

## A religião como promotora da internação psiquiátrica

SILVA, Lidiane da<sup>1</sup>  
SANTOS, Francisco de Assis Souza<sup>2</sup>

**RESUMO:** O presente estudo se propôs ao estabelecimento de uma interface dialógica do sujeito entre religião/religiosidade e comprometimento da saúde mental – temas analisados à luz da psicologia e da psiquiatria. Investigou-se até que ponto a “má fé religiosa”, que apela à emoção e a outros efeitos nefastos, causa danos à saúde mental e comportamental de pessoas fragilizadas em sua identidade que se coadunam a grupo religioso como forma de pertença. Objetivou-se refletir e discutir como e por que a religião levada ao extremo contribui para certas condutas de efeitos negativos, inclusive a certo grau de fanatismo que resulta em internação psiquiátrica ou ainda possa, no caso de predisposição genética, desenvolver doenças psicopatológicas ou surtos psicóticos a ponto de o sujeito atentar contra a própria vida. Inferiu-se daí que pacientes psiquiátricos são facilmente manipulados pelo discurso de religiões avivadas, com grandes chances de se tornarem-se fanáticos religiosos e abandonarem o tratamento medicamentoso, acreditando na cura pela fé – consequência que os leva à piora da saúde mental.

**Palavras-chave:** Discurso religioso; Fanatismo religioso; Paciente psiquiátrico; Saúde mental.

**ABSTRACT:** The present study aimed to establish a dialogical interface of the subject between religion/religiosity and impairment of mental health – themes analyzed in the light of psychology and psychiatry. We investigated the extent to which “religious bad faith”, which appeals to emotion and other harmful effects, causes damage to the mental and behavioral health of people who are fragile in their identity and who fit into a religious group as a form of belonging. The objective was to reflect and discuss how and why religion taken to extremes contributes to certain behaviors with negative effects, including a certain degree of fanaticism that results in psychiatric hospitalization or may, in the case of genetic predisposition, develop psychopathological illnesses or psychotic episodes to the point where the subject attacks his own life. It was inferred from this that psychiatric patients are easily manipulated by the discourse of enlivened religions, with great chances of becoming religious fanatics and abandoning drug treatment, believing in healing through faith – a consequence that leads to worsening mental health.

**Keywords:** Religious speech; Religious bigotry; Psychiatric patient; Mental health.

---

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) – Unidade de Bom Jesus de Itabapoana, RJ. Graduada em Psicologia pela FAFIA, Mestra em Ciências das Religiões pela UNIDA, Vitória, ES. Especialista em Atenção Psicossocial em Saúde Mental pela FAFIA. Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde pela UCAM. E-mail: [lidianepsique@gmail.com](mailto:lidianepsique@gmail.com)

<sup>2</sup> Pós-doutor pelo MTSO-Methodist Theological School in Ohio-USA. Doutor em Teologia Sistemática pela PUC. Mestre em Teologia Prática pela EST, São Leopoldo, RS. Formação em Psicanálise pela Escola Brasileira de Psicanálise. Pós-graduação em Estudos Linguísticos pela Universidade de São Paulo. Pós-graduado em Teoria Psicanalítica pela UNIDA. Graduação em Letras-Português pela UFES. E-mail: [chiquinhovinde@gmail.com](mailto:chiquinhovinde@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

Nos consultórios de psicólogos e de psiquiatras tem sido frequente a presença de pacientes que chegam com transtornos mentais ou sintomas depressivos resultantes de sua relação com a religião. A literatura especializada mais recente tem indicado a necessidade do interesse por essa temática, que também é tema desta dissertação de Mestrado. Como grande parte dos estudos científicos – tais como Harold G. Koenig e John F. Schumaker, por exemplo –, torna-se relevante que, no Brasil, também os estudiosos voltem seus esforços para essa questão, que tem levado cada vez mais pessoas a tratamentos, muitos deles intensivos, para retornarem ao equilíbrio de uma vida regular em sociedade.

Existe uma gama de pacientes que, no processo de tratamento medicamentoso e acompanhamento com psiquiatra, abandonam suas medicações devido às orientações de seus líderes religiosos, e num dado momento volta a surtar; muitos deles imbuídos de fanatismo religioso<sup>3</sup>, que pode colocar em risco a vida de terceiros e a própria segurança, configurando-se assim uma problemática que carece de atenção dos estudiosos inseridos nesses contextos.

A partir de então, formulou-se a seguinte *questão-problema*: em que medida a religião<sup>4</sup> – imbuída de “má-fé religiosa”<sup>5</sup>, impregnada do discurso apelativo, emocional e de demais efeitos nefastos – motiva o não uso de medicamentos ou tratamentos naturais, interferindo negativamente na saúde mental e comportamental de pessoas que, fragilizadas em sua identidade, se enredam em algum grupo religioso como forma de pertença?

A busca de respostas para esse questionamento induziu a pesquisadora a traçar o *objetivo geral* do trabalho, que é o de refletir e discutir razões pelas quais a religião contribui para certas condutas de efeitos negativos podendo levar o ser humano a desenvolver fanatismos a ponto de chegar à internação psiquiátrica e, até mesmo, no caso de predisposição genética, desenvolver doenças psicopatológicas ou surtos psicóticos ou ainda atentar contra a própria vida.

Assim, analisando a fonte desencadeadora desse problema, outros potenciais pacientes poderão ser mais bem compreendidos e tratados pelos profissionais da Saúde que os assistem, examinando com maior perspicácia seus sentimentos, comportamentos, processos psicológicos, transtornos mentais.

---

<sup>3</sup> O fanatismo religioso – um tipo de razão para (re)internação psiquiátrica – é tomado nesta pesquisa com o conceito de ações particularizadas e intransigentes na esfera das religiões. Melhor detalhando: “l’effet d’une fausse conscience qui asservit la religion aux caprices de l’imagination et aux déréglés des passions”; “une folie religieuse, sombre et cruelle. C’est une maladie de l’esprit [...]” (“O efeito de uma falsa consciência que escraviza a religião aos caprichos da imaginação e às perturbações das paixões”; “Uma loucura religiosa, sombria e cruel. É uma doença da mente [...]” – Tradução nossa). FANATISME. *Oeuvres complètes de Voltaire: dictionnaire philosophique*. Section I. Available. Disponível em: <<https://bit.ly/2VDkKDA>>. Acesso em: 06 maio 2021.

<sup>4</sup> Optou-se por não indicar de qual religião se trata, mas sim do paciente que se deixa dominar pelo discurso religioso abstendo-se do tratamento médico e tendo piora de saúde mental.

<sup>5</sup> Expressão utilizada neste contexto com o sentido de enganação, dolo, farsa.

## 1 ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE, RELIGIÃO E COMPROMETIMENTO DA SAÚDE MENTAL

Convém que não se confunda religião com religiosidade nem está com fé. Enquanto a religião, com seus mitos, rituais e dogmas é uma crença no sobrenatural, a religiosidade está no âmbito de práticas movidas por crenças relacionadas ou não a uma religião. A fé, por seu turno, é o ato de crer e fiar; sua experiência se dá pela confiança.

Data de tempos imemoriais o surgimento do fenômeno religioso, a ponto de se confundir com a própria origem humana. Questões existenciais do tipo *Quem sou eu? De onde vim? Para onde vou?* e outras do gênero são comuns a toda e qualquer cultura ainda que não sejam expressas assim de modo tão claro (GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014).

“É parte da nossa missão chegar à resposta para essas perguntas. Estamos constantemente sendo levados a questionar e a encontrar soluções para questões como essas”, as quais implicam a busca de conceituação, mas não serão respondidas aqui à luz filosofia como transcendência ao absoluto, mas como fato que a religião é: manifesto e inquestionável – um objeto de investigação assaz complexo e variável (BABA, 2018).

Jostein Gaarder, Victor Hellern e Henry Notaker asseguram a inexistência de registro de raça/tribo isento de alguma espécie de religião (GAARDER; HELLER; NOTAKER, 2005). Mas esta muda de um contexto (cultural/histórico/regional) para outro. Não há consenso em sua definição. “Há religiões animistas, fetichistas, totemistas, manistas, politeístas, monoteístas, matriarcais, patriarcais, reencarnacionistas, religiões com um Deus perfeito e puro, outras com deuses instáveis e repletos de defeitos [...]” (DALGARRONDO, 2008, p. 20) – ou seja: há uma pluralidade de religiões, tantas quanto as pluralidades sociais, políticas, econômicas, nas distintas esferas históricas, é o que explica Eliane Moura da Silva, que concebe religião como produto histórico-cultural (SILVA, 2011).

A religião vem despertando o interesse de cientistas há mais de um século e as pesquisas têm evidenciado que as populações estudadas possuem “um conjunto de crenças em poderes sobrenaturais de alguma espécie” (MARCONI; PERSOTTO, 2006, p. 151), o que os levam a afirmar ser a religião uma característica universal da cultura.

Como se vê, até hoje, os homens mantêm seus cultos, seus rituais religiosos tentando conquistar/dominar por intercessão de orações, cantos, danças, oferendas, sacrifícios etc., o espaço do seu entorno não desvinculado da tecnologia (MARCONI; PERSOTTO, 2006, p. 151).

Todas as religiões se constituem por um conjunto de doutrinas/crenças/mitos para explicar “sobre a origem do cosmos, sobre o sentido da vida, sobre o significado da morte, do sofrimento e do além” (DALGARRONDO, 2008, p. 23). Há um complexo de ritos e cerimônias que renovam os símbolos religiosos, além de uma sistemática ética, estruturada em leis, regras de conduta, proibições, expressas e codificadas não muito claras, para uma “comunidade de fiéis, com diferentes tipos de líderes e sacerdotes, que estão mais ou menos convencidos das crenças e que seguem os preceitos dessa religião” (DALGARRONDO, 2008, p. 23).

Enquanto se entende religião como uma composição de crenças e ritos por meio dos quais o homem é levado a se relacionar com o transcendente, a “Religiosidade é expressão ou prática do crente que pode estar relacionada com uma instituição religiosa” (GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014). Ou, conforme definições de Koenig adotadas por Julio Fernando P. Peres, Manoel José P. Simão e Antonia Gladys Nasello, a religião seria um sistema estruturado sobre crenças, rituais, práticas e símbolos configurados a fim de contribuir a aproximação do homem ao sagrado, transcendente (PERES; SIMAO; NASELLO, 2007).

Mas a religiosidade pode também não estar vinculada a certo sistema religioso institucionalizado. Dalgarrondo compara a laicidade da religiosidade a um intenso fascínio pelo seu teor de mistério, “uma atração indefinida pela dimensão poética da vida e do universo, uma percepção clara da insignificância do próprio eu e um desejo obscuro de transcendência, seja lá o que isso signifique” (DALGARRONDO, 2008, p. 23). Para ele, a religião é uma das grandezas mais notáveis e significativas (assim como concessora de significado) da subjetividade e da vivência humana cotidiana (DALGARRONDO, 2008, p. 16).

Transcendendo a religião e a religiosidade, está a espiritualidade, numa dimensão mais abrangente. Ela não se constitui privilégio da religião ou de qualquer movimento religioso. “Ela é inerente ao ser humano. É a dimensão que eleva a pessoa para além de

seu universo e a coloca frente às suas questões mais profundas, as que brotam da sua interioridade [...]” (GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 111). Portanto, não é da competência da pessoa fazer opção pela espiritualidade, já que esta conta com mecanismos neurais, mas é possível oportunizar o seu desenvolvimento, ampliá-la para que o indivíduo seja capaz de melhor enfrentar eventos estressores e demais complicações da própria existência. A carência dessa capacidade pode deixá-lo em permanente estado de vulnerabilidade ao adoecimento seja físico seja emocional (GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 111). Volcan et al. acrescentam:

Tem-se por espiritualidade o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa (VOLCAN, 2003, p. 441).

Também existe a fé, a plenitude de uma aderência a certo princípio que é tido, indubitavelmente, como verdade ainda que não tenha sido provado ou testado, mas apenas pela total confiança de se crer nele. Fé é a antítese da dúvida e irmã da esperança. Assim, quem crê aposta, lança-se, sem medo de errar, ao desconhecido. Mas a fé ora em discussão distingue-se do mero ato de crer, porque nela está a “vontade como elemento constitutivo e não sua causa, dado ao fato de que a vontade, assim como a cognição e o sentimento estão inclusos na fé, no entanto não a produz”, portanto não se restringe à fé religiosa, mas presume uma unidade focada no eu, no ser humano (VALE, 2015, p. 1).

A comunidade científica não reconhece considerações fundamentadas na fé como critério procedente da fidedignidade de um princípio. Em geral, a fé tem procedência nas experiências particulares da pessoa e na sua bagagem cultural, e sua manifestação pode se dar mediante emoção e, portanto, isenta de argumentação racional. Mas a discussão no âmbito das Ciências das Religiões, cujo embasamento epistemológico tangencia a multidisciplinaridade do conhecimento científico, a fé antropológica não apagará a religiosa, para que se possa ver o ser humano como um *totem*: corpo/mente/espírito. Rosângela do Vale sublinha: “A dimensão espiritual seria determinante na identidade e

integralidade do ser humano, capaz de transcender livremente de forma criativa e responsável suas limitações” (VALE, 2015, p. 3).

Sob concepções clínica e epidemiológica, convém considerar a repercussão que religião, religiosidade, espiritualidade e fé incidem sobre a saúde individual e coletiva, tanto física quanto mental – um fenômeno decorrente de diversos aspectos. “Entre os possíveis modos pelos quais o envolvimento religioso poderia influenciar a saúde, estão fatores como estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual” (STROPPA, MOREIRA-ALMEIDA, 2008). Melhor detalhando:

Doenças graves estão frequentemente relacionadas a comportamento e estilo de vida. Religiosidade desestimula comportamentos e hábitos nocivos como tabagismo, uso excessivo de álcool, consumo de drogas e comportamento sexual de risco. Estudos têm revelado que atividades religiosas, como envolvimento em cultos ou atividades voluntárias, estão associadas a melhor saúde física, particularmente quando ocorrem no ambiente da comunidade. Quando atividades religiosas não modificam o curso de doenças físicas ou prolongam a vida, elas podem melhorar a qualidade de vida e o propósito de viver (STROPPA, MOREIRA-ALMEIDA, 2008, p. 439).

Enfim, “As relações entre espiritualidade e saúde têm sido estudadas na perspectiva de que se possa construir uma compreensão que favoreça melhores tratamentos e contribua com a diminuição do sofrimento dos indivíduos” (GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 111) – interesse deste trabalho, mas lembrando que entre os conceitos de religião, religiosidade, espiritualidade e fé não há fronteiras definidas, um interfere no outro de modo a se fazer uso indiscriminado deles quase sempre sem comprometer o conteúdo da mensagem.

Recorre-se novamente a Gomes, Farina e Dal Forno para o alerta que fazem sobre a interferência da religião no bem-estar e na saúde mental da pessoa, podendo tanto favorecê-los (“inserção em um grupo com o qual possa compartilhar valores e esperanças”) quanto prejudicá-los, (“quando os dogmas se ocupam de culpabilizá-lo e regulá-lo em suas tentativas de encontros com o transcendente”) (GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014, p. 110).

## 2 A RELIGIOSIDADE E SEUS IMPACTOS NOCIVOS NA SAÚDE MENTAL

O que é saúde? “Etimologicamente, saúde procede do latim *sanitas*, referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos (sanidade)” (SÁ JUNIOR, 2021). Mas é trabalhoso explicar esse termo sem se remeter a outro: doença. Ademais, como toda e qualquer definição nunca satisfaz plenamente, estas também deixam a desejar, principalmente porque a saúde não se configura da mesma forma para todos os indivíduos. É preciso considerar época, lugar, classe social. Depende, ainda, de valores pessoais e de perspectivas científicas, religiosas, filosóficas, e o mesmo ocorre com a definição de doença. Esses conceitos vêm-se remodelando de geração em geração. Hoje, já não se ignoram o comportamento humano e as influências externas como determinantes fundamentais da saúde (SCLIAR, 2007).

Em 1948, a OMS assim se manifestou: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (BRASIL, 2020). Há nesse conceito uma idealização de saúde plena, o que a torna inalcançável mediante as instabilidades do viver, pois ela não pode ser um *estado*, uma *permanência*. Estando consubstanciada à vida, o ser humano nunca será absolutamente saudável ou absolutamente doente, mas viverá circunstâncias de saúde/doença, conforme suas potencialidades, condições de vida e interação com elas, ou seja, estará sempre vulnerável a frequentes mutações no decorrer de sua existência. Com efeito, “Não se pode compreender ou transformar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade sem levar em conta que ela é produzida nas relações com o meio físico, social e cultural” (BRASIL, 2017, p. 65).

No tocante à saúde mental, durante séculos fora construído um imaginário social sobre adoecimento psíquico que gerava preconceito e humilhação para esse tipo de doente, pois a sociedade, imbuída de misticismo religioso, considerava o doente mental (o *louco*) como alguém possuído do demônio. Mas, atualmente, considera-se saúde/doença mental como conceitos emergentes da consciência de bem-estar grupal, coletivo, e “Anormal é uma virtualidade inscrita no próprio processo de constituição do Normal, carecendo, portanto, de instrumental médico, psicológico, filosófico,

sociológico, antropológico, econômico e político para ser compreendido” (SAMPAIO, 1998). Michel Foucault explica

[...] que a experiência da loucura que se estende do século XVI até hoje deve sua figura particular, e a origem de seu sentido, a essa ausência, a essa noite e a tudo o que a ocupa. A bela retidão que conduz o pensamento racional à análise da loucura como doença mental deve ser reinterpretada numa dimensão vertical; e neste caso verifica-se que sob cada uma de suas formas ela oculta de uma maneira mais completa e também mais perigosa essa experiência trágica que tal retidão não conseguiu reduzir (FOUCAULT, 1978, p. 35).

Saúde mental não é tão somente “ausência de transtornos psíquicos. Ela vai mais além. Conforme explicam Pereira e Vianna (2009, p. 18), ela fornece a nossa identidade social, a nossa possibilidade de transitar com autonomia pela vida”; é perceptível pelo comportamento da pessoa. Ela representa para o indivíduo um benefício que lhe propicia estar no mundo e vivê-lo de uma forma autodeterminada, inserido em seu espaço de representações (PEREIRA; VIANNA, 2009).

E, por isso, a noção de saúde mental está relacionada a uma rede de significações, é uma construção cultural – razão pela qual Foucault afirmara: “o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir o exercício da razão da própria razão” (FOUCAULT, 1978, p. 186).

Para literatura especializada mais atualizada, “a saúde mental pode ser compreendida como um problema emocional, cognitivo, comportamental ou como uma realidade simbólica sócio historicamente construída” (BARBOSA, 2011). Ela também tem considerado a doença mental como um rompimento entre o sujeito/objeto – o que leva José Jackson Sampaio a afirmar que a saúde mental é aparential e a perscrutar a realidade da diacronia eu-mundo engendrada pela consciência (SAMPAIO, 1998).

Ocorre que é comum ao homem ocidental – em momentos de sofrimento, de doença – recorrer à religião como a um *pronto-socorro*, principalmente quando “em muitas situações em que os modelos tradicionais de cuidado não conseguem resolver todos os problemas demandados” (SILVEIRA, 2015, p. 172). Nem sempre, porém, esse expediente é infalível. Inclusive, dependendo do grau de intensidade, a religiosidade pode



causar impactos nocivos à saúde mental do ser humano, como se evidencia na seção subsequente.

A epidemiologia da religião é a terminologia da área de investigação que relaciona saúde física e religião, cuja sistematicidade iniciou-se no início do século XX. Já no final desse século (1987), Levin e Schiller examinaram mais de duas centenas de pesquisas que mantêm a relação religião/saúde em geral. E os estudos foram se multiplicando com o tempo – circunstância que levou Levin ao seguinte questionamento: “há, de fato, uma associação entre saúde e religião, ela é válida e, finalmente, é causal?” (DALGARRONDO, 2008, p. 177). O autor chega a confirmar positivamente sua indagação. As investigações continuaram com muitos estudiosos sobre a relação causal: a proporcionalidade entre maior envolvimento religioso/melhor saúde. Conforme Dalgarrondo, tem-se como plausível a hipótese de que o comprometimento religioso fomentaria

[...] ‘comportamentos relacionados ou promotores da saúde’, ‘estilos de vida’ (*life styles*) protetores que diminuiriam o risco de doenças e aumentariam a sensação de bem-estar. Inclui-se aqui, por exemplo, menor uso de tabaco e álcool, uma vida mais regrada, tipo de dieta, etc. Além disso, fatores de apoio como ‘rede social’, promovidos pelas comunidades religiosas, ajudariam os indivíduos atuando como *buffers* do estresse e aumentariam as capacidades de lidar com dificuldades (*coping*) (DALGARRONDO, 2008, p. 117).

Também, saúde mental e transtornos mentais, bem-estar e qualidade de vida, associados à religião/religiosidade têm sido tema de pesquisas empíricas – ramo denominado *epidemiologia psiquiátrica da religião* (DALGARRONDO, 2008, p. 179). Mas Dalgarrondo tem criticado a metodologia de viés positivista/cartesiano aplicada a pesquisas de componentes essencialmente subjetivos e complexos, dizendo faltar “uma trajetória de viabilização nas práticas concretas de pesquisa do dia a dia, e o ir e vir do empírico ao teórico cuja dialética faz amadurecer qualquer proposta de investigação científica” (DALGARRONDO, 2008, p. 243).

Apesar de os benefícios resultantes da religiosidade ser tantos, inclusive quando se trata da questão de saúde, quando beira ao fanatismo, os efeitos podem ser nocivos, conforme se verá nos tópicos a seguir em que se discute a má-fé religiosa dos que se

aproveitam de doentes fragilizados em sua saúde mental e a psicopatologia oriunda da religiosidade. Um dos grandes problemas que envolve a religiosidade é quando ela brota e se desenvolve resultante da má-fé de outrem – o que se dá quase que com exclusividade mediante o discurso manipulador de líderes/pregadores religiosos. Há de se levar em conta o que diz Adorno dos discursos dos agitadores, baseados num sistema rígido de um conjunto-padrão de *expedientes*, de um pequeno repertório de ideias que se repetem insistentemente, com proferimentos similares. Assim, pois, são os ingredientes fundamentais da técnica desses discursos: “a reiteração constante e a escassez de ideias” (ADORNO, 1972, p. 178).

Assim também os objetos se adaptam aos métodos, nunca o inverso. O indivíduo quer estar no controle de outrem, fazendo uso de palavras ou ações, impondo seus valores, suas crenças fazendo da religião a ferramenta de manipulação; por seu turno, o outro, dominado, tem a consciência restrita, é um codependente, incapaz de formular limites definidos de proteção do *self*, aceita cegamente as crenças (LOTUFO NETO, 1997).

Nesse desenrolar, a religião assume um caráter disfuncional, conduzindo o religioso ao dogmatismo, estreitando o seu pensamento e afunilando a sua liberdade e as suas oportunidades, de maneira a deformar a realidade, desagregar as pessoas e excitar o medo e a ansiedade – um discurso religioso autoritário, em que não há troca, interação (LOTUFO NETO, 1997).

A voz de Deus, veiculada por alguém autorizado para tal (padre, pastor, religioso com característica de líder), é soberana, indiscutível, arrebatadora, de modo que “o eu enunciador não pode ser questionado, visto ou analisado; é ao mesmo tempo o tudo e o nada. A voz de Deus plasmará as outras vozes, inclusive daquele que fala em seu nome: o pastor” (CITELLI, 2002).

O eu persuasivo é invisível, não se fala com ele, apenas com o representante dele na Terra, criaturas de segundo grau como, por exemplo, os pastores, os quais, a despeito de não serem os donos da fala (uma vez que apenas a reproduzem ou a interpretam), passam aos ouvintes a impressão de sujeitos do discurso (CITELLI, 2002).

Persuadir é um evento mais incisivo do que o de convencer. Este fica no âmbito do pensamento; aquele, no da ação, pois seu discurso “se dota de recursos retóricos objetivando o fim último de convencer ou alterar atitudes e comportamentos já

estabelecidos” (CITELLI, 2002). O trabalho com a linguagem, nesse caso, garante o envolvimento do outro, que passa a crer e fazer o que o locutor difunde em seu discurso, o qual tem objetivos muito precisos. Os discursos de cura em nome de Deus, por exemplo, podem fazer com que o paciente abandone tratamento medicamentoso por estar mais amparado divinamente, pois entra em cena um elemento de suma relevância: a confiança no locutor, que garante a verdade ao paciente, que se apropria do discurso. E “O efeito de sentido produzido é o de colocar no sujeito enunciador a origem do sentido” (BORBA, 2008, p. 401).

Algirdas Julien Greimas, na segunda metade do século XX, na França, lança seu projeto semiótico cuja (pre)ocupação é o texto: o que diz, como diz, para que diz – na tentativa de “construir-lhes os sentidos pelo exame acurado de seus procedimentos e recuperar, no jogo da intertextualidade, a trama ou o enredo da sociedade e da história” (BARROS, 2005, p. 10).

Esta é a razão de, nesta dissertação, se optar pela semiótica de Greimas, pois ao tratar da teoria do texto se preocupa com a construção/geração/percurso deste no contexto a partir de três níveis de produção e interpretação do sentido: 1 Fundamental – primeira etapa, onde se instaura a significação mínima do texto, o básico para o estabelecimento do discurso. 2 Narrativo – “como se estrutura a sequência canônica, que compreende quatro fases (manipulação, competência, performance e sanção)”. 3 Discursivo – nível mais complexo, o das relações estabelecidas “entre a instância da enunciação, responsável pela produção e pela comunicação do discurso, e o texto-enunciado”; compreende as formas abstratas do narrativo (BARROS, 2005, p. 15).

É oportuno que se expliquem as fases do nível narrativo:

1 Manipulação – modo de intervenção discursiva do destinador sobre o destinatário com o propósito de levá-lo a fazer/querer fazer algo (BARROS, 2005).

2 Competência – manipulado, o destinatário se sente *capacitado para agir*, habilitado para praticar a ação que lhe compete; “um sujeito atribui a outro um saber e um poder fazer” (FIORIN, 1999, p. 181).

3 Performance – realização da ação; “é a representação sintático-semântica desse ato, ou seja, da ação do sujeito com vistas à apropriação dos valores desejados” (BARROS, 2005, p. 29).

4 Sanção – cumprida a ação vem a retribuição/recompensa, a sanção pragmática. O descumprimento da ação implica punição, descumprimento do contrato. Enfim, esse “é o momento de o destinador cumprir as obrigações assumidas com o sujeito, na hora da manipulação” (BARROS, 2005, p. 37).

Segundo explica Citelli (2002), as estruturas retóricas são expedientes utilizados para que algo ganhe a dimensão de verdade; exercem função relevante na manipulação ideológica de líderes religiosos para com os fiéis, principalmente quando estes se encontram fragilizados devido a algum problema por que passam. Sua vulnerabilidade poderá atingir uma paranoia, tornando-o submisso de modo acrítico a vultos de autoridade idealizadas (pastores, padres, rabinos), rejeitando severamente aos de visão oposta. Assim, “Idealizam e exaltam os líderes, defendendo suas faltas, mesmo que estas sejam óbvias. Estas características são evidentes em aderentes fanáticos de cultos e seitas, onde a obediência cega a um líder faz parte da dinâmica do culto” (LOTUFO NETO, 1997, p. 45) – uma religiosidade resultante da má-fé religiosa, uma religião neutralizada cuja prática intenta obter vantagem do outro, manipulando-o; uma religião não funcional, que

[...] procura o controle social através da culpa, medo e vergonha. Encoraja os seguidores a adotar uma atitude de superioridade, de ser o dono da verdade e de julgar os outros. [...] Infelizmente, muitas pessoas sentem grande apoio e orientação, segurança e clareza neste ambiente, pois não precisam tomar decisões morais, apenas seguir a ‘linha do partido’ com fé e confiança (LOTUFO NETO, 1997, p. 37).

Desse mesmo modo, o líder religioso incute ao fiel acometido por alguma doença a certeza de que a fé garante a cura por ele ser digno e merecedor da graça divina. Um discurso que pode levar o doente a pôr em prática o que lhe é pregado, deixando de obedecer às prescrições médicas, até mesmo de ir ao médico, por cair na sedução do discurso de seu líder que promete uma cura fácil e o fim do sofrimento. Autorizado pelas

corporações, o discurso passa a valer às pessoas instituindo-lhes uma gama de condutas pessoais (CITELLI, 2002).

Assim, se a religião é benéfica ou prejudicial, é controvérsia que continua desde o diagnóstico de *Loucura religiosa* e das ideias de Freud sobre neurose universal (LOTUFO NETO, 1997). Algumas pessoas consideram-se ajudadas pela religião e a escolhem como um caminho de crescimento, enquanto para outras ela é uma fonte de estresse que pode resultar em transtorno mental, em psicopatologia – ponto a ser discutido no tópico seguinte.

### 3 PSICOPATOLOGIA EM FUNÇÃO DA RELIGIOSIDADE

Discorrer sobre a religiosidade pelo enfoque da psicopatologia, carece de tomá-la tanto pela característica contemporânea da ausência de fé quanto, sobretudo, pelo seu uso como recurso de preenchimento de outra vacuidade do ser humano. Nessa subseção, considera-se a assistência especial do evento da religiosidade enraizada na população brasileira e sua manifestação na representação psicopatológica, pois quase sempre não há uma fronteira que estabelece os limites entre religiosidade e psicopatologia.

Lotufo Neto, em relação à saúde mental, faz um resumo da correlação entre religiosidade intrínseca/extrínseca desta forma: intrínseca, negativamente “com dogmatismo, pensamento irracional, insegurança”; extrínseca, positivamente “com dogmatismo, pensamento irracional, sentimento de impotência, medo da morte, e negativa com tolerância” (LOTUFO NETO, 1997, p. 35).

Já em relação à religião/saúde, Lotufo Neto a considera enganosa se tomadas sob perspectivas dicotômicas que desconsideram formas plurais de práticas da religião e de concepções de saúde mental. O processo de tratamento de pacientes por psiquiatras e psicoterapeutas requer conhecimentos sobre particularidades das formas de religião: quais “podem conduzir a uma saúde mental madura e saudável e quais as que podem ser prejudiciais ou patológicas. A religião pode ser um abrigo, um perigo, uma terapia, uma expressão ou uma supressão de doença mental” (LOTUFO NETO, 1997, p. 33).

Para corroborar a afirmação acima e complementá-la, os autores Lotufo Neto, Lotufo Jr. e Martins citam, primeiramente, o rol dos principais argumentos apresentados

por John F. Schumaker<sup>6</sup> ao compilar estudos de pesquisadores que consideram a religião como fator prejudicial à saúde:

- a. Gera níveis patológicos de culpa.
- b. Promove o auto denegrir-se e diminui a autoestima, através de crenças que desvalorizam nossa natureza fundamental.
- c. Estabelece a base para a repressão da raiva.
- d. Cria ansiedade e medo através de crenças punitivas (por exemplo: inferno, pecado original etc.)
- e. Impede a autodeterminação e a sensação de controle interno, sendo um obstáculo para o crescimento pessoal e funcionamento autônomo.
- f. Favorece a dependência, conformismo e sugestionabilidade, com o desenvolvimento da confiança em forças exteriores.
- g. Inibe a expressão de sensações sexuais e abre caminho para o desajuste sexual.
- h. Encoraja a visão de que o mundo é dividido entre ‘santos’ e ‘pecadores’, o que aumenta a intolerância e a hostilidade em relação ‘aos de fora’.
- i. Cria paranoia com a ideia de que forças malévolas ameaçam nossa integridade moral.
- j. Interfere com o pensamento racional e crítico (LOTUFO NETO; LOTUFO; MARTINS, 2009, p. 80).

Nessa mesma linha de intelecção estão Freire e Moreira, autores que veem um vínculo na rejeição ou busca da religião com a “cultura individualista, geradora de um vazio, a ser preenchido seja pelo consumo seja pela religião” (FREIRE; MOREIRA, 2003, p. 93) e assim as manifestações psicopatológicas permanecem associadas, ora mais ora menos, à religião, muitas vezes pelas consequências de sua falta, por meio da falta de fé que assola muitas sociedades ocidentais atuais (FREIRE; MOREIRA, 2003, p. 94).

As características indicadoras de raízes patológicas – segundo Salzman são:

- Crença intensa, irracional e de curta duração na nova doutrina.
- Preocupação maior com a forma da doutrina do que com os princípios éticos e morais envolvidos.
- A atitude em relação à crença anterior não é moderada, nem apresenta compaixão; porém, cheia de ódio, desprezo e malevolência.
- Intolerância contra os que ‘se desviam’.
- Zelo proselitista intolerante, que aliena, ao invés de atrair outros.
- Necessidade de martírio para provar a devoção (LOTUFO NETO, 1997, p. 33).

---

<sup>6</sup> Como fora citado enfaticamente, nesta subseção, por autores diferentes, convém que se esclareça quem é John F. Schumaker: psicólogo clínico aposentado, acadêmico, autor e crítico social.

Outrossim, quando o religioso se apega excessivamente ao princípio teológico, tomando-o *ipsis litteris*, ele pode extrapolar os limites religiosos e adentrar a obscura seara da patologia. Eis que nessa aderência inflexível é acometido do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Em tal conjuntura, emerge culpa. De que modo? “A culpa pode ser genuína (uma tentativa de gerar atividade para refazer ou superar o comportamento que a produziu), ou (patológica, um mecanismo para fugir da responsabilidade e evitar alterar o próprio comportamento)” (LOTUFO NETO, 1997, p. 42). Mas, como assim *fugir da responsabilidade e evitar alterar o próprio comportamento*? Naturalmente apoiando-se nos preceitos religiosos (*ipsis litteris*) que justificam o porquê de manter o tipo de conduta que vem mantendo, que é a única considerada, por esse tipo de religioso, absolutamente certa.

Mas, a maior parte de pesquisas publicadas sobre a temática em tela apresenta o aspecto positivo da religião ainda que se constatem no cotidiano da psiquiatria aqueles que sofrem um fardo moral exacerbado e opressor dos sistemas religiosos, conforme afirma Irisomar Silva. O autor inclui aí os estigmatizados, conceituados por parcela mais supersticiosa da sociedade como portadores de determinada maldição hereditária. Ele admite que muitos, “Ao invés de se tratarem, oram, rezam, fazem trabalhos em busca de uma suposta libertação de uma mazela herdada dos antepassados” (SILVA, 2014, p. 23). Para Silva,

Clinicamente, os que se prendem aos tabus demonstram muitas dificuldades relacionais saudáveis, pois, sempre estão com medo de ferir os princípios dos deuses ou de suscitarem a fúria dos demônios. Tais comportamentos neuróticos afetam a qualidade de vida, podendo a partir daí oportunizar o avanço de ‘doenças oportunistas’, que se acumulam em forma de somatizações, tendo na ansiedade e no medo as portas de entrada, por onde passarão e poderão instalarem-se de forma avassaladora (SILVA, 2014, p. 23).

Recorrendo-se, novamente, aos autores Lotufo Neto, Lotufo Jr. e Martins – os quais, por sua vez, novamente, citam John F. Schumaker, mas agora abordando, em polo oposto, argumentos de outros pesquisadores que pesquisou e que consideram a religião como fator benéfico à saúde. Arrola-se, assim, mais uma lista:

- a. Reduz a ansiedade existencial ao oferecer uma estrutura cognitiva que ordena e explica um mundo que parece caótico.
- b. Oferece esperança, sentido, significado e sensação de bem-estar emocional.
- c. Ajuda as pessoas a enfrentarem melhor a dor e o sofrimento, através de um fatalismo reasegurador.
- d. Fornece soluções para uma grande variedade de conflitos emocionais e situacionais.
- e. Soluciona o problema perturbador da morte, através da crença na continuidade da vida.
- f. Dá às pessoas uma sensação de poder e controle, através da associação com uma força onipotente.
- g. Estabelece orientação moral que suprime práticas e estilos de vida autodestrutivos.
- h. Promove coesão social.
- i. Fornece identidade, satisfazendo a necessidade de pertencer, ao unir as pessoas em torno de uma compreensão comum.
- j. Fornece as bases para um ritual catártico coletivo (LOTUFO NETO; LOTUFO; MARTINS, 2009, p. 104-105).

Freire e Moreira também se embasam em John F. Shumaker para dizerem que estudos que versam sobre a psicopatologia da depressão apontam que a crença e a prática da religião são propícias a reduzir a manifestação desta doença (FREIRE; MOREIRA, 2003, p. 94). A religiosidade direciona a concepção do sofrimento sob uma ótica diferente, isto é, numa cosmovisão religiosa; por seu turno, o vínculo aos grupos de praticantes religiosos remete o indivíduo a “interações sociais, formação de grupos e redes sociais, solidariedade e estímulo a atitudes cooperativas” (BALTAZAR; SILVA, 2014, p. 78). E, se analisada sob o ângulo de pacientes que têm sua saúde mental comprometida, pode-se supor, inclusive, tratar-se de uma experiência de caráter numinoso<sup>7</sup>, que produz modificações na consciência e, portanto, também no modo de “compreender, interpretar e enfrentar o sofrimento mental” (BALTAZAR; SILVA, 2014, p. 78).

É assim então que Baltazar e Silva reconhecem a interferência da religião dos que a ela recorrem: sentido à vida, compreensão ao mundo, guia à vida, estruturação às práticas cotidianas. Rose Murakami e Claudinei Campos também veem a religião como fenômeno propício ao “tratamento do paciente com doença mental, por proporcionar

---

<sup>7</sup> Termo cunhado por Rudolf Otto, na obra *O Sagrado: um estudo do elemento não-racional na ideia do divino e a sua relação com o racional*. (tradução: Prócoro Velasquez Filho). São Bernardo do Campo: Imprensa Metodista, 1985. O autor pretendeu com esse termo distinguir o sagrado na sua vertente não-racional. “Se *lumen* pode servir para formar luminoso, *numen* pode formar o numinoso”, p. 12.



continência emocional e social e ensinamentos de costumes que incentivam a qualidade de vida” (MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 364). Continuando, os autores dizem:

O apoio oferecido pelas instituições religiosas e a possibilidade de inserção do paciente numa rede de relações sociais é muito importante no contexto da saúde mental, visto que o paciente psiquiátrico é marcadamente excluído das relações sociais em decorrência do adoecimento, e que muitas vezes, tem seus laços sociais reduzidos ao hospital psiquiátrico ou à instituição de tratamento. O paciente encontra nas instituições religiosas, muitas vezes, uma aceitação irrestrita e uma valorização do seu discurso, porque esses locais oferecem atenção e cuidado mútuo, se revelando mais próximos dos pacientes por oferecerem uma possibilidade de inserção em relações sociais que extrapolam o hospital, além de permitirem o enfrentamento de alguns impasses do cotidiano através da rede de apoio social que estabelecem entre seus fiéis (MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 364).

Sob prisma similar, Silveira e Nunes reconhecem que a religião, para muitos, é uma forma de inclusão social, possibilitando o restabelecimento do quadro disruptivo de sofrimento psíquico, espelhando que as categorias não são unívocas nem homogêneas e, por certo, favorecendo a melhora da depressão (SILVEIRA; NUNES, 2015). Sob este aspecto, “Calcula-se que cerca de 340 milhões de pessoas no mundo inteiro sejam afetadas por depressão, 45 milhões por esquizofrenia e 29 milhões por demência” (OMS, 2005). Alertou-se que a tendência desses números seria crescer significativamente. Passaram-se 12 anos e no dia 3 de abril de 2017, em comemoração ao Dia Mundial da Saúde (7 de abril), “o lema da campanha mundial é ‘Depressão: vamos conversar’” (OMS, 2017).

Mas, afinal, por que a depressão vem crescendo aceleradamente num mundo em que o progresso com as tecnologias de ponta descortina para muitos não só o fascínio de tantas magias, mas sobretudo um conforto inimaginável? Ocorre que “Nossas instituições, quadros de referência, estilos de vida, crenças e convicções mudam antes que tenham tempo de se solidificar em costumes, hábitos e verdades ‘auto evidentes’” (PALLARES-BURKE, 2003). Tudo flui, nada permanece, nada é para sempre. Daí a denominação metafórica *modernidade líquida* atribuída à pós-modernidade, isto é, à contemporaneidade, por Zygmunt Bauman, conhecido como *profeta da pós-*

*modernidade*<sup>8</sup>. Em meio a tamanha instabilidade ainda não se sabe a intensidade das consequências que tal conjuntura pode causar ao ser humano. Sabe-se, porém, que está difícil pensar qualquer aspecto da vida a longo prazo. Assim,

O chão onde piso pode, de repente, se abrir como num terremoto, sem que haja nada no que me segurar. A maioria das pessoas não pode planejar seu futuro por muito tempo adiante. Os acadêmicos são ainda umas das poucas pessoas que têm essa possibilidade. Na maioria dos empregos podemos ser demitidos sem uma palavra de alerta (PALLARES-BURKE, 2003, p. 04).

Sem usar o termo *depressão*, Bauman caracteriza circunstâncias propícias de sua formação e fixação. Não se quer dizer com isso que o que caracteriza o povo brasileiro é a falta de fé. Pelo contrário: “o Brasil vive um efervescente processo ligado à espiritualidade” (FREIRE; MOREIRA, 2003, p. 94). E, num âmbito mais abrangente, ou melhor, no mundo ocidental, em meio à já referida modernidade líquida tem se vivenciado a chamada *crise da religiosidade*, contribuindo sobremaneira pela crise da saúde mental, ora pela baixa da religiosidade, ora pelos seus usos e abusos, encontrados hoje, no Brasil, em alguns segmentos sociais (FREIRE; MOREIRA, 2003, p. 95).

Na verdade, não é a religiosidade a *ovelha má* desencadeadora de transtornos mentais, de psicopatologias, mas sim o mau proveito dela, o fanatismo, por exemplo, o desequilíbrio na intensidade de absorção dela e o modo literal de sua interpretação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A é uma triste realidade o grande número de doentes mentais submetidos a tratamentos intensivos no Brasil em função de desequilíbrio mental, que muitas vezes é associado a religião em nível de fanatismo. A literatura abordada na presente pesquisa chama a atenção para o grande número de pessoas que abandonam tratamentos que são necessários à sua sobrevivência em função da crença de que a religião é suficiente para dispensar profissionais da medicina e tratamentos cientificamente testados.

---

<sup>8</sup> A complexidade do problema ora pesquisado é tamanha que demanda do pesquisador voos para outros campos epistemológicos transcendentem à especificidade psicopatológica e religiosa, mas voltando sempre ao objeto da pesquisa.

Observou-se ainda que muitos líderes religiosos são responsáveis diretos pelo agravamento da condição de pacientes psiquiátricos. Em seus discursos, se exclui a medicina científica, apontando a fé como o único caminho para a cura da doença. Tal comportamento doentio tende a agravar o estado do paciente, muitas vezes culminando em surtos que podem ensejar tragédias.

A observação de que a má-fé religiosa de certos líderes, impregnada em seu discurso envolvente e apelativo, pode produzir terríveis efeitos sobre tratamentos medicamentosos iniciados por pacientes que, eventualmente, os descontinuam, abraçando uma fé completamente desconexa da razão, que conflita diretamente com os preceitos bíblicos cristãos.

Assim, se depreendeu com o presente estudo que o discurso de líderes religiosos que agem de má-fé com pessoas em momentos de fragilidade mental pode ser deveras nocivo. O abandono de tratamentos medicamentosos pode desencadear surtos psicóticos e, conseqüentemente, novas internações.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor W. Freudian theory and the pattern of fascist propaganda, p. 407-432. In: *Gesammelte Schriften 8 – Soziologische Schriften I*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1972, p. 408.

BABA, Sri Prem. *Propósito: a coragem de ser quem somos*. Rio de Janeiro: Sextante, 2018, p. 14.

BALTAZAR, Danielle Vargas; SILVA, Claudia Osorio da. O que a saúde mental tem a ver com religiosidade? p. 75-97. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 6, n. 14, 2014, p. 78.

BARBOSA et al. Silvânia da Cruz. Saúde Mental em enfermeiros plantonistas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, p. 217-241. In: *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. ALVES et al., Raílda Fernandes. (Orgs.). Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 223.

BARROS, Diana Luz Pessoa de. *Teoria semiótica do texto*. 4. ed. São Paulo: Ática, 2005, p. 10.

BORBA, Patrícia Laubino. A inscrição do discurso do esquizofrênico no discurso religioso, p. 393-417. *Linguagem & Ensino*, v. 11, n. 2, jul./dez. Pelotas, 2008, p. 401.

- CITELLI, Adilson. *Linguagem e persuasão*. 15. ed. São Paulo: Atica, 2002, p. 48.
- DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, Psicopatologia & Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FAGUNDES, Renata Borba. Uma breve análise do percurso gerativo de sentido em uma tira de Magali. 8p. *Anais do SILEL*, v. 2, n. 2. Uberlândia: EDUFU, 2011, p. 2.
- FIORIN, José Luiz. Sendas e veredas da semiótica narrativa e discursiva, p. 177-207. *Revista DELTA*, v. 15, n. 1, 1999, p. 181.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978, p. 35.
- FREIRE, José Célio; MOREIRA, Virginia. Psicopatologia e religiosidade no lugar do outro: uma escuta levinasiana, p. 93-98. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 2, 2003, p. 94.
- GAARDER, Jostein; HELLERN, Victor; NOTAKER, Henry. *O livro das religiões*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005, p. 8.
- GOMES, Nilvete Soares; FARINA, Marianne; DAL FORNO, Cristiano. Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos, p. 107-112. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 6, n. 2, 2014, p. 109.
- GOMES, Nilvete Soares; FARINA, Marianne; DAL FORNO, Cristiano. Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos, p. 107-112. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 6, n. 2, 2014, p. 107.
- LOTUFO NETO, Francisco. *Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos*. 354p. Tese de obtenção do título de Livre-docente. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria. São Paulo, 1997, p. 48.
- LOTUFO NETO, Francisco; LOTUFO, Zenon; MARTINS, José Cássio. *Influências da Religião sobre a Saúde Mental*. São Paulo: Esetec, 2009.
- MARCONI, Marina de Andrade; PRESOTTO, Zélia Maria Neves. *Antropologia: uma introdução*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006, p. 151.
- MEC. Secretaria de Educação Fundamental. *Saúde*. Disponível em: <<https://bit.ly/2MHxe53>>. Acesso em: 2 set. 2020, p. 65.
- PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. *Saúde mental*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

MURAKAMII, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente, p. 361-317. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, mar./abr. 65(2), 2012, p. 361.

OMS. *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2HlnQlv>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

OPAS/OMS. *Tema do Dia Mundial da Saúde de 2017, depressão é debatida por especialistas em evento na OPAS/OMS*. Disponível em: <<https://bit.ly/2YwdxSL>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

PALLARES-BURKE, Maria Lúcia Garcia. A Sociedade Líquida, 10p. Caderno Mais! *Folha de São Paulo*. São Paulo, 19 out. 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/2YwdxSL>>. Acesso em: 26 set. 2017, p. 2.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. *Saúde mental*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009, p. 18-19.

PERES, Julio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia, p. 136-145. *Revista Psiquiatria Clínica*, n. 34, supl 1, 2007, p. 137.

SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. Desconstruindo a definição de saúde, p. 15-16. *Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)*, jul./ago./set. 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2HhWXAj>>. Acesso em: 2 fev. 2021, p. 16.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. *Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 98.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde, 29-41. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 17(1), Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, Eliane Moura da. Entre religião, cultura e história: a escola italiana das religiões. *Revista de Ciências Humanas*, Viçosa, v. 11, n. 2, p. 225-234, jul./dez. 2011, p. 228.

SILVA, Irisomar Fernandes. *Introdução às práticas psicanalíticas*. Vila Velha-ES: Cetapes, 2014, p. 23.

SILVEIRA, Luana Silveira da; NUNES, Mônica de Oliveira. Para Além e Aquém de Anjos, Loucos ou Demônios: Caps e Pentecostalismo em Análise/ In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos Humaniza SUS*, v. 5, Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde. Cap. 20, p. 427-443. In: SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson. (Orgs.). *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte: Inede, 2008.

VALE, Rosângela Martins do. A dimensão da fé na perspectiva de Paul Tillich. 8p. *Anais do V Congresso da ANPTECRE Religião, Direitos Humanos e Laicidade* v. 05, 2015, p. 1.

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal, p. 440-445. *Revista Saúde Pública*, 37(4), 2003, p. 441.