

ENTRE A FÉ E O CUIDADO: O PAPEL DO AMBIENTE ECLESIAÍSTICO NA COMPREENSÃO, ACOLHIMENTO E ACEITAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

BETWEEN FAITH AND CARE: THE ROLE OF THE CHURCH ENVIRONMENT
IN UNDERSTANDING, WELCOMING, AND ACCEPTING PSYCHOLOGICAL
SUFFERING

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 15/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792026061](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792026061)

Lucileyde Maria Delfino Leitão¹

Andressa Costenaro²

RESUMO

Este artigo analisa as relações entre espiritualidade, ambiente eclesial cristão e compreensão do sofrimento psíquico, com ênfase na culpa, no acolhimento e na aceitação do cuidado profissional. Trata-se de pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e caráter exploratório, do tipo revisão narrativa, desenvolvida a partir de produções teóricas e estudos empíricos sobre enfrentamento religioso/espiritual, estigma e saúde mental. A discussão articula contribuições de Pargament e Carl Rogers a investigações contemporâneas, distinguindo a experiência de fé de interpretações que podem dificultar o reconhecimento do adoecimento. Argumenta-se que a religiosidade pode representar recurso de sentido e suporte social, mas também envolver conflitos quando o sofrimento é interpretado como insuficiência espiritual. A aceitação da condição vivenciada não equivale ao conformismo com o adoecimento: pode favorecer autocuidado e procura por assistência. Conclui-se que o acolhimento comunitário e a assistência psicológica e psiquiátrica podem coexistir, desde que sejam respeitados seus limites e a autonomia individual.

Palavras-chave: Espiritualidade; Saúde mental; Ambiente eclesial; Acolhimento; Aceitação.

ABSTRACT

This article analyzes the relationships between spirituality, Christian church environments, and the understanding of psychological suffering, focusing on guilt, support, and acceptance of professional care. This is an exploratory qualitative bibliographic study of the narrative review type based on theoretical publications and empirical research on religious/spiritual coping, stigma, and mental health. The discussion brings together contributions from Pargament and Carl Rogers and contemporary studies,

distinguishing faith from interpretations that may hinder acknowledgment of mental illness. Religiosity may provide meaning and social support, but may also involve conflict when suffering is attributed to spiritual inadequacy. Acknowledging one's condition does not imply resignation; it may foster self-care and help-seeking. Community support and psychological or psychiatric treatment can coexist when their respective boundaries and individual autonomy are respected.

Keywords: Spirituality; Mental health; Church environment; Support; Acceptance.

1. INTRODUÇÃO

Trata-se de pesquisa bibliográfica, qualitativa e exploratória, desenvolvida por revisão narrativa da literatura. O levantamento e a organização das referências ocorreram até setembro de 2026, reunindo obras teóricas, estudos empíricos, revisões e diretrizes pertinentes ao tema. A análise foi organizada nos eixos: enfrentamento religioso positivo e negativo; culpa, estigma e conflitos espirituais; incongruência, aceitação e processo de mudança; e possibilidades e limites do acolhimento eclesial. Não houve coleta primária, protocolo de revisão sistemática, registro quantitativo da seleção ou avaliação sistemática da qualidade metodológica; por isso, as conclusões constituem síntese interpretativa, sem pretensão de exaustividade ou inferência causal.

Diante disso, pergunta-se: de que maneira a espiritualidade e o ambiente eclesial se relacionam com a compreensão do sofrimento psíquico e com a aceitação do cuidado psicológico e psiquiátrico? O objetivo geral é compreender essas relações por meio de revisão bibliográfica. Especificamente, busca-se descrever

formas positivas e negativas de enfrentamento religioso/espiritual; analisar relações entre culpa, estigma e procura por cuidado; discutir, a partir de Carl Rogers, a distinção entre aceitação e conformismo; e delimitar possibilidades e limites do acolhimento eclesiástico diante do cuidado profissional.

O ambiente eclesiástico cristão merece atenção por constituir espaço de convivência, pertencimento e construção de significados. Discursos sobre adoecimento mental, psicoterapia e medicamentos podem, em determinadas situações, relacionar-se a culpa, julgamento ou receio de exposição; em outras, a comunidade pode oferecer acolhimento e incentivo à procura de assistência. O interesse pelo tema relaciona-se à experiência da autora nesse contexto, apresentada exclusivamente como motivação, e não como evidência científica. O estudo delimita-se a ambientes eclesiásticos cristãos, sem pretender representar todas as denominações ou outras tradições religiosas.

A saúde mental resulta da interação entre fatores individuais, sociais, culturais e contextuais. Espiritualidade e religiosidade podem participar da atribuição de sentido ao sofrimento, das estratégias de enfrentamento e da procura por apoio. A literatura, contudo, não sustenta relação uniforme: experiências religiosas podem favorecer esperança, pertencimento e suporte, mas também envolver conflitos, culpa e interpretações que dificultem o reconhecimento do adoecimento (Pargament et al., 1998; Panzini; Bandeira, 2007). Assim, importam especialmente os significados atribuídos ao sofrimento e ao tratamento.

2. A ESPIRITUALIDADE COMO RECURSO DE ENFRENTAMENTO DIANTE DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

A espiritualidade e a religiosidade têm sido investigadas no campo da saúde mental por sua participação na maneira como os indivíduos atribuem significado às experiências de sofrimento, enfrentam situações adversas e constroem recursos pessoais e comunitários de apoio. Um dos conceitos relevantes para a compreensão desse fenômeno é o de enfrentamento religioso/espiritual, desenvolvido a partir dos estudos de Kenneth Pargament e colaboradores. Nessa perspectiva, crenças, práticas e experiências religiosas podem integrar as estratégias utilizadas pelo indivíduo diante de situações estressoras, assumindo formas positivas ou negativas de enfrentamento (Pargament et al., 1998). No Brasil, o conceito é difundido como coping religioso/espiritual (CRE), compreendido como o uso de estratégias religiosas ou espirituais para lidar com o estresse, e tem sido discutido em suas implicações para a prática clínica (Panzini; Bandeira, 2007).

No contexto brasileiro, as relações entre religiosidade e saúde mental também apresentam trajetória própria de investigação. Dalgarrondo (2007), ao analisar historicamente a produção nacional sobre religião e saúde mental, identificou diversidade de temas e abordagens e destacou a necessidade de maior articulação entre investigação empírica, análise teórica e ciências sociais. Em revisão da produção brasileira na área da Psicologia, Monteiro et al. (2020) localizaram 13 artigos publicados entre 2008 e 2019 e destacaram a presença da espiritualidade/religiosidade como dimensão relevante para o enfrentamento e para a formação e prática dos profissionais de saúde mental. Atualizando esse panorama, Oliveira, Melo e Freitas (2025), em revisão sistemática da produção brasileira publicada ao longo de dez anos, recuperaram 89 produções nas bases SciELO, BVS, PePSIC e CAPES, predominantemente empíricas e qualitativas, e observaram

crescente incorporação da religiosidade/espiritualidade às discussões sobre saúde mental e cuidado. Esses estudos ajudam a situar a discussão no contexto sociocultural brasileiro sem pressupor que a religiosidade produza efeitos uniformes sobre a saúde mental.

O enfrentamento religioso/espiritual positivo pode envolver busca de significado, esperança, conexão espiritual, apoio religioso e percepção de amparo diante das adversidades. Por outro lado, o enfrentamento religioso/espiritual negativo pode envolver conflitos com a própria fé, sentimentos de abandono ou punição divina, questionamentos espirituais e dificuldades na relação com Deus ou com a comunidade religiosa. Dessa maneira, a relação entre religiosidade e saúde mental não pode ser compreendida de maneira uniforme, uma vez que diferentes formas de vivenciar a espiritualidade podem estar relacionadas a diferentes experiências psicológicas (Pargament et al., 1998).

Estudos contemporâneos reforçam essa compreensão. Pankowski e Wytrychiewicz-Pankowska (2023a, 2023b), em revisão sistemática e meta-análises sobre enfrentamento religioso durante a pandemia de COVID-19, identificaram relações distintas entre formas positivas e negativas de coping religioso e indicadores de saúde mental. Esses resultados reforçam a necessidade de considerar não somente a presença da religiosidade na vida do indivíduo, mas também a maneira como ela é vivenciada e utilizada diante do sofrimento.

Em atualização dessa discussão, Cheng e Ying (2023) realizaram metanálise de 42 estudos, com 25.438 participantes de 24 países, sobre enfrentamento religioso e sintomas de ansiedade e depressão na primeira onda da COVID-19. No conjunto analisado, o enfrentamento religioso negativo apresentou associação positiva

com sintomas psicológicos, enquanto as associações gerais do enfrentamento positivo não foram estatisticamente significativas. Os resultados reforçam que a religiosidade não deve ser tratada como recurso uniformemente protetivo nem como substituta de outras estratégias de cuidado.

No contexto brasileiro, Souza, Anunciação e Landeira-Fernandez (2023), em pesquisa realizada com 1.293 participantes durante a pandemia de COVID-19, observaram menor ansiedade-traço entre quem orava sozinho diariamente, em comparação com quem orava uma ou duas vezes ao ano, e menos sintomas depressivos entre os participantes que se declaravam muito espiritualizados, em comparação com os não espiritualizados. Embora os resultados devam ser interpretados considerando o contexto específico da pandemia, o estudo indica a relevância da espiritualidade e da religiosidade enquanto dimensões que podem estar relacionadas à experiência de saúde mental.

Além da dimensão individual, a experiência religiosa possui caráter comunitário: vínculos, pertencimento e suporte social podem integrar os recursos mobilizados em períodos de sofrimento.

No contexto cristão, essa dimensão comunitária do cuidado encontra expressão em textos bíblicos que valorizam o auxílio mútuo. Em Gálatas 6:2 encontra-se a orientação: “Levai as cargas uns dos outros” (Bíblia, 2011, Gl 6:2). A passagem não constitui evidência científica acerca da saúde mental, mas apresenta um princípio pertencente ao universo religioso investigado neste trabalho, permitindo compreender como o cuidado e o compartilhamento do sofrimento podem adquirir significado no interior da própria tradição cristã.

Assim, a espiritualidade pode integrar uma rede de apoio, sem assumir função terapêutica substitutiva: sofrimento psíquico e transtornos mentais podem demandar avaliação e acompanhamento profissional.

Portanto, mais que a presença da fé, importa como ela é vivenciada e interpretada: pode favorecer esperança e pertencimento ou envolver conflitos capazes de ampliar o sofrimento. Essa ambivalência conduz à análise dos discursos eclesiais sobre adoecimento, culpa e julgamento.

3. DISCURSOS RELIGIOSOS, CULPA E ESTIGMA DIANTE DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Antes de examinar a relação entre estigma e discursos religiosos, é necessário delimitar o termo. Em Goffman (1988), estigma designa um atributo profundamente depreciativo, que faz a pessoa ser vista como alguém marcado e desacreditado. No campo da saúde mental, Corrigan e Watson (2002) o descrevem como processo que articula estereótipos, preconceito e discriminação, com repercussões sobre o acesso ao tratamento. Neste artigo, portanto, “estigma” não é empregado como sinônimo de religião nem como característica inerente às igrejas; refere-se a processos sociais que, quando associados a interpretações moralizantes do sofrimento psíquico, podem dificultar sua comunicação e a procura por ajuda.

Embora a espiritualidade possa constituir um recurso importante diante do sofrimento, determinadas interpretações religiosas também podem participar de experiências de conflito, culpa e estigmatização. Em alguns contextos cristãos, concepções que atribuem o adoecimento mental exclusivamente à falta de fé, ao

pecado ou a causas espirituais podem influenciar a maneira como o indivíduo interpreta os próprios sintomas e considera a possibilidade de buscar assistência profissional. No panorama de estudos brasileiros revisado por Borba e Reichow (2024), também foram identificados possíveis efeitos prejudiciais associados a determinadas formas de vivência religiosa/espiritual, entre eles culpabilização, vergonha, exclusão social e, em alguns casos, recusa de tratamentos médicos necessários. Esses achados reforçam a necessidade de diferenciar a espiritualidade enquanto recurso de enfrentamento de interpretações que possam ampliar o sofrimento ou dificultar o cuidado.

Essa relação não permite afirmar que comunidades religiosas sejam, por natureza, resistentes ao cuidado em saúde mental. Hlongwane e Juby (2023), em pesquisa com 300 participantes de uma comunidade cristã pentecostal na África do Sul, identificaram elevado conhecimento sobre saúde mental, atitudes tolerantes em relação às pessoas com transtornos mentais e preferência significativa pelo tratamento profissional. O estudo também relacionou maior conhecimento sobre saúde mental a menor estigma e atitudes mais favoráveis à procura de ajuda. Esses resultados indicam que comunidades cristãs podem apresentar posições favoráveis ao cuidado profissional e reforçam a importância da informação sobre saúde mental nesses espaços.

Em contrapartida, determinadas crenças acerca da origem do sofrimento psicológico podem estar relacionadas a atitudes menos favoráveis à busca por ajuda profissional. Quando o adoecimento é interpretado predominantemente como resultado de pecado, imoralidade ou insuficiência espiritual, a pessoa pode experimentar conflitos adicionais diante da possibilidade de procurar psicoterapia

ou acompanhamento psiquiátrico. Dessa forma, a questão central não reside simplesmente na presença ou ausência da fé, mas nos significados construídos em torno do sofrimento e do tratamento.

Nessa direção, Lloyd, Reid e Kotera (2021), em amostra de conveniência com 252 evangélicos britânicos, observaram que o apoio religioso previu atitudes mais favoráveis à busca de ajuda, ao passo que o fundamentalismo, a crença de que o transtorno mental teria causa espiritual ou decorreria de vida pecaminosa e a presença de sofrimento psicológico se associaram a atitudes mais negativas diante da intervenção psicoterapêutica. Por se tratar de uma amostra de conveniência em contexto britânico, os resultados indicam associações, e não causalidade, mas mostram que um mesmo ambiente religioso pode reunir fatores de apoio e de barreira.

Nesse processo, a culpa merece atenção particular. Em determinados contextos, a comparação com experiências de outros membros da comunidade pode favorecer interpretações do próprio sofrimento como sinal de insuficiência pessoal ou espiritual. Quando uma pessoa observa relatos de indivíduos que afirmam ter atravessado situações difíceis exclusivamente por meio da oração ou da fé, pode surgir a expectativa de que sua própria experiência deveria seguir trajetória semelhante. Entretanto, experiências de sofrimento não são equivalentes, ainda que ocorram entre pessoas que compartilham a mesma tradição religiosa.

A subjetividade torna-se, portanto, elemento essencial para compreender essa questão. Cada indivíduo vivencia perdas, conflitos, adoecimento e angústias a partir de sua própria história, relações, recursos emocionais e condições de vida. A experiência de

uma pessoa não pode ser transformada automaticamente em parâmetro para outra. Quando essa singularidade deixa de ser reconhecida, podem ocorrer processos de autoculpabilização nos quais a permanência dos sintomas é interpretada como evidência de fracasso pessoal ou espiritual, acrescentando sofrimento à condição inicialmente vivenciada.

A própria tradição cristã contém narrativas de pessoas de fé em intenso sofrimento. Em 1 Reis 19, Elias manifesta profundo abatimento e desejo de morrer e, antes de prosseguir sua trajetória, recebe descanso, alimento e cuidado (Bíblia, 2011, 1Rs 19:4). No universo religioso analisado, a passagem ilustra que sofrimento e fé não são necessariamente excludentes.

O Salmo 42 também verbaliza abatimento e angústia (Bíblia, 2011, Sl 42:5). Essas passagens são utilizadas como elementos do universo cristão, e não como explicações clínicas ou evidências científicas sobre sofrimento psíquico.

A relação entre religiosidade e procura por tratamento também vem sendo investigada empiricamente. Akther et al. (2025), em estudo com pessoas em sofrimento psicológico no Canadá, identificaram associação entre religião/espiritualidade, percepção da necessidade de cuidado e procura por tratamento formal. Os autores observaram menor percepção da necessidade de cuidado e menor busca formal entre participantes religiosos/espirituais em parte das análises, com variações segundo características sociodemográficas. Por se tratar de uma população canadense, os resultados não devem ser diretamente generalizados para o contexto brasileiro, mas demonstram a relevância de investigar a relação entre religiosidade, percepção da necessidade de cuidado e procura por tratamento.

Em estudo longitudinal com pacientes psiquiátricos ambulatoriais nos Estados Unidos, Beeman et al. (2024) observaram associação temporal bidirecional entre conflitos religiosos/espirituais e sintomas de ansiedade. Conflitos morais e relacionados ao sentido último da vida estiveram associados a sintomas posteriores de ansiedade. Esses achados contribuem para compreender a relevância clínica das experiências de conflito espiritual, mas não permitem atribuir causalidade à religião nem generalizar os resultados a todas as comunidades eclesiais.

No contexto brasileiro, Reinaldo e Santos (2016) realizaram estudo etnográfico com pessoas em tratamento psiquiátrico, familiares, profissionais de saúde e 12 líderes religiosos de diferentes tradições. Os participantes identificaram a vivência religiosa como apoio ao enfrentamento do adoecimento, sobretudo pela rede social das comunidades, mas também como obstáculo quando, em nome da fé, se negava a necessidade de tratamento ou se aguardava apenas uma solução divina. Nos discursos dos líderes entrevistados, as autoras não identificaram proibição do tratamento profissional; os líderes defenderam que ele ocorresse de forma concomitante. Por ser um estudo qualitativo, com poucos líderes e não restrito a igrejas cristãs, seus achados não são generalizáveis, mas reforçam, em contexto nacional, que apoio e barreira podem coexistir no mesmo ambiente religioso.

Assim, religiosidade não determina, por si, abertura ou resistência ao cuidado. Importam os significados atribuídos ao sofrimento, os discursos recebidos e a história do indivíduo. A questão é compreender quando essas interpretações favorecem acolhimento e procura por ajuda e quando contribuem para culpa, silêncio, estigma ou resistência.

A comparação entre Hlongwane e Juby (2023), Lloyd, Reid e Kotera (2021) e Reinaldo e Santos (2016) impede que o ambiente religioso seja tratado como variável homogênea. Há evidências de atitudes favoráveis ao cuidado profissional em comunidades cristãs e, simultaneamente, de que determinadas atribuições espirituais podem influenciar a disposição para buscar ajuda. A consequência analítica é importante: não se pode afirmar que a igreja seja, por natureza, fator de proteção ou de risco. O que precisa ser examinado são os significados produzidos nas relações concretas, especialmente quando sofrimento, culpa, fé e tratamento passam a ser interpretados como categorias incompatíveis. Nesse sentido, informação em saúde mental pode funcionar como recurso de redução de estigma sem exigir que a comunidade abandone sua identidade religiosa.

Esse problema conduz às contribuições de Carl Rogers sobre incongruência, aceitação e experiência subjetiva.

4. AUTOCONHECIMENTO, AUTOACEITAÇÃO E SOFRIMENTO PSÍQUICO: CONTRIBUIÇÕES DE CARL ROGERS

As contribuições de Carl Rogers, um dos principais representantes da Psicologia Humanista e fundador da Abordagem Centrada na Pessoa, possibilitam ampliar a discussão acerca da aceitação, do acolhimento e da compreensão da experiência individual. Na perspectiva rogeriana, a mudança psicológica envolve a possibilidade de a pessoa estabelecer contato mais aberto com aquilo que experiencia, reconhecendo sentimentos e percepções sem que estes precisem ser negados ou distorcidos para corresponder a expectativas externas (Rogers, 1957; Rogers, 1961).

Um conceito central é o de incongruência, compreendida, na perspectiva rogeriana, como discrepância entre a experiência vivida e a percepção de si. Rogers (1957) descreve o cliente em estado de incongruência, vulnerabilidade ou ansiedade e distingue essa condição da congruência do terapeuta, que integra as condições facilitadoras da mudança terapêutica. Aplicada como aproximação interpretativa e não como conclusão empírica de Rogers sobre a religião, essa distinção ajuda a pensar o conflito de alguém que vivencia sofrimento, mas sente que reconhecê-lo contraria a imagem de pessoa espiritualmente forte. A possibilidade de nomear sentimentos e necessidades, sem negar a própria experiência, pode abrir espaço ao autoconhecimento e à procura por cuidado (Rogers, 1961).

Rogers (1957) também atribui importância, no contexto da relação terapêutica, à congruência do terapeuta, à consideração positiva incondicional e à compreensão empática do mundo interno do cliente. Essas condições favorecem uma relação na qual a pessoa pode explorar sua experiência sem que sua aceitação dependa de apresentar apenas sentimentos, comportamentos ou características considerados desejáveis. Em sua obra *On Becoming a Person*, Rogers (1961) amplia essa reflexão ao discutir o processo de tornar-se pessoa, o crescimento pessoal e a abertura à própria experiência.

A perspectiva rogeriana também permite compreender que aceitação e mudança não precisam ser consideradas processos opostos. Reconhecer a própria experiência não significa conformar-se com o sofrimento ou considerá-lo imutável. Ao contrário, maior abertura para aquilo que se sente pode favorecer autoconhecimento e procura por formas adequadas de cuidado. No contexto deste estudo, isso permite refletir sobre a importância de ambientes nos

quais o indivíduo não precise negar sua vulnerabilidade para preservar seu sentimento de pertencimento ou sua identidade religiosa (Rogers, 1961).

É necessário, entretanto, preservar a distinção entre as condições propostas por Rogers para uma relação psicoterapêutica e o acolhimento que pode ocorrer em outros contextos sociais. Conceitos como compreensão empática, congruência e consideração positiva incondicional pertencem a uma teoria psicológica e não transformam membros ou lideranças religiosas em terapeutas. A contribuição dessa perspectiva para o presente trabalho encontra-se na possibilidade de refletir sobre relações menos julgadoras e mais acolhedoras, mantendo-se os limites entre apoio comunitário e atuação profissional.

Entre as expressões que circulam em alguns ambientes eclesiais, “não aceite isso na sua vida” costuma ser empregada como afirmação de fé e esperança. Na literatura sociológica brasileira, a confissão positiva é descrita como a crença de que o cristão pode determinar e reivindicar, por meio da palavra proferida, as bênçãos a que teria direito, ideia associada à teologia da prosperidade em correntes neopentecostais (Mariano, 1999). É possível que a expressão dialogue com essa matriz, embora sua origem e seus usos variem entre os ambientes eclesiais e isso não tenha sido investigado neste trabalho. A expressão é aqui tomada como ilustração de um discurso observado pela autora, e não como dado empírico sobre sua frequência ou abrangência. Entretanto, quando interpretada como orientação para negar um sofrimento psíquico já existente, pode dificultar seu reconhecimento e a procura por ajuda. É necessário distinguir aceitação da realidade e conformismo: reconhecer uma condição não significa desejar sua

permanência ou abandonar a fé. Em diálogo com Rogers (1961), a abertura à própria experiência pode contribuir para o autoconhecimento e o processo de mudança. Nesse sentido, a fé também pode coexistir com atitudes de autocuidado, como buscar psicoterapia e acompanhamento psiquiátrico quando necessários. Trata-se de reflexão sobre possíveis interpretações desse discurso, sem generalizá-lo a todas as comunidades religiosas.

A distinção entre aceitação e conformismo constitui, portanto, um dos pontos centrais deste artigo. Reconhecer ansiedade, depressão, diagnóstico ou necessidade de acompanhamento não significa desejar permanecer nessa condição. A partir de Rogers (1957; 1961), pode-se compreender o reconhecimento da experiência presente como condição para um processo de mudança mais congruente. A aplicação ao ambiente eclesial é interpretativa: Rogers não investigou diretamente discursos cristãos sobre saúde mental. Essa delimitação evita atribuir ao autor conclusões que não formulou e, ao mesmo tempo, permite utilizar sua teoria para compreender a tensão entre sofrimento vivido e uma imagem idealizada de força espiritual. Uma mensagem de esperança pode ser acolhedora quando favorece mudança; torna-se problemática quando exige negação da experiência ou deslegitima o cuidado profissional.

5. FÉ E CUIDADO PROFISSIONAL: POSSIBILIDADES DE DIÁLOGO ENTRE ESPIRITUALIDADE, PSICOLOGIA E PSIQUIATRIA

A relação entre fé e cuidado profissional não precisa ser compreendida a partir de uma lógica de exclusão. Para indivíduos cuja espiritualidade possui papel significativo em sua vida, ignorar completamente essa dimensão durante o cuidado psicológico pode significar desconsiderar uma parte relevante de seus valores,

relações e formas de atribuição de sentido. Da mesma maneira, reconhecer a espiritualidade do paciente não significa substituir os conhecimentos e intervenções da Psicologia ou da Psiquiatria por explicações exclusivamente religiosas.

As Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para a integração da espiritualidade à prática clínica em saúde mental, elaboradas por Mosqueiro et al. (2023), recomendam que aspectos religiosos e espirituais possam ser investigados durante a avaliação clínica quando relevantes para o paciente. A história espiritual pode auxiliar na compreensão dos recursos, valores e conflitos presentes em sua experiência, além de contribuir para diferenciar vivências religiosas culturalmente compartilhadas de manifestações relacionadas a quadros psicopatológicos. A coleta da história espiritual já havia sido apontada como a aplicação mais consensual da religiosidade e da espiritualidade à prática clínica em revisão anterior de Moreira-Almeida, Koenig e Lucchetti (2014).

No âmbito da Psicologia, esse diálogo deve observar o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia, 2005), que orienta a atuação pelo respeito à liberdade, à dignidade e à autonomia das pessoas e veda, no art. 2º, alínea “b”, a indução a convicções religiosas no exercício profissional. Considerar crenças significativas para o paciente não equivale, portanto, a promover determinada religião ou subordinar decisões clínicas às convicções pessoais do profissional. A abordagem da espiritualidade exige escuta contextualizada e respeito às escolhas da pessoa atendida.

A integração da espiritualidade ao cuidado também exige sensibilidade, competência profissional e respeito à autonomia do indivíduo. Oxhandler et al. (2024), em pesquisa realizada com 989

peessoas que utilizavam serviços de saúde mental nos Estados Unidos, investigaram experiências consideradas úteis ou prejudiciais quando profissionais abordavam religião e espiritualidade no atendimento. Quase metade dos participantes descreveu espontaneamente formas consideradas úteis de integração, enquanto 9,6% relataram experiências consideradas prejudiciais. Esses achados evidenciam que a abordagem da espiritualidade no cuidado não produz efeitos uniformes e que sua inclusão deve considerar a relevância atribuída pelo próprio paciente, suas preferências e a maneira como o tema é trabalhado durante o processo terapêutico.

No contexto cristão, Provérbios 11:14 valoriza a orientação e a multiplicidade de conselhos (Bíblia, 2011, Pv 11:14). Embora não se refira à Psicologia ou à Psiquiatria, a passagem contextualiza que procurar auxílio não precisa ser interpretado como oposição automática à fé.

Assim, considerar a espiritualidade no cuidado em saúde mental não significa transformá-la em explicação clínica nem pressupor que todos os indivíduos desejem sua inclusão no atendimento. O diálogo entre espiritualidade, Psicologia e Psiquiatria exige respeito à autonomia, à singularidade e às preferências da pessoa, reconhecendo que práticas religiosas podem permanecer significativas durante o tratamento sem substituir a assistência profissional. A partir dessa compreensão, torna-se necessário delimitar também os lugares ocupados pela experiência cristã, pelo acolhimento comunitário e pelo conhecimento psicológico no ambiente eclesialístico.

6. O PAPEL DO AMBIENTE ECLESIAÍSTICO NO ACOLHIMENTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Para muitas pessoas, o ambiente eclesiástico é espaço de convivência, pertencimento e vínculos, podendo participar da forma como dificuldades são compreendidas e comunicadas. Seu papel não é assumir funções dos serviços de saúde, mas oferecer escuta, solidariedade e incentivo à assistência especializada quando necessária. Relações comunitárias menos julgadoras podem favorecer a expressão do sofrimento sem que vulnerabilidade seja automaticamente interpretada como insuficiência espiritual. A discussão concentra-se, portanto, em três eixos: conhecimento sobre saúde mental, delimitação entre experiência cristã e Psicologia e diferença entre acolhimento espiritual e tratamento profissional.

Como síntese interpretativa das referências discutidas, e não como protocolo clínico, podem-se destacar quatro ações comunitárias: reconhecer, acolher, informar e encaminhar. Reconhecer não significa diagnosticar; acolher não significa tratar; informar não significa substituir avaliação profissional; e encaminhar não significa abandonar o acompanhamento espiritual desejado pela pessoa. A diferenciação entre sofrimento espiritual, sofrimento psíquico e situações que exigem avaliação especializada pode contribuir para evitar respostas inadequadas e favorecer encaminhamentos responsáveis.

7. CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE MENTAL NO AMBIENTE ECLESIAÍSTICO: INFORMAÇÃO, ACOLHIMENTO E ENCAMINHAMENTO

Por constituírem espaços de convivência e suporte social, comunidades religiosas podem se beneficiar da circulação de informações adequadas sobre saúde mental. Isso não significa transformá-las em serviços de Psicologia, mas reconhecer que conhecimentos básicos sobre sofrimento psíquico, estigma e procura por tratamento podem favorecer acolhimento e encaminhamento responsáveis.

Nesse sentido, o conhecimento sobre saúde mental pode favorecer a compreensão de que sofrimento psicológico não representa necessariamente fraqueza pessoal ou espiritual. Pode também auxiliar no reconhecimento de situações em que o apoio comunitário, embora importante, não é suficiente e nas quais se torna necessário incentivar a procura por profissionais qualificados. Nessa direção, Hlongwane e Juby (2023), já mencionados na seção 2.2, associam maior conhecimento sobre saúde mental a menor estigma e a atitudes mais favoráveis à busca por tratamento, embora o resultado se refira ao contexto específico investigado.

Quando tristeza, ansiedade, medo ou desesperança são interpretados como ausência de fé, a pessoa pode ter dificuldade para comunicá-los. O acolhimento pode favorecer o reconhecimento do sofrimento sem ruptura necessária com a identidade religiosa. O acolhimento eclesialístico deve respeitar a singularidade e evitar comparações: a trajetória religiosa de uma pessoa não pode ser imposta como parâmetro para outra, nem a necessidade de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico indica menor fé. A Psicologia pode contribuir nesses espaços com informação cientificamente fundamentada sobre sofrimento, limites do apoio comunitário e necessidade de assistência especializada.

8. ENTRE A VIVÊNCIA CRISTÃ E A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA: DELIMITAÇÃO DE LUGARES E SABERES

Ao discutir saúde mental no ambiente eclesial, é necessário delimitar experiência religiosa e conhecimento psicológico. A participação da autora em comunidade cristã motiva a escolha do tema, mas as análises do artigo se fundamentam na literatura científica, não em convicções pessoais.

Estar inserida em um ambiente religioso não implica utilizar a religião como explicação para fenômenos psicológicos. A experiência cristã envolve crenças, valores e atribuições de sentido; a formação em Psicologia exige que afirmações sobre saúde mental sejam analisadas a partir do conhecimento científico, respeitando a complexidade e a singularidade de cada indivíduo.

A espiritualidade pode ser significativa e, simultaneamente, determinados sofrimentos podem demandar intervenções próprias da saúde mental. A proposta não é produzir uma Psicologia religiosa, mas refletir cientificamente sobre questões de saúde mental presentes no contexto eclesial.

Os textos bíblicos utilizados contextualizam valores e significados da tradição cristã; não substituem pesquisas empíricas, teorias psicológicas ou diretrizes clínicas.

9. ACOLHER NÃO É TRATAR: LIMITES ENTRE APOIO ESPIRITUAL E ATUAÇÃO PSICOLÓGICA

Acolher uma pessoa em sofrimento não equivale a assumir seu tratamento. Comunidades religiosas podem oferecer escuta, companhia, solidariedade e apoio espiritual, mas isso não

transforma membros ou lideranças em profissionais de saúde mental. Do mesmo modo, estar em formação em Psicologia não faz de toda interação no ambiente eclesialístico uma intervenção psicológica: situações que demandam avaliação, diagnóstico ou tratamento cabem a profissionais habilitados. Reconhecer esse limite não diminui a importância do acolhimento; é, muitas vezes, a forma mais responsável de cuidado.

Assim, oração, participação comunitária, acompanhamento pastoral e psicoterapia ou uso de medicação prescrita podem coexistir. A pessoa não precisa escolher entre ser acolhida por sua comunidade e buscar tratamento profissional, desde que sejam respeitadas a autonomia, a singularidade e as necessidades de cada indivíduo. Um ambiente informado sobre os limites entre apoio espiritual e cuidado psicológico favorece tanto o respeito à experiência religiosa quanto o reconhecimento da necessidade de assistência profissional quando esta se fizer necessária.

Dessa perspectiva, o acolhimento eclesialístico responsável não se define pela tentativa de explicar clinicamente o sofrimento, mas pela capacidade de reconhecer seus próprios limites e de não criar obstáculos à procura por assistência. A literatura discutida neste artigo permite compreender que apoio religioso e cuidado profissional não constituem alternativas necessariamente concorrentes: podem integrar redes distintas e complementares de suporte, desde que a autonomia da pessoa seja preservada e que sintomas persistentes, intensos ou incapacitantes sejam encaminhados para avaliação qualificada. Essa delimitação também protege a própria comunidade religiosa de assumir responsabilidades diagnósticas ou terapêuticas que não lhe

competem e reforça o papel do ambiente eclesial como espaço de pertencimento, informação e incentivo ao cuidado.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Respondendo à questão de pesquisa, a literatura analisada indica que a relação entre espiritualidade, ambiente eclesial e aceitação do cuidado em saúde mental não é uniforme: depende menos da presença da fé do que dos significados atribuídos ao sofrimento e ao tratamento. O enfrentamento religioso/espiritual pode oferecer sentido, esperança e pertencimento (Pargament et al., 1998; Panzini; Bandeira, 2007), enquanto o enfrentamento negativo e as interpretações que atribuem o adoecimento à falta de fé ou ao pecado se associam a maior sofrimento e a atitudes menos favoráveis à busca de ajuda (Cheng; Ying, 2023; Lloyd; Reid; Kotera, 2021). Estudos em comunidades cristãs e no contexto brasileiro mostram, ainda, que apoio e barreira podem coexistir no mesmo ambiente (Hlongwane; Juby, 2023; Reinaldo; Santos, 2016).

Em aproximação interpretativa, Rogers (1957; 1961) contribui para distinguir aceitação de conformismo: reconhecer o sofrimento não significa resignar-se, podendo constituir início do cuidado. O ambiente eclesial pode oferecer escuta, informação e encaminhamento sem substituir psicoterapia ou acompanhamento psiquiátrico; fé e cuidado profissional podem coexistir quando limites e autonomia são respeitados (Mosqueiro et al., 2023).

Por ser revisão narrativa, sem avaliação sistemática da qualidade dos estudos, o trabalho não autoriza causalidade nem generalizações sobre todas as igrejas. Parte da literatura é estrangeira, e a aplicação de Rogers e a análise da expressão “não aceite isso na sua vida” são

hipóteses interpretativas, não resultados empíricos. Recomenda-se pesquisa brasileira sobre culpa, aceitação, procura por assistência e educação em saúde mental em ambientes eclesiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKTHER, Asia; LANDRY, Béatrice; ELTON-MARSHALL, Tara; COLMAN, Ian. Religion/spirituality, perceived need for care, and treatment-seeking behaviour in a sample of distressed Canadians. *Journal of Affective Disorders*, v. 381, p. 183-189, 2025. DOI: 10.1016/j.jad.2025.03.203.

BEEMAN, Curtis et al. The temporal association between religious/spiritual struggles and anxiety symptoms: a longitudinal study of psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders Reports*, v. 16, art. 100709, 2024. DOI: 10.1016/j.jadr.2023.100709.

BÍBLIA. Português. Bíblia Sagrada: Almeida Revista e Atualizada. 2. ed. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2011.

BORBA, Júlia Cunha de; REICHOW, Jeverson Rogério Costa. Espiritualidade, psicoterapia e saúde mental: panorama dos estudos brasileiros. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 44, n. 107, p. 146-158, 2024.

CHENG, Cecilia; YING, Weijun. A meta-analytic review of the associations between dimensions of religious coping and psychological symptoms during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, v. 14, art. 1097598, 2023. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1097598.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 010/2005, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, DF: CFP, 2005.

CORRIGAN, Patrick W.; WATSON, Amy C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, v. 1, n. 1, p. 16-20, 2002.

DALGALARRONDO, Paulo. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, supl. 1, p. 25-33, 2007. DOI: 10.1590/S0101-60832007000700005.

GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

HLONGWANE, Nomthandazo; JUBY, Vidette. Knowledge, attitudes, and help-seeking behaviour for mental illness in a Christian community. *South African Journal of Psychiatry*, v. 29, art. a2139, 2023. DOI: 10.4102/sajpsychiatry.v29i0.2139.

LLOYD, Christopher E. M.; REID, Graham; KOTERA, Yasuhiro. From whence cometh my help? Psychological distress and help-seeking in the Evangelical Christian Church. *Frontiers in Psychology*, v. 12, art. 744432, 2021. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.744432.

MARIANO, Ricardo. Neopentecostais: sociologia do novo pentecostalismo no Brasil. São Paulo: Loyola, 1999.

MONTEIRO, Daiane Daitx; REICHOW, Jeverson Rogério Costa; SAIS, Elenice de Freitas; FERNANDES, Fernanda de Souza. Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão.

Boletim - Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, v. 40, n. 98, p. 129-139, 2020.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold G.; LUCCHETTI, Giancarlo. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 36, n. 2, p. 176-182, 2014. DOI: 10.1590/1516-4446-2013-1255.

MOSQUEIRO, Bruno Paz et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines on the integration of spirituality into mental health clinical practice: Part 1. Spiritual history and differential diagnosis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 45, n. 6, p. 506-517, 2023. DOI: 10.47626/1516-4446-2023-3056.

OLIVEIRA, Kleucielen Frota Ponte de; MELO, Alessandra Fagundes Furtado de; FREITAS, Marta Helena de. Religiosidade/espiritualidade em contextos de saúde mental: produção brasileira nos últimos dez anos. *Phenomenology, Humanities and Sciences*, v. 6, n. 3, 2025. DOI: 10.62506/phs.v6i33.238.

OXHANDLER, Holly K. et al. Helpful and harmful approaches to integrating religion and spirituality into mental health care: a national survey of current clients' experiences in the United States. *Journal of Religion and Health*, v. 63, n. 4, p. 2924-2940, 2024. DOI: 10.1007/s10943-024-02072-x.

PANKOWSKI, Daniel; WYTRYCHIEWICZ-PANKOWSKA, Kinga. 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. *Journal of Religion and Health*, v. 62, n. 1, p. 510-543, 2023a. DOI: 10.1007/s10943-022-01703-5.

PANKOWSKI, Daniel; WYTRYCHIEWICZ-PANKOWSKA, Kinga. 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. *Journal of Religion and Health*, v. 62, n. 1, p. 544-584, 2023b. DOI: 10.1007/s10943-022-01720-4.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, supl. 1, p. 126-135, 2007. DOI: 10.1590/S0101-60832007000700016.

PARGAMENT, Kenneth I.; SMITH, Bruce W.; KOENIG, Harold G.; PEREZ, Lisa. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 37, n. 4, p. 710-724, 1998. DOI: 10.2307/1388152.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; SANTOS, Raquel Lana Fernandes dos. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 162-171, 2016. DOI: 10.1590/0103-1104201611012.

ROGERS, Carl R. On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin, 1961.

ROGERS, Carl R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, v. 21, n. 2, p. 95-103, 1957. DOI: 10.1037/h0045357.

SOUZA, Alexandre Vieira de; ANUNCIAÇÃO, Luis; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. Espiritualidade, religiosidade e saúde mental

durante a pandemia de COVID-19. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 40, e210206, 2023. DOI: 10.1590/1982-0275202340e210206.

¹ Acadêmica do Curso de Psicologia da Faculdade de Educação Santa Terezinha – FEST, Imperatriz-MA.

² Orientadora. Professora do Curso de Psicologia da Faculdade de Educação Santa Terezinha – FEST, Imperatriz-MA.