, identificando práticas que favorecem o cuidado integral e aquelas que, por meio de interpretações teológicas inadequadas ou discursos estigmatizantes, podem intensificar o sofrimento e dificultar o acesso ao tratamento especializado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória, desenvolvida por meio de revisão bibliográfica da literatura nacional e internacional sobre saúde mental, psicologia da religião, psiquiatria e teologia prática. A análise evidencia que a espiritualidade e a vivência comunitária podem atuar como importantes fatores de proteção, promovendo suporte social, fortalecimento da esperança, resiliência e sentido existencial. Em contrapartida, práticas como a espiritualização exclusiva dos transtornos mentais, a culpabilização do indivíduo e a resistência ao encaminhamento para profissionais da saúde podem comprometer o processo terapêutico e agravar o sofrimento. Conclui-se que a atuação da comunidade cristã é potencializada quando fundamentada em uma perspectiva de cuidado integral, pautada no acolhimento, na escuta qualificada, no respeito aos limites da atuação pastoral e na colaboração interdisciplinar com psicólogos, psiquiatras e demais profissionais da saúde. Assim, propõe-se uma compreensão da igreja como espaço de apoio, inclusão e promoção da saúde mental, em consonância com princípios científicos e valores cristãos de cuidado ao próximo.

Palavras-chave: Saúde mental; Comunidade cristã; Espiritualidade; Cuidado pastoral.

¹ Bacharel em Teologia e em Psicologia, Licenciatura em Letras (português-inglês) e em História. Mestre em Ciências das Religiões, Doutor em Psicologia clínica e Doutorando em Educação. Professor da FABAD, do Centro Universitário Ítalo Brasileiro no curso de Psicologia, psicólogo clínico e Neuropsicólogo. Pastor Presidente na Igreja Batista Vila Pompéia, SP.

Abstract

The increasing prevalence of mental disorders in recent decades has highlighted the need for care strategies that address individuals holistically, encompassing their biological, psychological, social, and spiritual dimensions. In this context, the Christian community plays a significant role, as it often serves as the first environment where individuals seek support and assistance in response to psychological distress. This article aims to analyze the role of the Christian community in welcoming and supporting people with mental disorders, identifying practices that promote comprehensive care as well as those that, through inadequate theological interpretations or stigmatizing discourses, may intensify suffering and hinder access to specialized treatment. This is a qualitative, exploratory study based on a bibliographic review of national and international literature in the fields of mental health, psychology of religion, psychiatry, and practical theology. The analysis indicates that spirituality and participation in a faith community can function as important protective factors by fostering social support, strengthening hope, enhancing resilience, and promoting existential meaning. Conversely, practices such as the exclusive spiritualization of mental disorders, the attribution of blame to the individual, and resistance to referrals to mental health professionals may compromise the therapeutic process and exacerbate psychological suffering. It is concluded that the contribution of the Christian community is strengthened when grounded in a holistic model of care characterized by hospitality, empathic listening, respect for the limits of pastoral ministry, and interdisciplinary collaboration with psychologists, psychiatrists, and other healthcare professionals. Accordingly, this study proposes an understanding of the church as a space for support, inclusion, and the promotion of mental health, consistent with scientific principles and Christian values of caring for others.

Keywords: Mental health; Christian community; Spirituality; Pastoral care.

INTRODUÇÃO:

Os transtornos mentais configuram-se entre os principais desafios contemporâneos para a saúde pública, afetando milhões de pessoas em todo o mundo e produzindo impactos significativos sobre a qualidade de vida, as relações interpessoais e o funcionamento social dos indivíduos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), a depressão e os transtornos de ansiedade figuram entre as condições mais prevalentes, com aumento expressivo após a pandemia de COVID-19. No Brasil, esse cenário adquire contornos ainda mais relevantes diante da elevada incidên-

cia de sofrimento psíquico e da necessidade de ampliação das redes de cuidado, envolvendo não apenas os serviços especializados, mas também os espaços comunitários e religiosos.

A compreensão da saúde mental evoluiu significativamente nas últimas décadas, abandonando perspectivas exclusivamente biomédicas em favor de um modelo biopsicossocial, que reconhece a interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais na constituição do sofrimento humano. Conforme destaca Dalgalarrondo (2019), os transtornos mentais não podem ser reduzidos a um único fator causal, sendo resultado da complexa interação entre vulnerabilidades individuais e condições ambientais. Essa perspectiva amplia o entendimento do cuidado em saúde mental e evidencia a importância das redes de apoio social como elementos essenciais para a promoção da saúde e da recuperação dos indivíduos.

Nesse contexto, a religiosidade e a espiritualidade têm despertado crescente interesse entre pesquisadores das áreas da Psicologia, Psiquiatria e Ciências da Religião. Embora durante parte do século XX a religião tenha sido frequentemente compreendida como um fenômeno periférico às práticas em saúde, estudos mais recentes demonstram que a experiência religiosa pode influenciar positivamente o enfrentamento do sofrimento, oferecendo sentido existencial, esperança, pertencimento comunitário e fortalecimento da resiliência (KOENIG, 2012; PAIVA, 2017). Para Paiva (2017), a Psicologia da Religião busca compreender como a experiência religiosa interfere nos processos psicológicos, reconhecendo que a fé pode representar tanto um recurso de enfrentamento quanto, em determinadas circunstâncias, um fator de sofrimento.

No contexto brasileiro, em que parcela significativa da população se identifica como cristã, as igrejas frequentemente representam o primeiro espaço procurado por indivíduos e famílias diante do sofrimento emocional. Antes mesmo da busca por psicólogos ou psiquiatras, muitos recorrem aos líderes religiosos em busca de aconselhamento, oração, acolhimento e orientação espiritual. Essa realidade atribui à comunidade cristã um papel social que transcende sua função litúrgica, tornando-a também um espaço potencial de cuidado, suporte emocional e fortalecimento dos vínculos sociais.

A literatura tem demonstrado que o suporte social constitui um dos principais fatores de proteção para a saúde mental. Conforme afirmam Sarriera e Saforcada (2014), redes sociais de apoio favorecem processos de enfrentamento das adversidades, reduzem sentimentos de isolamento e fortalecem os mecanismos de adaptação diante de situações estressoras. Sob essa perspectiva, a comunidade cristã pode

desempenhar papel relevante ao oferecer acolhimento, integração comunitária, suporte afetivo e oportunidades de construção de significado para experiências de sofrimento.

Entretanto, a relação entre religião e saúde mental não é isenta de tensões. Determinadas interpretações teológicas podem favorecer processos de estigmatização quando atribuem os transtornos mentais exclusivamente à falta de fé, ao pecado ou à influência de forças espirituais malignas. Tais compreensões, embora presentes em alguns segmentos religiosos, podem retardar a procura por tratamento especializado e intensificar sentimentos de culpa, vergonha e inadequação. Como observa Dalgalarrodo (2019), explicações reducionistas acerca do sofrimento psíquico tendem a comprometer a compreensão integral do adoecimento e dificultam intervenções efetivas.

Por outro lado, observa-se um movimento crescente de aproximação entre a Psicologia, a Psiquiatria e a Teologia Prática, reconhecendo que o cuidado integral da pessoa humana exige diálogo interdisciplinar. Nesse sentido, Boff (2014) argumenta que o cuidado constitui uma dimensão fundamental da existência humana, caracterizando-se como atitude ética de responsabilidade para com o outro, especialmente em situações de vulnerabilidade. Aplicado ao contexto eclesial, esse princípio reforça a necessidade de uma prática pastoral baseada na escuta, na hospitalidade, na compaixão e no reconhecimento dos limites da atuação religiosa diante das demandas clínicas.

Dessa forma, torna-se necessário investigar em que medida a comunidade cristã contribui efetivamente para o acolhimento de pessoas com transtornos mentais, identificando tanto suas potencialidades quanto os desafios que ainda permeiam essa relação. Compreender essa interface permite superar dicotomias historicamente estabelecidas entre fé e ciência, favorecendo a construção de modelos integrados de cuidado que respeitem simultaneamente a espiritualidade dos indivíduos e as evidências produzidas pelas ciências da saúde.

Assim, este artigo tem como objetivo analisar o papel da comunidade cristã no acolhimento de pessoas com transtornos mentais, discutindo de que maneira as práticas comunitárias, pastorais e espirituais podem atuar como fatores de proteção à saúde mental ou, em determinadas circunstâncias, constituir elementos que intensificam o sofrimento psíquico. Ao promover o diálogo entre Psicologia, Psiquiatria e Teologia, busca-se contribuir para a consolidação de uma perspectiva interdisciplinar de cuidado, comprometida com a dignidade humana, a promoção da saúde mental e o acolhimento integral da pessoa.

1. Transtornos mentais e a compreensão contemporânea do sofrimento psíquico

A compreensão dos transtornos mentais sofreu profundas transformações ao longo da história, acompanhando o desenvolvimento das ciências médicas, psicológicas e sociais. Se, em diferentes períodos históricos, o sofrimento psíquico foi interpretado como manifestação sobrenatural, desvio moral ou consequência exclusiva de fatores biológicos, atualmente prevalece uma perspectiva integradora, segundo a qual o adoecimento mental resulta da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Essa mudança de paradigma possibilitou avanços significativos tanto na compreensão dos transtornos mentais quanto na elaboração de estratégias terapêuticas mais abrangentes e humanizadas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a saúde mental constitui componente essencial da saúde geral e não pode ser compreendida apenas como ausência de doença. Em sua definição clássica, a OMS afirma que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1948). Embora essa definição tenha recebido críticas por seu caráter idealizado, ela representou um marco importante ao reconhecer a dimensão psicológica como elemento indispensável da saúde humana.

No campo da psicopatologia, Dalgalarrrondo (2019) ressalta que a compreensão dos transtornos mentais exige uma abordagem multidimensional, uma vez que os fenômenos psíquicos não podem ser reduzidos a um único fator explicativo. Segundo o autor, o sofrimento mental envolve alterações nos processos cognitivos, emocionais, comportamentais e relacionais, exigindo do profissional uma análise clínica cuidadosa, contextualizada e fundamentada em evidências científicas.

A própria evolução dos sistemas internacionais de classificação demonstra essa mudança de perspectiva. O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5-TR), publicado pela American Psychiatric Association (APA, 2023), compreende os transtornos mentais como síndromes caracterizadas por alterações clinicamente significativas na cognição, na regulação emocional ou no comportamento, refletindo disfunções nos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento. Da mesma forma, a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), organizada pela Organização Mundial da Saúde, reforça a necessidade de compreender o adoecimento mental considerando simultaneamente aspectos clínicos, funcionais e contextuais.

Essa concepção contemporânea rompe com explicações reducionistas e aproxima-se do modelo biopsicossocial proposto por George Engel. Conforme esse modelo, os processos de saúde e doença decorrem da interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, superando a lógica estritamente biomédica que predominou durante grande parte do século XX. Embora originalmente desenvolvido na medicina, o modelo biopsicossocial tornou-se uma das principais referências para a Psicologia Clínica, a Psiquiatria e as políticas públicas de saúde mental.

A adoção dessa perspectiva amplia significativamente a compreensão do sofrimento psíquico. Em vez de localizar a origem dos transtornos exclusivamente em alterações neuroquímicas ou em conflitos intrapsíquicos, reconhece-se que eventos traumáticos, desigualdades sociais, vulnerabilidades econômicas, experiências familiares, relações interpessoais e aspectos culturais exercem influência decisiva sobre a saúde mental. Nesse sentido, Dalgalarondo (2019) argumenta que o diagnóstico psiquiátrico deve sempre considerar o indivíduo inserido em seu contexto histórico, social e cultural, evitando interpretações simplificadoras do sofrimento humano.

1.1 Conceitos de saúde mental e transtornos mentais

A definição de saúde mental permanece objeto de constante debate científico. Historicamente, predominou uma visão negativa, segundo a qual estar mentalmente saudável significava simplesmente não apresentar sintomas psiquiátricos. Entretanto, pesquisas recentes passaram a enfatizar aspectos relacionados ao funcionamento adaptativo, à capacidade de estabelecer vínculos afetivos, à autonomia e ao exercício da cidadania.

A Organização Mundial da Saúde (2022) compreende a saúde mental como condição indispensável para que as pessoas desenvolvam suas potencialidades, enfrentem as dificuldades da vida cotidiana, trabalhem de maneira produtiva e contribuam para suas comunidades. Trata-se, portanto, de um conceito que ultrapassa a ausência de doença e incorpora dimensões relacionadas ao bem-estar psicológico, à participação social e à qualidade das relações humanas.

Dalgalarondo (2019) observa que os transtornos mentais constituem alterações clinicamente relevantes das funções psíquicas, capazes de comprometer o funcionamento global do indivíduo. Essas alterações podem envolver percepção, pensamento, memória, linguagem, humor, consciência, atenção, comportamento ou personalidade, manifestando-se de formas bastante distintas entre os diferentes quadros clínicos.

É importante destacar que sofrimento emocional não corresponde, necessariamente, à presença de um transtorno mental. Situações de luto, perdas, frustrações ou mudanças significativas fazem parte da experiência humana e podem produzir intenso sofrimento sem configurar doença psiquiátrica. O diagnóstico exige critérios clínicos específicos relacionados à intensidade, duração dos sintomas e prejuízo funcional.

1.2 Principais transtornos mentais na contemporaneidade

Entre os transtornos mentais mais prevalentes encontram-se os transtornos de ansiedade, os transtornos depressivos, o transtorno bipolar, os transtornos relacionados ao trauma, o transtorno obsessivo-compulsivo, os transtornos alimentares e a esquizofrenia.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2022), os transtornos de ansiedade e a depressão figuram entre as principais causas de incapacidade no mundo. A pandemia de COVID-19 contribuiu para um aumento expressivo da prevalência desses transtornos, especialmente entre jovens, mulheres e profissionais da saúde.

A depressão caracteriza-se pela presença persistente de humor deprimido, perda de interesse, diminuição da energia, alterações cognitivas e prejuízo significativo no funcionamento cotidiano. Já os transtornos de ansiedade apresentam como característica central a antecipação exagerada de ameaças, acompanhada por manifestações fisiológicas e cognitivas que interferem na qualidade de vida.

O transtorno bipolar distingue-se pela alternância entre episódios depressivos e episódios de mania ou hipomania, enquanto a esquizofrenia envolve alterações importantes da percepção da realidade, podendo incluir delírios, alucinações e desorganização do pensamento.

Embora cada transtorno apresente critérios diagnósticos específicos, todos compartilham um aspecto fundamental: produzem sofrimento significativo e comprometimento funcional, exigindo avaliação clínica qualificada e intervenções baseadas em evidências científicas.

1.3 Fatores biopsicossociais relacionados ao adoecimento psíquico

A compreensão contemporânea dos transtornos mentais fundamenta-se no reconhecimento de sua natureza multifatorial. Nenhum fator isolado é suficiente para explicar o desenvolvimento da maioria dos quadros psiquiátricos.

Os fatores biológicos incluem predisposição genética, alterações neuroquímicas, funcionamento cerebral e condições médicas associadas. Entretanto, predisposição genética não significa determinismo, pois diferentes fatores ambientais influenciam a expressão dessas vulnerabilidades.

Os fatores psicológicos abrangem características de personalidade, estratégias de enfrentamento, autoestima, experiências traumáticas, estilos cognitivos e mecanismos de regulação emocional. Beck (2022), ao desenvolver a Terapia Cognitivo-Comportamental, demonstrou que interpretações distorcidas da realidade podem contribuir para a manutenção de diversos transtornos emocionais.

Por sua vez, fatores sociais compreendem pobreza, violência, discriminação, desemprego, isolamento social, fragilidade das redes de apoio, conflitos familiares e desigualdades estruturais. Esses elementos não apenas aumentam o risco para o adoecimento, como também influenciam o acesso aos serviços de saúde e as possibilidades de recuperação.

Nesse contexto, o modelo biopsicossocial permanece como importante referência para a prática clínica contemporânea, ao reconhecer que o sofrimento psíquico emerge da interação contínua entre essas múltiplas dimensões.

1.4 O estigma social em torno dos transtornos mentais

Apesar dos avanços científicos, o estigma permanece como um dos maiores obstáculos ao cuidado em saúde mental. Pessoas diagnosticadas com transtornos mentais frequentemente enfrentam discriminação, exclusão social e preconceitos que dificultam sua inserção em diferentes espaços da vida comunitária.

Corrigan (2004) destaca que o estigma produz consequências tão graves quanto os próprios sintomas clínicos, reduzindo oportunidades de trabalho, educação e participação social. No contexto brasileiro, estudos têm demonstrado que o preconceito ainda influencia negativamente a procura por atendimento psicológico e psiquiátrico, especialmente em comunidades onde persistem interpretações moralizantes do sofrimento mental.

No âmbito religioso, o estigma pode adquirir características específicas quando determinados transtornos são interpretados exclusivamente como resultado de pecado, falta de fé ou ação espiritual maligna. Embora essas interpretações não representem a totalidade das tradições cristãs, elas podem contribuir para sentimentos de culpa, vergonha e isolamento, retardando a busca por tratamento especializado.

Em contrapartida, quando fundamentadas em princípios de acolhimento, compaixão e cuidado integral, as comunidades religiosas podem constituir importantes redes de apoio, favorecendo a adesão ao tratamento, o fortalecimento dos vínculos sociais e a reconstrução da esperança. Essa perspectiva reforça a necessidade de diálogo permanente entre Psicologia, Psiquiatria e Teologia, de modo que a espiritualidade seja compreendida como recurso complementar ao cuidado em saúde mental, e não como substituto das intervenções clínicas baseadas em evidências.

2. Espiritualidade, religiosidade e saúde mental: contribuições e desafios

A relação entre espiritualidade, religiosidade e saúde mental tem despertado crescente interesse nas últimas décadas, especialmente em razão do aumento das pesquisas que evidenciam a influência dessas dimensões sobre o bem-estar psicológico, a qualidade de vida e os processos de enfrentamento do sofrimento humano. Durante boa parte do século XX, predominou entre alguns segmentos das ciências da saúde uma postura de cautela em relação à religião, frequentemente compreendida como um fenômeno secundário ou mesmo potencialmente prejudicial à saúde mental. Entretanto, o desenvolvimento da Psicologia da Religião e da Psiquiatria da Religião contribuiu para uma compreensão mais abrangente, demonstrando que a experiência religiosa pode exercer efeitos tanto positivos quanto negativos sobre o funcionamento psíquico.

Nesse contexto, torna-se necessário distinguir conceitualmente espiritualidade, religiosidade e fé cristã, evitando generalizações que obscureçam a complexidade do fenômeno religioso. Além disso, a literatura científica tem demonstrado que a religiosidade pode funcionar como importante fator de proteção diante do sofrimento psíquico, ao favorecer a construção de sentido, fortalecer redes de apoio social e estimular estratégias adaptativas de enfrentamento. Contudo, determinadas interpretações religiosas podem igualmente favorecer sentimentos de culpa, estigmatização e resistência ao tratamento especializado, revelando que os efeitos da religião sobre a saúde mental dependem, em grande medida, da forma como a experiência espiritual é vivenciada.

2.1 Diferenças entre espiritualidade, religiosidade e fé cristã

Embora frequentemente empregados como sinônimos, os conceitos de espiritualidade e religiosidade apresentam significados distintos na literatura científica. A diferenciação entre esses construtos constitui etapa fundamental para compreender suas relações com a saúde mental e evitar reducionismos teóricos.

Koenig (2012) define espiritualidade como a busca pessoal por significado, propósito e transcendência, podendo ou não estar vinculada a uma tradição religiosa institucional. Trata-se de uma dimensão existencial que envolve valores, crenças e experiências relacionadas ao sentido da vida e à relação do indivíduo com aquilo que considera sagrado ou transcendente. Já a religiosidade refere-se ao conjunto de práticas, crenças, rituais e formas de participação em uma comunidade religiosa organizada, expressando-se por meio da adesão a doutrinas, celebrações, normas e experiências compartilhadas.

No contexto cristão, a fé ultrapassa tanto a dimensão subjetiva da espiritualidade quanto a dimensão institucional da religiosidade. A tradição cristã compreende a fé como uma resposta existencial à revelação de Deus em Cristo, envolvendo confiança, compromisso ético e transformação da vida. Assim, embora espiritualidade, religiosidade e fé cristã possam coexistir, não são conceitos equivalentes, pois dizem respeito a dimensões distintas da experiência humana.

Paiva (2017), ao discutir a Psicologia da Religião, destaca que a experiência religiosa deve ser compreendida como um fenômeno psicológico complexo, influenciado por fatores culturais, sociais, históricos e individuais. Segundo o autor, a Psicologia não se ocupa de julgar a veracidade das crenças religiosas, mas de compreender como essas crenças influenciam o comportamento, as emoções, a personalidade e os processos de adaptação.

Essa distinção possui importantes implicações clínicas. Indivíduos altamente espiritualizados podem não pertencer a uma religião específica, enquanto pessoas religiosamente praticantes podem apresentar diferentes níveis de espiritualidade. Da mesma forma, a vivência da fé cristã pode constituir importante recurso de enfrentamento do sofrimento, desde que não seja reduzida a práticas ritualísticas ou utilizada como mecanismo de negação da realidade.

2.2 Evidências científicas sobre religiosidade e saúde mental

Nas últimas décadas, um número crescente de pesquisas tem investigado a relação entre religiosidade e saúde mental, produzindo evidências que apontam para associações positivas entre práticas religiosas e indicadores de bem-estar psicológico. Harold G. Koenig destaca-se entre os principais pesquisadores dessa área, tendo sistematizado centenas de estudos que analisam os impactos da religiosidade sobre diferentes desfechos em saúde.

Segundo Koenig (2012), a participação religiosa está frequentemente associada a menores índices de depressão, ansiedade, abuso de substâncias e comportamento suicida, além de favorecer maior satisfação com a vida e melhor qualidade de vida. Tais benefícios não decorrem exclusivamente das crenças religiosas, mas da interação entre diferentes mecanismos, como fortalecimento das redes de apoio social, incentivo a comportamentos saudáveis, desenvolvimento de esperança e construção de sentido existencial.

Frankl (2019), embora não trate especificamente da religiosidade institucional, enfatiza que a busca por sentido constitui uma necessidade fundamental do ser humano. Para o autor, mesmo diante de circunstâncias extremas de sofrimento, a capacidade de encontrar significado para a existência favorece processos de adaptação e resiliência. Essa perspectiva aproxima-se das investigações contemporâneas sobre espiritualidade, ao reconhecer que valores transcendentais podem contribuir significativamente para o enfrentamento das adversidades.

Outro aspecto frequentemente identificado na literatura diz respeito ao papel das comunidades religiosas como redes de suporte social. A convivência comunitária proporciona pertencimento, solidariedade, apoio emocional e oportunidades de participação social, fatores reconhecidos pela Psicologia como importantes elementos de proteção à saúde mental. Nesse sentido, a religiosidade exerce influência não apenas sobre aspectos individuais, mas também sobre processos relacionais que favorecem o desenvolvimento humano.

Entretanto, os resultados das pesquisas também indicam que os benefícios da religiosidade não são universais nem automáticos. Os efeitos positivos dependem da qualidade da experiência religiosa, das características da comunidade de fé e da forma como as crenças são integradas à vida cotidiana. Assim, a literatura científica afasta interpretações simplistas que atribuem à religião efeitos exclusivamente benéficos ou exclusivamente prejudiciais.

2.3 Quando a religião favorece o sofrimento: culpa, estigma e espiritualização dos transtornos mentais

Embora a literatura evidencie diversos benefícios associados à religiosidade, também reconhece que determinadas formas de vivência religiosa podem contribuir para o agravamento do sofrimento psicológico. Esse fenômeno ocorre principalmente quando interpretações teológicas reducionistas substituem explicações clínicas por leituras exclusivamente espirituais do adoecimento mental.

Entre os principais fatores de risco encontra-se a culpabilização do indivíduo. Em alguns contextos religiosos, transtornos mentais são interpretados como consequência direta de pecado, falta de fé ou insuficiência espiritual. Tais interpretações tendem a produzir intenso sofrimento emocional, reforçando sentimentos de inadequação, vergonha e fracasso religioso.

Outro aspecto relevante refere-se ao estigma associado às doenças mentais dentro de algumas comunidades de fé. O receio de julgamentos morais pode levar pessoas acometidas por depressão, ansiedade ou outros transtornos a ocultarem seus sintomas, retardando a procura por tratamento especializado. O silêncio imposto pelo preconceito contribui para o agravamento do quadro clínico e dificulta a construção de redes de apoio efetivas.

A espiritualização exclusiva dos transtornos mentais representa outro desafio significativo. Embora a espiritualidade possa constituir importante recurso terapêutico, ela não substitui a avaliação clínica nem o tratamento baseado em evidências científicas. Reduzir todo sofrimento psíquico à ação de forças espirituais, desconsiderando fatores biológicos, psicológicos e sociais, compromete a compreensão integral do adoecimento e pode atrasar intervenções essenciais.

Nesse sentido, Boff (2014) propõe uma ética do cuidado fundamentada na responsabilidade pelo outro, compreendendo o cuidado como atitude que integra acolhimento, sensibilidade e compromisso com a dignidade humana. Aplicada ao contexto eclesial, essa perspectiva reforça que o cuidado pastoral deve caminhar em diálogo com os conhecimentos produzidos pelas ciências da saúde, reconhecendo tanto o valor da espiritualidade quanto a importância das intervenções clínicas.

A literatura contemporânea aponta, portanto, para a necessidade de superar falsas dicotomias entre fé e ciência. A religiosidade mostra-se fator protetivo quando promove esperança, pertencimento comunitário, apoio social e construção de significado; entretanto, torna-se fator de risco quando favorece culpa excessiva, exclusão, estigmatização ou negação do tratamento especializado. Assim, uma abordagem interdisciplinar revela-se indispensável para que comunidades cristãs possam exercer seu papel de acolhimento sem substituir a atuação de psicólogos, psiquiatras e demais profissionais da saúde.

3. A comunidade cristã como espaço de acolhimento e cuidado integral

A comunidade cristã historicamente desempenha papel relevante no acolhimento das pessoas em situação de sofrimento. Muito antes da institucionalização dos serviços modernos de saúde, igrejas, mosteiros e comunidades religiosas já exerciam funções assistenciais voltadas ao cuidado dos enfermos, dos marginalizados e daqueles que experimentavam diferentes formas de vulnerabilidade. Na contemporaneidade, embora a assistência em saúde seja amplamente desenvolvida por equipes multiprofissionais, a igreja continua sendo um importante espaço de pertencimento, apoio emocional e fortalecimento da esperança para inúmeras pessoas que enfrentam transtornos mentais.

No contexto brasileiro, onde a religiosidade permanece fortemente presente na vida social, muitas pessoas procuram inicialmente líderes religiosos antes mesmo de buscar atendimento psicológico ou psiquiátrico. Essa realidade atribui à comunidade cristã significativa responsabilidade no acolhimento do sofrimento psíquico. Entretanto, para que esse acolhimento seja efetivamente promotor de saúde, torna-se indispensável compreender tanto as potencialidades quanto os limites da atuação pastoral, favorecendo o diálogo entre Teologia, Psicologia e Psiquiatria.

A literatura contemporânea evidencia que comunidades religiosas podem constituir importantes redes de apoio social, fortalecendo vínculos interpessoais, promovendo inclusão e reduzindo sentimentos de isolamento. Contudo, também demonstra que o cuidado pastoral não substitui intervenções clínicas especializadas. Ao contrário, sua maior contribuição consiste em integrar cuidado espiritual, suporte comunitário e encaminhamento responsável aos profissionais da saúde quando necessário.

3.1 A igreja como rede de apoio social e emocional

A Psicologia reconhece o apoio social como um dos principais fatores de proteção para a saúde mental. Redes de suporte compostas por familiares, amigos e grupos comunitários favorecem maior capacidade de enfrentamento diante das adversidades, reduzindo sentimentos de solidão e fortalecendo processos de adaptação. Nesse cenário, a comunidade cristã pode desempenhar papel singular ao oferecer relações marcadas pela convivência, solidariedade, escuta e cuidado mútuo.

Henri Nouwen (2014) compreende a comunidade cristã como espaço no qual pessoas vulneráveis encontram acolhimento não por causa de sua perfeição, mas justamente em razão do reconhecimento compartilhado da fragilidade humana. Para

o autor, o cuidado cristão nasce da disposição de caminhar com o outro em seu sofrimento, evitando respostas simplistas ou moralizantes.

Essa compreensão aproxima-se da noção de pertencimento desenvolvida pela Psicologia Comunitária. O sentimento de fazer parte de uma comunidade favorece o desenvolvimento da identidade, fortalece vínculos afetivos e amplia os recursos emocionais disponíveis para enfrentar situações de crise. Assim, a igreja deixa de representar apenas um espaço litúrgico para tornar-se ambiente de convivência, apoio e reconstrução de projetos de vida.

Além do suporte emocional, a participação comunitária contribui para diminuir o isolamento frequentemente experimentado por pessoas acometidas por transtornos mentais. Pequenos grupos, ministérios de cuidado, visitas domiciliares e ações de integração favorecem a criação de vínculos duradouros que auxiliam na recuperação e na manutenção do tratamento.

Entretanto, para que a igreja exerça efetivamente essa função, faz-se necessário desenvolver uma cultura comunitária baseada na hospitalidade e na inclusão. Comunidades que acolhem a diversidade humana e reconhecem o sofrimento psíquico como realidade legítima tendem a reduzir o estigma e facilitar o acesso aos recursos de cuidado existentes tanto dentro quanto fora do ambiente eclesial.

3.2 O papel do aconselhamento pastoral no acolhimento

O aconselhamento pastoral constitui uma das principais formas de cuidado desenvolvidas pelas igrejas cristãs. Sua finalidade não consiste apenas em oferecer orientações religiosas, mas também proporcionar escuta, acolhimento, discernimento espiritual e fortalecimento da esperança diante das dificuldades da vida.

Collins (2004) destaca que o aconselhamento cristão integra conhecimentos teológicos e psicológicos, reconhecendo que o ser humano apresenta necessidades espirituais, emocionais, cognitivas e relacionais. Nessa perspectiva, o conselheiro pastoral atua como facilitador do crescimento pessoal e espiritual, sem pretender substituir profissionais especializados quando a situação exige intervenção clínica.

A escuta qualificada representa elemento central desse processo. Pessoas acometidas por transtornos mentais frequentemente convivem com sentimentos de incompreensão, vergonha e medo do julgamento. O ambiente pastoral pode favorecer a expressão dessas experiências quando fundamentado na empatia, na confidencialidade e no respeito à dignidade da pessoa.

Henri Nouwen (2014) propõe a imagem do “curador ferido”, afirmando que o cuidador não acolhe o sofrimento do outro a partir de uma posição de superioridade, mas mediante o reconhecimento da própria vulnerabilidade. Essa perspectiva rompe com modelos autoritários de aconselhamento e enfatiza relações marcadas pela compaixão e pela presença.

No contexto das igrejas, o aconselhamento pastoral também pode contribuir para a adesão ao tratamento psicológico e psiquiátrico. Quando líderes religiosos reconhecem a legitimidade dos conhecimentos científicos e compreendem os transtornos mentais como condições complexas, tornam-se importantes aliados na promoção da saúde mental, reduzindo preconceitos e fortalecendo o compromisso do indivíduo com seu processo terapêutico.

3.3 Limites da atuação pastoral e a importância do encaminhamento profissional

Embora o aconselhamento pastoral possua reconhecida relevância, é imprescindível reconhecer seus limites técnicos e éticos. Pastores, presbíteros, líderes e conselheiros religiosos exercem funções distintas daquelas desempenhadas por psicólogos e psiquiatras, razão pela qual não lhes compete realizar diagnósticos clínicos nem conduzir tratamentos especializados para transtornos mentais.

A atuação pastoral torna-se inadequada quando substitui intervenções profissionais por interpretações exclusivamente espirituais do sofrimento. Explicações centradas apenas em pecado, opressão espiritual ou insuficiência de fé podem retardar o diagnóstico e comprometer a evolução clínica do paciente.

Collins (2004) afirma que o aconselhamento cristão apresenta melhores resultados quando reconhece seus próprios limites e estabelece cooperação com outras áreas do conhecimento. Tal compreensão favorece uma prática interdisciplinar na qual fé e ciência deixam de ser compreendidas como perspectivas concorrentes, passando a atuar de maneira complementar.

John Swinton (2020), ao refletir sobre Teologia Prática e saúde mental, argumenta que a igreja deve compreender o sofrimento psíquico não apenas como questão individual, mas também como desafio comunitário. Segundo essa perspectiva, acolher pessoas com transtornos mentais implica desenvolver práticas de inclusão, escuta e participação, evitando processos de exclusão decorrentes do desconhecimento ou do preconceito.

O encaminhamento profissional deve ser compreendido como expressão de responsabilidade pastoral e não como demonstração de insuficiência espiritual. Ao reconhecer sinais de depressão grave, ideação suicida, transtornos psicóticos ou outras condições que demandem intervenção especializada, líderes religiosos contribuem significativamente para a proteção da vida e para a efetividade do cuidado integral.

Nesse sentido, o diálogo permanente entre igrejas, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e demais profissionais da saúde fortalece redes de cuidado capazes de responder de forma mais adequada às múltiplas necessidades apresentadas pelas pessoas em sofrimento psíquico.

3.4 Propostas para uma cultura eclesial de promoção da saúde mental

Os desafios contemporâneos relacionados aos transtornos mentais exigem que as comunidades cristãs avancem para além de ações pontuais de assistência, desenvolvendo uma cultura permanente de promoção da saúde mental. Essa transformação envolve mudanças na formação de lideranças, na educação da comunidade e na construção de práticas pastorais fundamentadas no acolhimento e na interdisciplinaridade.

Uma primeira proposta consiste na capacitação contínua de pastores, líderes e conselheiros em temas relacionados à saúde mental. Conhecimentos básicos sobre sinais de risco, fatores de proteção, prevenção do suicídio e encaminhamento adequado podem ampliar significativamente a qualidade do cuidado oferecido pela igreja.

Outra iniciativa refere-se à promoção de espaços seguros de diálogo sobre sofrimento emocional. Palestras, grupos de apoio, estudos bíblicos temáticos e ações educativas contribuem para reduzir o estigma e estimular a busca precoce por ajuda profissional quando necessária.

Sob a perspectiva ética, Boff (2014) afirma que o cuidado constitui uma atitude fundamental da existência humana, marcada pela responsabilidade, sensibilidade e compromisso com a dignidade do outro. Aplicado ao contexto eclesial, esse princípio inspira práticas pastorais que valorizam a escuta, a inclusão, o respeito às diferenças e a defesa da vida.

Da mesma forma, estudos brasileiros em Psicologia da Religião têm demonstrado que comunidades religiosas acolhedoras favorecem maior adesão ao tratamento,

fortalecimento das redes de apoio e desenvolvimento da resiliência. Paiva (2017) observa que a experiência religiosa pode constituir importante recurso psicológico quando favorece a construção de significado, a esperança e o fortalecimento dos vínculos interpessoais.

Assim, uma cultura eclesial promotor de saúde mental caracteriza-se pelo reconhecimento da pessoa em sua integralidade. Em vez de estabelecer oposição entre recursos espirituais e conhecimentos científicos, compreende que ambos podem colaborar para o cuidado humano. Oração, acompanhamento pastoral, comunhão fraterna e participação comunitária convivem harmoniosamente com psicoterapia, acompanhamento psiquiátrico e demais intervenções baseadas em evidências.

Dessa maneira, a igreja consolida sua vocação histórica de comunidade cuidadora, oferecendo acolhimento espiritual sem negligenciar a importância das ciências da saúde. Essa postura favorece não apenas a recuperação das pessoas acometidas por transtornos mentais, mas também a construção de comunidades mais inclusivas, compassivas e comprometidas com a promoção integral da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre a comunidade cristã e o cuidado em saúde mental revela-se complexa e multifacetada, exigindo uma abordagem que integre conhecimentos científicos e princípios teológicos. Ao longo deste estudo, verificou-se que a espiritualidade e a religiosidade, quando vivenciadas de forma saudável, podem constituir importantes fatores de proteção, favorecendo o fortalecimento da esperança, o suporte social, a resiliência e a construção de sentido diante do sofrimento psíquico. Da mesma forma, constatou-se que a comunidade cristã possui significativo potencial para atuar como espaço de acolhimento, escuta e promoção da dignidade humana.

Entretanto, também foi evidenciado que interpretações religiosas reducionistas, marcadas pela espiritualização exclusiva dos transtornos mentais, pela culpabilização do indivíduo ou pela resistência ao tratamento especializado, podem intensificar o sofrimento e dificultar o acesso aos cuidados adequados. Nesse sentido, torna-se imprescindível que o exercício do cuidado pastoral seja desenvolvido de forma ética, responsável e em diálogo permanente com a Psicologia, a Psiquiatria e as demais áreas da saúde.

Conclui-se, portanto, que a comunidade cristã pode desempenhar papel relevante na promoção da saúde mental quando reconhece os limites de sua atuação, valo-

riza a interdisciplinaridade e compreende o cuidado como expressão do amor ao próximo. Espera-se que este estudo contribua para ampliar o diálogo entre fé e ciência, incentivando novas pesquisas e fortalecendo práticas eclesiais comprometidas com o acolhimento integral das pessoas em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5-TR. Tradução da 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental**: teoria e prática. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela Terra. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- COLLINS, Gary R. **Aconselhamento cristão**: edição século XXI. São Paulo: Vida Nova, 2004.
- CORRIGAN, Patrick W. How stigma interferes with mental health care. **American Psychologist**, v. 59, n. 7, p. 614-625, 2004.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- ENGEL, George L. **The need for a new medical model**: a challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.
- FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. 45. ed. Petrópolis: Vozes, 2019.
- KOENIG, Harold G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012.
- NOUWEN, Henri J. M. **O curador ferido**: o ministério na sociedade contemporânea. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Genebra: OMS, 1948.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de saúde mental**: transformar a saúde mental para todos. Genebra: OMS, 2022.
- PAIVA, Geraldo José de. **Psicologia da Religião**: psicologia e experiência religiosa. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2017.
- PARGAMENT, Kenneth I. **The Psychology of Religion and Coping**: Theory, Research,

ch, Practice. New York: Guilford Press, 1997.

SARRIERA, Jorge Castellá; SAFORCADA, Enrique. **Introdução à Psicologia Comunitária**: bases teóricas e metodológicas. Porto Alegre: Sulina, 2014.

SWINTON, John. **Tornando-se amigos do tempo**: deficiência, tempo e gentileza. Viçosa: Ultimato, 2020.



FAESP

FACULDADE EVANGÉLICA DE SÃO PAULO