

RELIGIÃO E SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE CRÍTICA DOS IMPACTOS PSICOSSOCIAIS

Adrielle Brabo KALSCHNE¹

Patrícia Picoli VITURI²

Gabriela Boniatti SURDI³

gabrielasurdi@fag.edu.br

RESUMO

O presente artigo visa abordar o contexto das práticas religiosas como intervenção terapêutica em saúde mental. O propósito é apresentar uma análise referente à familiaridade dos Líderes religiosos, em relação aos critérios diagnósticos da psicopatologia, conforme estabelecidos pelo DSM-5-TR e/ou CID-10, no contexto do acolhimento religioso. Apesar das práticas baseadas em evidências norteadas pela APA e pela OMS para a saúde mental, ainda estão presentes na atualidade manejos com resquícios da idade média. O artigo destaca que muitas sensações, percepções e pensamentos considerados experiências espirituais podem, na verdade, ser sintomas de transtorno mental. Assim, propõe-se o método de análise de discurso qualitativo exploratório, a partir de entrevista semiestruturada e com uma análise de conteúdo temática. Foram selecionados cinco indivíduos representantes de comunidades cristãs do município de Cascavel/PR, que abrangessem as denominações religiosas com maior número de membros ativos. Os dados qualitativos obtidos indicam falta de familiaridade dos Líderes religiosos com os critérios diagnósticos formais, descritos pelo DSM-5-TR e CID-10. Embora o acolhimento religioso desempenhe papel relevante no suporte emocional, a lacuna quanto ao conhecimento científico limita sua eficácia e impacta diretamente no atraso de encaminhamento especializado adequado.

Palavras-chave: Religião, Saúde Mental, Psicopatologia, Práticas Religiosas

¹ Acadêmica do 10º período do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Assis Gurgacz-FAG. E-mail: abkalschne@minha.fag.edu.br.

² Acadêmica do 10º período do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Assis Gurgacz-FAG. E-mail: phpvitori@minha.fag.edu.br.

³ Orientadora Psicóloga Especialista em Psicologia Histórico Cultura. Professora adjunta do curso de Psicologia do Centro Universitário Assis Gurgacz - FAG. E-mail: gabrielasurdi@fag.edu.br.

RELIGION AND MENTAL HEALTH: A CRITICAL ANALYSIS REGARDING SOME PSYCHOSOCIAL IMPACTS

Adrielle Brabo KALSCHNE¹
Patrícia Picoli VITURI²
Gabriela Boniatti SURDI³
gabrielasurdi@fag.edu.br

ABSTRACT

This trial aims at pointing out the context of some religious practices as a therapeutic intervention regarding mental health. Thus, it shows an analysis about how acquainted the chosen religious leaders were with the psychopathology diagnostic criteria, as established by DSM-5-TR and/or ICD-10, concerning these churchgoers' reception. Despite evidence-based practices guided by APA and WHO for mental health, they are still present in management practices and with remnants of Middle Ages. Thus, this paper highlights that many feelings, insights and thoughts, which are considered spiritual experiences, can, in fact, be symptoms of mental disorders. So, an exploratory qualitative discourse analysis method was proposed, based on semi-structured interviews and thematic content analysis. Five individuals from Christian communities in Cascavel-PR city were selected to cover the religious representations with the largest number of active members. **Results:** The obtained qualitative data showed a lack of familiarity among religious leaders with the formal diagnostic criteria described by DSM-5-TR and ICD-10. **Conclusion:** Although religious support plays a relevant role in emotional support, the gap in scientific knowledge limits its effectiveness and directly impacts some delay in a suitable specialized referral.

Keywords: Religion, Mental Health, Psychopathology, Religious Practices

¹ Acadêmica do 10º período do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Assis Gurgacz-FAG. E-mail: abkalschne@minha.fag.edu.br.

² Acadêmica do 10º período do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Assis Gurgacz-FAG. E-mail: phpvituri@minha.fag.edu.br.

³ Orientadora Psicóloga Especialista em Psicologia Histórico Cultura. Professora adjunta do curso de Psicologia do Centro Universitário Assis Gurgacz - FAG. E-mail: gabrielasurdi@fag.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

O assunto deste trabalho trata da psicopatologia no contexto das religiões. O tema aborda o contexto de práticas religiosas como intervenção terapêutica em saúde mental. Será apresentado como a cultura histórica dessas práticas que atravessou o tempo e permanece presente no contexto atual. O conteúdo referente à religião e à saúde mental é complexo e marcado por estereótipos e equívocos. A crença de que transtornos mentais são causados por possessão demoníaca remonta à idade média e desconsidera questões biológicas, como as psicopatologias. A loucura era vista como punição divina, o que exclui, marginaliza e dificulta o acesso ao tratamento adequado (FOUCAULT, 2012).

Muitas pessoas com sofrimentos emocionais procuram ajuda no contexto religioso. Contudo, a falta de conhecimento sobre transtornos mentais pelo líder religioso⁴ responsável pelo aconselhamento pastoral⁵ pode dificultar o acesso ao tratamento adequado. Algumas sensações, percepções e pensamentos, considerados experiências espirituais, podem, na verdade, ser sintomas de transtornos mentais. Um sintoma psicótico, como ouvir vozes, pode ser considerado como espíritos demoníacos. Sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo, como pensamentos repetitivos de conteúdo blasfemo ou sexual bizarro, podem ser considerados pecados ou tentações (DALGALARRONDO, 2008).

Denominações religiosas cristãs possuem setores específicos de aconselhamento pastoral para lidar tanto com questões espirituais e emocionais, como com transtornos mentais, como depressão, transtorno de ansiedade generalizada e esquizofrenia. No entanto, estes aconselhamentos podem agravar o quadro geral, bem como retardar a busca por profissionais de saúde mental. Neste contexto, reconhece-se, então, a necessidade da psicoeducação⁶ (DALGALARRONDO, 2008).

Além disso, é fundamental o aperfeiçoamento profissional para distinguir entre uma psicose patológica e uma experiência psicótica que seja manifestação de uma experiência religiosa, como no caso da mediunidade de Divaldo Franco (ProSER IPq - HC – FMUSP, 2022). Adotar parâmetros e critérios estabelecidos no DSM-5-TR e CID-10 é uma decisão

⁴ O líder religioso cria e mantém um ambiente propício para que seus seguidores vivenciem experiências religiosas, como a oração, a meditação e os rituais. Ele guia e orienta essas experiências, aprofundando a conexão entre os indivíduos e o sagrado (DALGALARRONDO, 2008).

⁵ Aconselhamento pastoral é uma área do trabalho pastoral que concentra situações multifacetadas. Os pastores são confrontados com as dificuldades enfrentadas pelas pessoas em seu dia a dia. Eles precisam agir orientados pela palavra de Deus, diante de problemas e desafios bem diferentes (DALGALARRONDO, 2008).

⁶ Psicoeducação: é um tipo de intervenção psicológica feita de forma sistemática e estruturada que busca promover uma ampliação do conhecimento do paciente e das pessoas próximas a ele a respeito de sua condição de saúde mental (ABP, 1966).

fundamental neste processo, juntamente com uma avaliação cognitiva, sempre considerando o contexto sociocultural das pessoas envolvidas.

Dessa forma, a expectativa do presente trabalho é verificar se estão ou não sendo considerados os critérios diagnósticos da psicopatologia, conforme estabelecidos pelo DSM-5-TR e/ou CID-10, no contexto de acolhimento religioso.

Para alcançar os objetivos desta pesquisa, as pesquisadoras pretendem observar a consideração de psicopatologias, seguindo as normas do DSM-5-TR e/ou CID-10 no contexto de acolhimento realizado pela liderança religiosa a fim de identificar lacunas no conhecimento da liderança religiosa em relação à psicopatologia e aos fatores psicológicos.

1.1 SAÚDE MENTAL E RELIGIÃO

O Plano de Ação Integral de Saúde Mental da OMS define saúde mental como um estado de bem-estar vivido pelo indivíduo, que possibilita o desenvolvimento de suas habilidades pessoais para responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade. Além dos aspectos individuais, a saúde mental é também determinada por questões sociais, ambientais e econômicas (OMS, 2013).

Michel Foucault, em seu livro “A História da Loucura” Foucault (2012), observa a evolução dos conceitos de saúde mental e destaca como, na Idade Média, o Classicismo atribuía ao desatino proibições sexuais, interditos religiosos e liberdades de pensamento. O objetivo era formar uma experiência moral que fundamentasse nosso entendimento “científico” sobre doença mental. Contrapondo-se aos parâmetros e critérios estabelecidos no DSM-5-TR e CID-10, o autor relata que o tratamento para o desatino era o castigo.

Mas esta nova unidade não é decisiva apenas para a marcha do conhecimento, ela teve sua importância na medida em que constitui a imagem de uma “existência de desatino” que tinha ao lado do castigo, seu correlato naquilo que se poderia chamar de “existência correcional”. A prática do internamento e a existência do homem que será internado não são mais separáveis (FOUCAULT, 2012, p. 107).

Apesar das práticas baseadas em evidências norteadas pela APA e pela OMS para a saúde mental, manejos com resquícios da idade média ainda estão presentes, conforme relatado por Foucault (2012). Outro autor que trata deste assunto na atualidade é Paulo Dalgallarrondo (2008), psiquiatra brasileiro, que define a religião como um sistema de crenças e práticas que

conecta o ser humano ao sagrado ou ao divino, a fim de oferecer um sentido de pertencimento, orientação e conforto espiritual.

Em sua obra "Religião, Espiritualidade e Saúde Mental", Dalgarrondo (2008) enfatiza a importância do cuidado ao serem exploradas estas interações na prática clínica e na pesquisa em saúde mental. Para ele, a religião e a espiritualidade podem estar associadas a problemas de saúde mental, especialmente quando envolvem crenças extremistas, fundamentalismo religioso, culpa excessiva, dogmatismo ou experiências traumáticas dentro de contextos religiosos.

No século XV, existia a Nau dos Loucos, que era um barco de mercadores, utilizado para exilar os considerados loucos das cidades. Os levavam para o oceano, em um processo de limpeza das psicopatologias que a igreja classificava como sintomas de impurezas espirituais. A loucura era associada ao anticristo pela igreja e era vista como o castigo supremo para os 'filhos de Satã'. Era percebida como falha moral, desordem e devassidão (FOUCAULT, 2012).

Uma comunidade religiosa pode proporcionar um senso de pertencimento e apoio social através do Coping Positivo⁷, contribuindo assim para o bem-estar emocional. O excesso de religiosidade, o fanatismo religioso, as práticas religiosas intensas, assim como determinadas formas de religiosidade promovem o adoecimento mental (DALGARRONDO, 2008).

A análise de Foucault (2012) investiga o início histórico da institucionalização da loucura, posto que exclui da sociedade indivíduos considerados mentalmente perturbados através da Nau dos Loucos, sob a crença simbólica da purificação pelo oceano. O autor relata que os pacientes passaram por tratamentos baseados em teorias médicas da época, como a Purgação⁸ e a Sangria⁹. Tais práticas médicas não apenas falharam em curar os pacientes, mas também serviram como instrumentos de controle social.

Foucault (2012) examina o fenômeno da dominação médica e destaca o crescente poder da profissão na sociedade contemporânea, especialmente no contexto da saúde mental. Ele argumenta que a medicalização da loucura alterou radicalmente a percepção e o tratamento das doenças mentais, a qual perdeu o foco social e migrou para o modelo médico. O autor ressalta os efeitos adversos da medicalização, como tratamentos invasivos e estigmatizantes, além da negligência em desconsiderar fatores sociais e culturais que moldam experiências e

⁷ Coping Positivo: Quando a pessoa utiliza estratégias que fortalecem seu bem-estar (DALGARRONDO, 2008).

⁸ Purgação: O Verbo Purgar significa expiar algo, limpar, purificar (DICIO, 2024).

⁹ Sangria: Tratamento médico que estabelece a retirada de sangue do paciente (DICIO, 2024).

manifestações da doença mental. Para ele, a loucura é uma construção social, enraizada em relações de poder e controle.

2 MÉTODOS

A pesquisa foi realizada na cidade de Cascavel, Paraná, com foco em comunidades cristãs que desempenham um papel significativo no acolhimento de pessoas com sofrimento emocional. O estudo investigou se os critérios diagnósticos da psicopatologia, conforme estabelecidos pelo DSM-5-TR e/ou CID-10, são considerados no contexto de acolhimento religioso. A pesquisa foi submetida ao comitê de ética e foi aprovada sob o CAAE nº 81680224.2.0000.5219.

Para o estudo, foram selecionados cinco indivíduos representantes de comunidades cristãs de Cascavel, as quais são denominações religiosas com maior número de membros ativos, estimadas com base em tendências gerais observadas pela CGN (2024) e Sempre Família (2024), em Cascavel e no Brasil: Igreja Católica Romana, Assembleia de Deus, Igreja Batista, Igreja Presbiteriana, Igreja Universal do Reino de Deus e Igreja Adventista do Sétimo Dia. Os critérios de inclusão para os participantes foram indivíduos com idade superior a 18 anos, independente de sexo, cor/raça, etnia, orientação e identidade de gênero, classe e grupos sociais, com envolvimento ativo no acolhimento dentro da comunidade à qual pertencem. Os critérios de exclusão foram indivíduos que não são membros das comunidades cristãs de Cascavel-PR, pessoas que participam de maneira irregular ou esporádica em atividades de acolhimento e suporte emocional, e indivíduos que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Buscamos o consentimento expresso para participar das entrevistas a partir da assinatura do TCLE, que foi obtido digital e presencialmente, para garantir que todos os participantes estivessem cientes dos objetivos, métodos, benefícios, riscos e o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento. As entrevistas semiestruturadas foram organizadas pelas pesquisadoras, as quais entraram em contato com os participantes via aplicativo Whatsapp®, para que fossem convidados. Os selecionados seguiram os critérios de inclusão/exclusão propostos.

O estudo foi conduzido no período de setembro de 2024 a novembro de 2024 e incluiu cinco participantes, sendo um líder de cada uma das cinco comunidades cristãs de Cascavel/PR, que foram selecionadas para a pesquisa. O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada, realizada via *Google Meet*® e presencialmente, de acordo com a

preferência do participante. Cada entrevista teve duração aproximada de uma hora e foi gravada mediante autorização para posterior transcrição e análise de conteúdo. O ambiente das entrevistas foi controlado para garantir privacidade e conforto aos participantes, sendo em um local seguro *online* e em uma sala reservada para entrevistas presenciais.

Os dados coletados foram analisados por análise de conteúdo temática. O objetivo foi entender se os critérios diagnósticos da psicopatologia, conforme estabelecidos pelo DSM-5-TR e/ou CID-10, são considerados ou ignorados nas práticas de aconselhamento espiritual. Todas as etapas da pesquisa seguiram os princípios éticos definidos pela Resolução CNS 466/12, a fim de que fossem garantidos a confidencialidade e o anonimato dos dados coletados. Os dados foram armazenados de forma segura e após cinco anos serão destruídos utilizando-se de métodos seguros para eliminar os dados. A análise foi qualitativa e exploratória para compreender percepções e práticas específicas sem generalizar os resultados para uma população mais ampla. Foi realizada a análise de conteúdo conforme Laurence Bardin (2011).

Quadro 1- Roteiro de Entrevista Semi-estruturada.

RAPPORT

Somos estudantes do décimo período do curso de Psicologia matutino do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz de Cascavel-PR. Agradecemos imensamente por aceitar participar desta entrevista. Gostaríamos de ressaltar que este espaço é seguro e confidencial. Não há respostas certas ou erradas, apenas a sua perspectiva e experiência são importantes para nós. Sinta-se à vontade para parar de responder a qualquer momento, se assim desejar. Sua participação é voluntária e valorizamos profundamente sua contribuição para nossa pesquisa.

PERGUNTAS

1. Identificação de Pessoas em Sofrimento.

1.1 De qual forma as pessoas com queixa/problema emocional têm acesso ao atendimento de aconselhamento Pastoral?

2. Critérios ao oferecer Apoio:

2.1 Como você identifica que a queixa/problema é de origem espiritual/religiosa ou

outro tipo de origem?

3. Familiaridade com os Critérios do DSM-5 TR:

3.1 Existe ou já existiu a possibilidade de que queixas/problemas de origem não espiritual sejam confundidas com queixas espirituais? No caso de já ter ocorrido a confusão, como foi lidado com a situação?

4. Treinamento Específico em Saúde Mental:

4.1 Considerando-se as diversas situações trazidas em aconselhamento religioso, como vocês adquirem a habilidade para distinguir se a demanda é ou não de cunho espiritual/religioso?

4.2 O Pastor e/ou membros da igreja já tiveram acesso a palestras e/ou informações com profissionais da área de saúde mental?

Se (4.2) for afirmativa: Quanto tempo é/foi destinado para esse tipo de informação?

5. Encaminhamento para Profissionais de Saúde Mental:

5.1 Existe necessidade de encaminhar o membro que busca atendimento religioso, para um profissional/Instituição de saúde mental que não faça parte da igreja?

Se, (5.1) for afirmativa: Como é feito esse encaminhamento?

Se, (5.1) for negativa: Como a igreja acolhe essa demanda?

6. Abordagem Específica ao Lidar com Questões de Saúde Mental:

6.1 Qual é a abordagem ou método específico ao lidar com questões de saúde mental dentro da igreja?

Fonte: Autoras, 2024.

As pesquisadoras se dispuseram a oferecer suporte psicológico gratuito aos participantes em caso de desconforto emocional durante as entrevistas, porém, o suporte não foi requisitado. A pesquisa foi limitada a líderes religiosos de comunidades cristãs em Cascavel, Paraná, contudo, pode não refletir as práticas de outras denominações religiosas ou regiões.

3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.1 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS QUALITATIVAS

A amostra foi composta por cinco pessoas, de instituições religiosas distintas de Cascavel/Pr. Da amostra total, cinco pessoas foram entrevistadas. As categorias consideradas para as análises foram extraídas a partir das perguntas norteadoras da entrevista (Quadro 1).

Para assegurar o sigilo das informações, os entrevistados foram identificados por códigos numéricos (P1 a P4), preservando assim a confidencialidade das respostas. Diante do extenso volume de dados gerados pelas entrevistas, optou-se por não apresentar as transcrições na íntegra. No entanto, trechos relevantes serão utilizados para ilustrar os principais temas e categorias da análise.

A seguir apresentam-se os resultados gerais, considerando-se a coleta dos dados nas entrevistas qualitativas. As pesquisadoras não observaram diferença entre as entrevistas realizadas de forma *online* e entrevistas de forma presencial. Como as entrevistas *online* tinham data e hora marcadas, não houve interrupções em ambos os formatos.

3.2 RESULTADOS DAS PERGUNTAS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS QUALITATIVAS

3.2.1 Identificação de Pessoas em Sofrimento

De acordo com a análise das entrevistas, os líderes religiosos indicaram que os acessos ao aconselhamento pastoral foram facilitados para pessoas com problemas emocionais, e ocorreram tanto por agendamentos formais quanto por atendimentos espontâneos, conforme a urgência de cada situação.

Foram identificadas diferenças nos protocolos de atendimento pastoral, as quais refletiram a forma como identificaram e atendiam pessoas em sofrimento emocional ou mental. Por um lado, os entrevistados P1 e P2 possuíam sistemas mais formais, com agendamentos estruturados e, no caso da P2, até formulários *online* para direcionar o campo ao conselheiro mais adequado. Este modelo oferece uma abordagem organizada e permite um tempo dedicado e focado para ouvir as necessidades de maneira mais específica.

[...] nós temos uma secretária que marca o horário, porque é aquela coisa de emergência. Sim. Se for uma situação, nós atendemos também da mesma forma, mas o trâmite normal é marcar o horário, marcar o tempo, que a gente possa ter todo o espaço possível para poder estar ouvindo de uma forma bem tranquila (P1).

No site da igreja temos um local onde as pessoas podem preencher e colocar ali o seu pedido, a sua disponibilidade de dia, de horário e um comentário resumido de qualquer área que ela imagina que ela esteja precisando de ajuda, se é conjugal, se é financeira, se é emocional, se é criação de filhos [...] E tem a forma informal, que é quando ela procura alguém pessoalmente... E aí o líder do grupo dela de oração compartilha e aquele líder percebe que precisa de um atendimento mais específico, além daquela conversa de oração toda semana, aí ele às vezes vem direto pra gente e orienta a pessoa a preencher lá o pedido de ajuda (P2).

Por outro lado, os entrevistados P3 e P4 adotam abordagens mais flexíveis e informais. No entrevistado P3, o acolhimento imediato é comum em casos de desespero emocional, para priorizar a escuta e o suporte emergencial. Já o entrevistado P4 não segue um protocolo rígido, portanto, oferece acesso direto ao líder, com agendamentos baseados na disponibilidade.

Elas podem marcar horário, como você fez hoje, ou não. Muitas chegam chorando, em desespero, e a gente atende, e encaixa, coloca até como prioridade. E a primeira coisa que o padre faz é ouvir, e deixar ela se acalmar, deixar colocar para fora (P3). Não existe um protocolo, porém, todos têm acesso através do meu contato pessoal, meu número de telefone fica disponível e as pessoas podem me abordar na igreja também. A gente agenda um horário e marca visita ou atendimento na igreja (P4).

A diversidade de práticas indica que a forma e o momento do atendimento podem influenciar na compreensão das necessidades emocionais do indivíduo, pois afetam a maneira como o suporte espiritual é oferecido (MACEDO *et al.*, 2007).

De acordo com Koenig (2007) quando o atendimento ocorre imediatamente durante uma crise, a percepção do conselheiro sobre a situação pode ser diferente daquela que o indivíduo teria sido atendido em um momento posterior, após uma crise ter passado. Isso sugere que a forma e o momento do atendimento podem influenciar significativamente na compreensão das necessidades emocionais da pessoa e na abordagem solicitada para oferecer o suporte adequado. Igrejas com processos mais formais podem garantir um acompanhamento mais estruturado e contínuo, enquanto as abordagens mais informais oferecem maior flexibilidade e acessibilidade em momentos de crise. Em ambos os casos o reconhecimento do sofrimento é fundamental para que o aconselhamento seja eficaz, seja dirigido às práticas religiosas ou ao suporte profissional especializado, para garantir um cuidado especial e oportuno.

3.2.2 Distinção entre questões espirituais e psicológicas

As entrevistas com os líderes religiosos evidenciaram uma dificuldade recorrente: a distinção entre problemas de ordem espiritual e questões de saúde mental. Embora cada denominação adote abordagens diferentes, todos enfrentam o desafio de lidar com a interconexão entre os aspectos físicos, emocionais e espirituais. Esta sobreposição muitas vezes torna a diferenciação entre os tipos de problemas mais complexos, além de exigir uma análise cuidadosa e abrangente.

Na entrevista P1, o líder descreve como ele identifica a origem do problema, e que usava principalmente a experiência pastoral e a Bíblia como parâmetros. Ele relata que, após um ou dois encontros, já é possível perceber se o problema tem origem espiritual ou se é necessário encaminhamento para um profissional de saúde:

Erramos muito, mas isso vai aprimorando a cada dia, a cada momento[...] é lógico que sempre tem algo novo, algo diferente. 40 minutos de conversa ou depois do segundo encontro já dá para ter uma identificação se é uma questão de fato de uma ordem espiritual ou se essa pessoa precisa de uma ajuda de uma forma científica mesmo, de um psiquiatra. As coisas espirituais, a gente vai discernindo falando sobre as questões da Bíblia, as questões da conduta da pessoa, e se está tudo ok dentro daquela identificação que a gente tem usado a Bíblia como parâmetro, conduta, o que a pessoa faz no dia a dia, a gente consegue descobrir se aquilo de fato é uma questão espiritual ou se é uma questão relacionada a [...] que precisa de um acompanhamento, no caso, seja de psicólogo, uma terapia, um psiquiatra. Os dois, na realidade, o que acontece muito é o paralelo. Sempre, infelizmente, tem uma coisa ligada com a outra. Nós somos essa dicotomia espiritual no corpo, então, não tem como desligar. Na maioria das vezes precisa das duas questões (P1).

No entanto, ele também ressalta a dificuldade de separar estes dois aspectos, com destaque para a necessidade de mais formação e atualização constante para os líderes religiosos, mencionando a baixa adesão de pastores sobre cursos específicos de aconselhamento:

Infelizmente, poucos pastores têm formação específica. [...] Existe muito ministério leigo que acaba trazendo essa dificuldade [...] foram muitas igrejas abrindo e se tratando tudo na questão espiritual e não cuidando na realidade do corpo [...] (P1).

Esta fala sublinha uma questão recorrente nas igrejas: a lacuna de conhecimento formal que dificulta uma distinção precisa entre o espiritual e o psicológico. Este fato faz com que, muitas vezes, ambos sejam tratados simultaneamente, ou que o aspecto espiritual tenha maior ênfase.

Na entrevista P3, o líder adota uma abordagem distinta, com ênfase na importância de se observar a prática religiosa do indivíduo e se levar em conta sua história pessoal para distinguir

se o problema é de ordem espiritual ou psicológica. Um dos critérios centrais apontado por ele para esta diferenciação é a regularidade na prática religiosa: pessoas com uma vida espiritual consistente e estruturada tendem a apresentar problemas de natureza psicológica ou emocional, uma vez que a prática religiosa está organizada, enquanto pessoas afastadas dessas práticas podem sinalizar uma questão espiritual. No entanto, o processo de discernimento não é simples, pois exige escuta ativa, intervenções cuidadosas e, frequentemente, o encaminhamento para profissionais de saúde mental, quando necessário.

Se a pessoa tem uma prática religiosa constante, dificilmente vai ter um problema espiritual. [...] quando a gente observa que há essa abertura, deixamos claro que o problema é psíquico, afetivo, ligado à sua história de vida (P3).
O discernimento vem da escuta. [...] Quando a gente não escuta, a gente erra e não ajuda realmente. Isso leva tempo. Tem que dar tempo à pessoa para falar (P3).

Esta fala destaca a importância de um processo de escuta mais aprofundado para identificar as nuances de cada caso, sem pressa de rotular um problema como espiritual ou psicológico. Ele também reforça que o encaminhamento para profissionais de saúde mental é fundamental nos casos em que o problema não tem raiz espiritual, e alerta que a igreja deve trabalhar em conjunto com psicólogos e psiquiatras quando necessário.

Na entrevista P2, o líder ressaltou que corpo, alma e espírito estão profundamente interligados, o que muitas vezes torna difícil tratar os problemas de forma isolada. Ele menciona que uma equipe pastoral deve estar preparada para encaminhar os casos, quando necessário:

Nós entendemos que dificilmente uma coisa acontece separada da outra. [...], mas sempre que há uma desconfiança mínima que seja uma possibilidade que a gente acredita mínima de envolver algo que é o aspecto mental mesmo da pessoa, a gente orienta aquela pessoa a procurar ajuda médica, a procurar um psiquiatra (P2).

Na entrevista P4, o líder relatou que discernimento envolve uma observação cuidadosa dos comportamentos e falas dos indivíduos, além da consideração de seu contexto pessoal. Para ele, a avaliação é muitas vezes intuitiva, baseada em sinais sutis que indicam se uma pessoa está passando por dificuldades que exigem ajuda profissional. Mudanças repentinas de comportamento e falas que revelam particularidades da vida pessoal são indicativos de que algo não está bem, e que um acompanhamento mais profundo é necessário. Este processo de discernimento não segue um protocolo rígido, mas depende de uma análise contínua do perfil e do contexto da pessoa.

Tem que ter um olhar clínico, você tem que observar alguns comportamentos, algumas falas e notar no contexto ali o que uma pessoa está passando. [...] Você olha para a pessoa e percebe que ela não está bem. [...] Observando o perfil da pessoa, o contexto, você consegue avaliar se uma pessoa está bem ou não. Você vai compará-la, com ela mesma, e de repente você olha para uma pessoa, ela tem um padrão de comportamento e mudou do nada (P4).

Ou numa situação assim, inesperada. Então, você já vê que tem alguma coisa errada. Já liguei o sinal de alerta (P4).

Mas não existe um protocolo, como eu falei, não é sistematizado, é mais intuitivo. Você como pastor, você tem uma experiência, então você vive uma situação, você observa, olha, deu certo, então vou aplicar a mesma ferramenta nesse caso, porque se deu certo lá atrás, possivelmente vai dar certo agora (P4).

O discernimento entre questões espirituais e psicológicas, conforme evidenciado nas entrevistas com os líderes religiosos, é um processo subjetivo. Os entrevistados apontam o crescente reconhecimento da importância do encaminhamento para profissionais de saúde mental, especialmente quando os problemas ultrapassam o âmbito do aconselhamento espiritual.

De acordo com Dalgalarondo (2008), é comum ocorrer confusão entre questões espirituais e psicológicas, no processo de acolhimento religioso o que adia a busca por um tratamento especializado. A colaboração entre as áreas científicas e médicas é vista como essencial para garantir o bem-estar integral dos indivíduos e reforçar a necessidade de uma atuação conjunta entre esses dois campos.

No entanto, a ausência de um protocolo claro para diferenciar questões psicológicas torna o processo ainda mais desafiador, especialmente devido à sobreposição entre os aspectos físicos, emocionais e psicológicos. Cada líder utiliza estratégias baseadas em sua experiência, observação e escuta ativa. Na última análise, a avaliação depende de fatores subjetivos, como o comportamento, o histórico pessoal e a prática religiosa do indivíduo. Embora existam critérios gerais, como a regularidade na vida religiosa ou mudanças repentinas de comportamento, o discernimento não é exato e requer uma abordagem integrativa.

3.2.3 Familiaridade com os Critérios Diagnósticos

A familiaridade dos líderes religiosos com os critérios diagnósticos, conforme revelado pelas entrevistas, é variável e marcada por limitações em termos de conhecimento técnico formal. De modo geral, as comunidades cristãs têm dificuldades em distinguir com precisão sintomas de transtornos mentais e questões espirituais, o que pode impactar diretamente no encaminhamento e acolhimento adequado.

Na maioria dos casos, os líderes reconhecem que a ausência de um protocolo sistematizado pode levar à confusão entre problemas de origem espiritual e questões de saúde mental. O líder da P4 reconheceu essa limitação ao afirmar:

Às vezes o que parece ser uma possessão demoníaca pode ser, na verdade, uma esquizofrenia. Então, não é sistematizado, não tem um protocolo, mas com a sua formação e com a sua experiência no ministério você consegue avaliar e saber o que é uma possessão demoníaca e o que é uma esquizofrenia. Mas eu não posso diagnosticar [...] eu encaminho para um profissional (P4).

Essa fala destaca a dependência de uma intuição ministerial e da experiência pastoral, com líderes que discernem entre sintomas espirituais e mentais com base nas vivências deles, sem contar com ferramentas formais para apoio. Esta percepção é comum em outras igrejas. O líder da P1 também abordou a questão da confusão entre espiritualidade e transtornos mentais, quando mencionou sobre a importância de manter o acompanhamento religioso mesmo em casos que envolvem tratamentos médicos. Ele afirmou:

Pra questão de não errar, olha, você vai lá, faz o seu tratamento, vem aqui, e aqui nós temos um tempo de oração, vou te ouvir, vou orar por você [...] eu não me lembro especificamente de eu ter encaminhado alguém e não continuar acompanhando essa pessoa do lado espiritual. Eu sempre passo essas duas junções, que acho que é muito importante (P1).

Este relato reflete a abordagem pastoral integrada, em que o suporte espiritual permanece mesmo após o encaminhamento para profissionais de saúde. Assim, demonstra-se que a confusão inicial entre problemas espirituais e psicológicos pode levar a um tratamento paralelo, que muitas vezes atrasa o início de uma intervenção médica adequada.

Na entrevista P2, o líder percebeu que tanto a falta de experiência como a falta de conhecimento técnico podem levar a confusões frequentes sobre as diferenças entre os problemas espirituais e os sintomas de transtornos mentais. Ele explicou:

É, não dá pra falar que nunca aconteceu, né? Porque às vezes até o que a gente não lembra não quer dizer que nunca aconteceu [...] A gente começa a perceber que não é só aquilo, que têm outros sintomas e que ela precisa de um médico[...] aí a gente vai perguntar até tentar encontrar algum caminho que possa sugerir para aquela pessoa buscar uma ajuda mais eficiente para que aquilo não se atrase por anos e anos sem solução (P2).

O reconhecimento da possibilidade de erro reflete a limitação dos líderes religiosos em discernir imediatamente entre questões espirituais e de saúde mental, e isso pode prolongar o sofrimento do fiel e atrasar o tratamento correto. Além da limitação com relação aos critérios

diagnósticos por parte dos líderes religiosos, a negação inconsciente da verdadeira natureza dos problemas pelos próprios indivíduos pode agravar ainda mais a situação. O líder da entrevista P3 destacou como, em alguns casos, os indivíduos resistem para aceitar que seus problemas não são exclusivamente espirituais. Ele comentou:

Às vezes não tem intenção objetiva, mas de maneira inconsciente acaba se negando à verdade. E a gente pode dar uma orientação, mas eles acabam não tendo clareza a respeito da origem do problema [...] (P3).

A negação dificulta o discernimento e o encaminhamento adequado, já que a clareza sobre a origem do problema não depende apenas da percepção do líder religioso, mas também da disposição do indivíduo em aceitar que pode estar enfrentando uma questão de saúde mental.

Nesses casos, a falta de familiaridade com os critérios diagnósticos formais, como os do DSM-5 TR, por parte dos líderes, combinada com a resistência do indivíduo, podem resultar em encaminhamentos inadequados ou atrasados. Mesmo com uma orientação pastoral atenta, o desafio em considerar e aceitar a verdadeira origem dos problemas, tanto por parte do líder quanto do fiel, ressalta a necessidade da maior capacitação a partir da psicoeducação dos líderes religiosos para lidar com essas situações de maneira mais eficaz e fundamentada.

Na entrevista P5, o líder destacou a mesma limitação comum entre os fiéis que, muitas vezes, acreditam que seus problemas são exclusivamente espirituais, mesmo em casos como a depressão, que necessita de tratamento médico especializado. Ele observou:

Muitas pessoas podem estar passando por uma depressão profunda e achar que é apenas um problema espiritual, quando na verdade não é [...] ela vai precisar de medicamentos. Aí o medicamento somente o psiquiatra pode receitar, né? Então, nós os orientamos a procurar um profissional (P5).

Embora o líder reconheça a necessidade de intervenção médica nesses casos, a fala dele não revela familiaridade com os critérios diagnósticos formais, como os do DSM-5 TR. Ele percebe o problema principalmente pela manifestação dos sintomas mais evidentes e recorre ao encaminhamento para um profissional de saúde, mas esta abordagem sugere uma limitação na identificação precoce e precisa dos transtornos mentais. Isso demonstra que, mesmo tendo uma consciência sobre a importância do tratamento médico, a falta de conhecimento técnico sobre os critérios diagnósticos pode retardar o encaminhamento adequado e a resolução do problema.

Koenig (2007) também argumenta que, em comunidades religiosas, a lacuna entre as práticas espirituais e o conhecimento científico sobre psicopatologia pode resultar em diagnósticos errôneos ou encaminhamentos inadequados. Mesmo quando os líderes religiosos

reconhecem a necessidade de envolver profissionais de saúde, a ausência de um protocolo formal e de uma formação técnica mais robusta gera uma dependência da experiência pastoral, o que nem sempre é suficiente para diagnosticar corretamente o problema.

O desafio da ausência de formação adequada para lidar com essas situações também foi apontado pelo líder da entrevista P1, que destacou que apenas uma pequena parcela dos pastores tem acesso a cursos específicos sobre saúde mental: “Eu vou dizer pra você que, infelizmente, 10% fizeram curso [...] então, não é uma prática comum”. Isso traz dificuldades para diferenciar uma questão de saúde mental da espiritual.

Assim, torna-se evidente a necessidade de se ter mais capacitação através da psicoeducação por parte também dos líderes religiosos. É importante que eles consigam identificar de maneira mais precisa os sintomas de transtornos mentais e assim encaminhar as pessoas que precisam de tratamento especializado de forma precoce. A integração de conhecimentos técnicos com a experiência pastoral pode, então, garantir um acolhimento mais eficiente e humanizado, respeitando as necessidades específicas e psicológicas dos indivíduos.

Em resumo, a familiaridade dos líderes religiosos com os critérios do DSM-5 TR é limitada e muitas vezes dependente da experiência pessoal e de uma visão integrada da espiritualidade e da saúde mental. Embora alguns pastores e líderes demonstrem conscientização crescente sobre a importância de distinguirem quais são os sintomas espirituais e os sintomas psicopatológicos, a falta de formação especializada e a dependência de abordagens intuitivas ainda são desafios que precisam ser enfrentados.

3.3 OBSERVAÇÕES GERAIS DAS ENTREVISTAS QUALITATIVAS

É possível afirmar, com base na análise de conteúdo dos discursos apresentados nas entrevistas qualitativas, que os objetivos desta pesquisa foram amplamente atendidos. Os dados sugerem que a falta de familiaridade com critérios diagnósticos formais, como os do DSM-5 TR e/ou CID-10, limita a capacidade dos líderes religiosos para oferecerem suporte adequado em casos de transtornos mentais. O substrato da investigação foi extraído e forneceu uma visão detalhada sobre a maneira como os líderes religiosos identificam e tratam pessoas com sofrimento emocional e a interface entre saúde mental e religião. Os resultados deste estudo revelam a necessidade de que haja maior clareza por parte dos líderes religiosos e da comunidade em geral quanto à distinção entre problemas espirituais e psicológicos. Foucault (2012) em sua obra já relatava a complexidade em distinguir entre “sombra e Luz”.

Diante da tragédia e de sua linguagem hierárquica, o murmúrio confuso da loucura. Aqui, mais uma vez, foi violada a grande lei da divisão; sombra e luz misturam-se no furor da demência, como na desordem trágica (FOUCAULT, 2012, p. 245).

Tal distinção é essencial para garantir que o acolhimento espiritual não obstrua o encaminhamento para tratamentos profissionais de saúde mental, quando necessário. De acordo com Dalgalarondo (2008), em muitos casos, a resistência dos próprios indivíduos em aceitar que seus problemas não são espirituais, mas sim relacionados à saúde mental, pode complicar ainda mais o processo de identificação e encaminhamento.

Um aspecto central das reflexões deste estudo é a complexidade das construções de religião e saúde mental. A sobreposição entre ambos exige uma análise cuidadosa para evitar diagnósticos errôneos ou o adiamento de intervenções médicas necessárias. A pesquisa também aponta para a necessidade de maior divulgação dos conceitos relacionados à saúde mental no contexto religioso, de modo que tanto os líderes quanto os membros das comunidades consigam fazer uma distinção mais precisa entre questões espirituais e problemas de saúde mental. Dalgalarondo (2008) destaca que, em ambientes religiosos, é comum que sintomas de psicose, como ouvir vozes, sejam interpretados como possessão demoníaca ou comunicação espiritual. Essa confusão pode ser prejudicial ao fiel, pois prolonga o sofrimento e adia a busca por um tratamento especializado.

Estas observações gerais tanto ilustram os desafios atuais enfrentados por líderes religiosos ao lidarem com saúde mental, como apontam para visões importantes para futuras pesquisas, especialmente no que diz respeito a questões referentes à educação e ao treinamento contínuo desses líderes em saúde mental.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender como líderes religiosos de comunidades cristãs da cidade de Cascavel/PR identificam e abordam questões relacionadas à saúde mental no contexto do acolhimento religioso, e se os critérios diagnósticos formais, como os descritos pelo DSM-5-TR e CID-10, relacionados a psicopatologias, foram considerados.

O tema da idade média abordado por Foucault (2012) ainda se mostra atual, assim, demonstra a sobreposição entre questões espirituais e psicológicas, que o torna desafiador para os líderes religiosos, selecionados para esta pesquisa, discernirem sobre ambos. A ausência de

conhecimento quanto aos critérios diagnósticos e à dependência de abordagens intuitivas destaca a necessidade de maior integração entre o aconselhamento pastoral e os profissionais de saúde mental. A Psicoeducação dos líderes religiosos torna-se, assim, uma ferramenta fundamental para a identificação precoce de transtornos mentais e a prevenção do agravamento de sofrimentos psicológicos.

Os dados qualitativos evidenciaram que, em alguns contextos religiosos, a resistência por parte dos indivíduos em aceitar que seus problemas podem ter origem psicológica, e não apenas espiritual, agrava ainda mais a dificuldade para que ocorra o encaminhamento desta pessoa para tratamento especializado. A resistência aliada à falta de protocolos formais para a identificação de sintomas de transtornos mentais reforça a necessidade de uma Psicoeducação para os líderes religiosos.

Embora o acolhimento religioso desempenhe um papel relevante para o suporte emocional, a lacuna de conhecimento formal em relação a critérios de saúde mental, como os propostos pelo DSM-5-TR e CID-10, limita a eficácia do atendimento a pessoas em sofrimento emocional. Para melhorar esse cenário, seria fundamental a implementação de programas de Psicoeducação para líderes religiosos, a fim de permitir uma abordagem mais eficaz. A integração entre práticas religiosas e conhecimentos científicos é essencial para garantir um cuidado mais completo e humanizado às pessoas atendidas no contexto do aconselhamento religioso.

Por fim, sugere-se que os próximos pesquisadores interessados no tema investiguem um espectro mais amplo de denominações religiosas, além de analisarem as práticas específicas para cada transtorno. A análise da formação e dos encaminhamentos dos profissionais envolvidos no acolhimento religioso também contribuirá para uma compreensão mais completa sobre o tema, sendo crucial preencher a lacuna existente na literatura sobre a interseção entre religiosidade e transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

ABP. **ABP Associação Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: ABP, 1966. Disponível em: <https://www.abp.org.br>. Acesso em: 30 de julho de 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Código Civil Brasileiro**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Diário Oficial da União: seção 1, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 13 de maio de 2024.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3>. Acesso em 30 de agosto de 2024.

CGN. Cascavel: **Catolicismo ainda é majoritário, mas diversidade religiosa cresce na cidade**. Disponível em: <https://cgn.inf.br/noticia/1299927/cascavel-catolicismo-ainda-e-majoritario-mas-diversidade-religiosa-cresce-na-cidade#:~:text=Explorando%20a%20religiosidade%20em%20n%C3%ADvel,%2C8%25%20se%20declaram%20evang%C3%A9licos>. Acesso em 18 de maio de 2024.

CRIPPA, José Alexandre de Souza (coord.). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM -5 -TR**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

DALGALARRONDO, Paulo. **Religião, psicopatologia & saúde mental**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DICIO. **Dicio Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2024. Disponível em: <https://www.dicio.com.br>. Acesso em: 30 de julho 2024.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na Idade Clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva S.A, 2012.

KOENIG, Harold G. **Religion, spirituality, and psychotic disorders**. Journal of Psychiatric Practice, v. 13, n. 5, p. 292-300, 2007.

MACEDO, Danielle. Soares; FONSECA, Camilla Mariana Mesquita; HOLANDA, Adriano Furtado. **“Eu vim para que todos tenham vida e vida em abundância”**. Um estudo comparativo de aconselhamento religioso em três vertentes religiosas brasileiras. Revista da Abordagem Gestáltica –XIII, jul.-dez., v. 13, n. 2 a 04, p. 206-215, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/.pdf>. Acesso em 18 de outubro de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS**. CID - 10. Brasília: Departamento de Informática do SUS, 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxcid10lm.htm>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde**. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso**: princípios & procedimentos. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009.

DAMIANO, Rodolfo Furlan. **Psicose ou experiências espirituais**: o caso Divaldo Franco. São Paulo: ProSER IPq - HC - FMUSP, 2021. Disponível em: https://www.youtube.com/live/_Jj9qeHhDh4?si=rLY4GRodxNYZUVVi. Acesso em: 13 de maio de 2024.

SEMPRE FAMÍLIA. **Quais são e qual o perfil das 10 igrejas evangélicas mais numerosas do Brasil**. Disponível em: <https://www.semprefamilia.com.br/religiao/quais-sao-e-qual-o-perfil-das-10-igrejas-evangelicas-mais-numerosas-do-brasil>. Acesso em 18 de maio de 2024.