

Religião, sofrimento psíquico e clínica

Religion, psychological suffering, and clinical practice

Daniel Andrade da Silva¹

Márcio Luz Ribeiro Bonfim

Resumo – A religião constitui um fenômeno histórico, cultural e psicológico de grande relevância, exercendo influência significativa na organização social, na constituição da subjetividade e na elaboração simbólica do sofrimento humano. Contudo, observa-se que, em determinados contextos, práticas religiosas vivenciadas de forma rígida ou dogmática podem contribuir para processos de submissão, dependência emocional e intensificação do sofrimento psíquico, especialmente quando se sobrepõem ao cuidado psicológico especializado. Diante desse cenário, este artigo problematiza a interface entre religião, subjetividade e saúde mental, questionando em que medida a religiosidade pode atuar simultaneamente como fator de proteção psíquica e como elemento potencialmente gerador de sofrimento. A justificativa do estudo fundamenta-se na crescente demanda por abordagens interdisciplinares que articulem Psicologia, Psicanálise e estudos da religião, especialmente frente ao aumento de quadros de ansiedade, depressão e comportamento suicida. O objetivo geral consiste em analisar criticamente os efeitos ambivalentes da experiência religiosa na constituição psíquica do sujeito, à luz da Psicologia e da Psicanálise da Religião. Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo revisão de literatura, baseada na análise de obras clássicas e contemporâneas da Psicologia da Religião, Psicanálise, documentos diagnósticos e relatórios internacionais de saúde mental. Conclui-se que a religião não deve ser compreendida de forma reducionista, mas como um fenômeno complexo, capaz tanto de oferecer sentido, pertencimento e suporte emocional quanto de produzir sofrimento quando associada a práticas coercitivas ou à negação do cuidado clínico. Defende-se, assim, a necessidade de uma articulação ética entre fé e ciência no cuidado integral da saúde mental.

Palavras-chave: Psicologia da Religião; Psicanálise; Sofrimento Psíquico; Saúde Mental; Religiosidade.

¹ Sargento da Polícia Militar (Profissional em Segurança Pública no Estado de Rondônia) desde 2006. Bacharel em TEOLOGIA pela (FAETEL) Faculdade de Educação Teológica e Ciências Sociais-LOGOS, São Paulo. São Paulo – 2015. Docência do Ensino Superior (FAETEL) Faculdade de Educação Teológica e Ciências Sociais-LOGOS, São Paulo. São Paulo – 2017. Pós Graduado em Capelania (FAETEL) Faculdade de Educação Teológica e Ciências Sociais-LOGOS, São Paulo. São Paulo- 2017. Mestre em Teologia pela DARDAH FLORIDA UNIVERSITY – 2025. Doutorando em Teologia pela DARDAH FLORIDA UNIVERSITY. Doutorando em Psicanálise pelo Instituto de Formação Acadêmica FATEB. Autor de obras (SE TU QUISERES 2021; E FECHADA A PORTA 2025). Pastor da Igreja Assembleia de Deus-ADMES em Austin-Tx, USA. E-mail: danielandrade.texas@gmail.com.

Abstract – Religion constitutes a historical, cultural, and psychological phenomenon of great relevance, exerting a significant influence on social organization, the formation of subjectivity, and the symbolic elaboration of human suffering. However, it is observed that, in certain contexts, religious practices experienced in a rigid or dogmatic manner may contribute to processes of submission, emotional dependence, and the intensification of psychological suffering, especially when they overlap or replace specialized psychological care. In this scenario, this article problematizes the interface between religion, subjectivity, and mental health, questioning the extent to which religiosity can simultaneously function as a protective factor for mental health and as a potential source of suffering. The justification for this study is grounded in the growing demand for interdisciplinary approaches that integrate Psychology, Psychoanalysis, and religious studies, particularly in light of the increasing prevalence of anxiety, depression, and suicidal behavior. The general objective is to critically analyze the ambivalent effects of religious experience on the individual's psychic constitution, based on perspectives from Psychology and the Psychoanalysis of Religion. Methodologically, this is a qualitative study, conducted as a literature review, based on the analysis of classical and contemporary works in the Psychology of Religion and Psychoanalysis, as well as diagnostic manuals and international mental health reports. It is concluded that religion should not be understood in a reductionist manner, but rather as a complex phenomenon capable of offering meaning, belonging, and emotional support, while also producing suffering when associated with coercive practices or the denial of clinical care. Thus, the study advocates for an ethical articulation between faith and science in the comprehensive care of mental health.

Keywords: Psychology of Religion; Psychoanalysis; Psychological Suffering; Mental Health; Religiosity.

Introdução

A religião, ao longo da história, passou por significativos desmembramentos institucionais e doutrinários, como o Cisma do Oriente e a Reforma Protestante, os quais deram origem a diferentes tradições cristãs, notadamente o catolicismo, a ortodoxia e as diversas vertentes do protestantismo. Esses processos históricos resultaram em múltiplas denominações, marcadas por divergências teológicas, administrativas e organizacionais, que contribuíram para a pluralidade religiosa observada na contemporaneidade.

Em cada uma dessas denominações, as manifestações religiosas foram profundamente influenciadas por contextos culturais específicos. Conforme aponta Coulanges (2011), muitos ritos religiosos possuem raízes em práticas antigas, como os ritos do fogo presentes entre gregos e romanos, os quais foram, ao longo do tempo, ressignificados e incorporados às tradições religiosas. Alguns desses costumes permaneceram preservados, como ocorre, por

exemplo, em determinadas concepções de casamento, nas quais a mulher passa a seguir a religião do esposo, evidenciando a relação entre religiosidade, estrutura familiar e cultura.

Desse modo, religião e cultura estabelecem uma relação intrínseca, na qual ritos, costumes e tradições seculares são mantidos e transmitidos entre diferentes grupos sociais. Essas práticas variam conforme contextos étnicos e culturais — indígenas, afrodescendentes, europeus e asiáticos —, mas, de modo geral, expressam a busca por pertencimento, identidade e sentido existencial, orientados pela fé e pela expectativa de transcendência e vida eterna.

Para muitos indivíduos, a religiosidade constitui um importante ponto de ancoragem subjetiva, funcionando como fundamento para o modo de ser e de estar no mundo. Em determinados contextos, entretanto, o sagrado assume um caráter absoluto, pouco permeável ao diálogo inter-religioso ou à compreensão da alteridade. Essa rigidez pode intensificar tensões entre o sagrado e o profano, gerando críticas e conflitos no cenário cristão, especialmente em relação a práticas como o uso de imagens, a construção de edificações religiosas, os rituais litúrgicos, os formatos de culto e os mecanismos de captação de recursos. Tais práticas podem ser compreendidas, por alguns, como expressões legítimas da tradição e da cultura religiosa, enquanto, para outros, são vistas como inadequadas ou incompatíveis com suas crenças.

Além disso, elementos como sacrifício, dogmas e austeridade, quando vivenciados de forma excessiva ou sem reflexão crítica, podem ocasionar impactos negativos à vida dos fiéis. Entre esses efeitos, destacam-se doações compulsivas, abdições extremas, limitações pessoais e comportamentos que extrapolam padrões de saúde emocional e social. Tais práticas podem estar associadas à falta de informação, à dependência emocional, à influência de lideranças religiosas, à adesão rígida a dogmas ou à busca por intervenções milagrosas, configurando um campo relevante para análises interdisciplinares entre religião, cultura e saúde psíquica.

A religião constitui um fenômeno psicológico e social de grande relevância, uma vez que atua diretamente na construção de sentidos, na organização da vida psíquica e na elaboração simbólica da experiência humana. Do ponto de vista da Psicologia e da Psicanálise da Religião, as práticas e crenças religiosas podem ser compreendidas como sistemas simbólicos que auxiliam o indivíduo na elaboração de angústias existenciais, na mediação da relação com o sofrimento, com a finitude e com o desconhecido, bem como na estruturação da identidade e do pertencimento social (ELIADE, 1992; JAMES, 2002). Nesse contexto, a religião desempenha função mediadora entre o sujeito e o mundo, oferecendo narrativas e rituais que organizam a experiência subjetiva e favorecem a coesão psíquica.

Sob a perspectiva psicanalítica, a religiosidade pode ser analisada como uma formação cultural que expressa desejos, conflitos e mecanismos de defesa presentes no inconsciente. Freud (2011) compreende a religião como uma construção simbólica relacionada à necessidade de proteção e à busca de segurança diante da impotência humana, funcionando, em determinados casos, como uma ilusão coletiva que oferece alívio psíquico frente às angústias fundamentais. Por outro lado, abordagens pós-freudianas e analíticas, como a Psicologia Analítica de Jung (2013), interpretam a religião como uma expressão dos arquétipos do inconsciente coletivo, reconhecendo seu potencial integrador na constituição da psique, especialmente no processo de individuação e na busca de sentido existencial.

Entretanto, a Psicologia da Religião também problematiza os efeitos ambivalentes da experiência religiosa. Quando vivenciada de forma rígida ou dogmática, a religiosidade pode favorecer processos de alienação, dependência emocional, culpa excessiva e submissão a figuras de autoridade, impactando negativamente a saúde mental do indivíduo (FROMM, 2006; RIZZUTO, 1979). Em contrapartida, quando integrada de maneira reflexiva e simbólica, a experiência religiosa pode atuar como fator de proteção psíquica, promovendo resiliência, esperança e elaboração do sofrimento. Assim, a religião deve ser compreendida como um fenômeno complexo, que pode assumir funções tanto estruturantes quanto desorganizadoras na vida psíquica, exigindo do psicólogo uma abordagem ética, crítica e contextualizada no cuidado com o sujeito.

A experiência religiosa situa-se em um campo simbólico no qual o sagrado, as crenças herdadas do contexto familiar e as escolhas individuais se articulam de maneira complexa. No interior desse campo, emergem práticas que implicam abdições, renúncias e adaptações subjetivas, as quais podem ser compreendidas tanto como expressões de pertencimento cultural quanto como mecanismos de submissão e obediência a sistemas normativos religiosos. Do ponto de vista da Psicologia e da Psicanálise da Religião, tais práticas demandam análise crítica, sobretudo quando envolvem interpretações de textos sagrados, ritos ou dispositivos institucionais que podem legitimar relações de poder, controle simbólico e, em determinados casos, exploração econômica dos fiéis (FREUD, 2011; FROMM, 2006).

A liberdade do sujeito, entendida como capacidade de escolha e de autodeterminação, constitui elemento central na compreensão dos efeitos psíquicos da religiosidade. Quando a adesão religiosa passa a impor restrições à liberdade de pensamento, de ação e de circulação, pode-se observar o surgimento de conflitos intrapsíquicos, sentimento de culpa, medo e submissão, caracterizando formas de pressão psicológica que incidem diretamente sobre a consciência e a organização emocional do indivíduo. Sob a perspectiva psicanalítica, tais

fenômenos podem ser interpretados como efeitos de mecanismos de identificação, idealização e dependência em relação às figuras de autoridade religiosa, bem como da internalização de normas que operam no registro do superego (FREUD, 2011; RIZZUTO, 1979).

No contexto da clínica psicológica e psicoterapêutica, a interface entre religião e subjetividade revela-se particularmente relevante na análise de conflitos familiares e relacionais. Observam-se, com frequência, tensões decorrentes da imposição de normas religiosas rígidas, da não aceitação de transformações nas configurações familiares e da limitação da liberdade individual frente às mudanças sociais contemporâneas. A literatura em Psicologia da Religião aponta que tais conflitos podem se intensificar diante da diversidade de modelos familiares atualmente reconhecidos social e juridicamente, os quais desafiam concepções religiosas tradicionais e produzem descompassos entre crença, norma institucional e vivência subjetiva (FROMM, 2006; JUNG, 2013). Nesse sentido, torna-se fundamental que a prática clínica considere a religião como um fenômeno ambivalente, capaz tanto de oferecer sentido e suporte psíquico quanto de gerar sofrimento quando vivenciada de forma coercitiva ou dogmática, exigindo do profissional uma escuta ética, crítica e contextualizada.

As emoções ocupam lugar central na experiência humana e manifestam-se de modo significativo no campo religioso, que historicamente exerce influência sobre a constituição da família, da sociedade, da cultura e das formas de organização social. As práticas religiosas, por meio de ações comunitárias, missões e obras de caridade, contribuem para o fortalecimento de vínculos sociais, para a promoção da solidariedade e para a construção de sentidos compartilhados, desempenhando papel relevante na regulação emocional e na disciplina social (ELIADE, 1992; JAMES, 2002). Nesse sentido, a religiosidade pode atuar como importante recurso simbólico na elaboração das emoções e na busca de equilíbrio subjetivo.

Entretanto, no âmbito da experiência individual, torna-se necessário problematizar até que ponto a fé, por si só, é capaz de assegurar processos de cura e libertação frente aos transtornos emocionais e psíquicos. Embora a espiritualidade possa favorecer sentimentos de esperança, propósito e fortalecimento interno, a literatura em Psicologia da Religião e em Psicanálise aponta que o enfrentamento do sofrimento psíquico demanda, em muitos casos, acompanhamento psicológico qualificado e, quando indicado, intervenção medicamentosa (FREUD, 2011; FROMM, 2006). A complexidade do funcionamento neural e emocional, envolvendo bilhões de conexões neuronais, exige abordagens terapêuticas fundamentadas cientificamente, capazes de promover estabilidade psíquica e reorganização emocional de forma ética e eficaz.

A ansiedade, por sua vez, tem se apresentado como um fenômeno crescente, inclusive entre crianças e adolescentes, podendo desencadear comportamentos graves e sofrimento significativo. Frequentemente, observa-se a dificuldade em compreender a origem desses transtornos, sobretudo em contextos familiares aparentemente estruturados. Contudo, estudos em Psicologia indicam que os transtornos emocionais resultam de uma interação multifatorial, envolvendo aspectos genéticos, fatores intrínsecos e extrínsecos, experiências precoces e condições socioculturais (DSM-5-TR, 2022; RIZZUTO, 1979). Assim, torna-se fundamental superar explicações simplificadoras ou exclusivamente religiosas, reconhecendo a importância da articulação entre fé, ciência psicológica e práticas clínicas no cuidado integral da saúde mental.

O processo psicoterapêutico, em determinados contextos religiosos, ainda enfrenta resistência e baixa aceitação, especialmente em algumas denominações que historicamente estabelecem distinções rígidas entre as esferas do sagrado e do profano. No âmbito do pensamento religioso cristão, tais categorias apresentam múltiplas manifestações simbólicas, sendo compreendidas não apenas como dimensões ocultas ou invisíveis, mas também como realidades personificadas por meio de práticas, discursos e representações culturais que orientam a conduta dos fiéis (ELIADE, 1992). Essa interpretação, quando adotada de forma dogmática, pode contribuir para a desqualificação de intervenções psicológicas, vistas como incompatíveis com a experiência espiritual.

Nesse contexto, o suporte emocional oferecido por líderes religiosos costuma assumir formas específicas, como a meditação, a oração, o jejum e outras práticas de abdicção, renúncia e sacrifício simbólico em prol da coletividade. Tais recursos desempenham papel relevante na organização emocional dos grupos religiosos, funcionando como estratégias de enfrentamento do sofrimento e de fortalecimento dos vínculos comunitários (JAMES, 2002). Contudo, embora essas práticas possam promover alívio emocional e sensação de pertencimento, elas não substituem, em muitos casos, o acompanhamento psicoterapêutico especializado, sobretudo diante de demandas psíquicas complexas.

Os impactos da globalização e das transformações socioculturais contemporâneas intensificam esse cenário, especialmente entre crianças e adolescentes. A exposição contínua a estímulos digitais, estratégias de neuromarketing e padrões de consumo têm favorecido o surgimento de comportamentos compulsivos, dependências e fragilizações dos vínculos familiares, contribuindo para quadros de sofrimento psíquico e desajustes emocionais (BAUMAN, 2007). Esses fatores, quando não adequadamente elaborados, podem levar a

condutas de risco, processos de desestruturação subjetiva e, em situações extremas, ao comprometimento da própria vida.

Diante desse panorama, torna-se fundamental compreender que não existe um controle absoluto da mente humana, mas sim a busca por equilíbrio e estabilidade psíquica. A articulação ética e crítica entre ciência e fé mostra-se necessária para a promoção da saúde mental, reconhecendo que Psicologia e religiosidade podem coexistir de forma complementar. Quando integradas de maneira reflexiva, tais dimensões contribuem para um cuidado mais amplo e humanizado, respeitando a subjetividade do indivíduo e os limites de cada campo do saber (FREUD, 2011; FROMM, 2006).

Para abordar o sofrimento psíquico, torna-se necessário compreendê-lo a partir de diferentes modalidades e abordagens teóricas. Do ponto de vista clínico-diagnóstico, o sofrimento psíquico é entendido como um conjunto de alterações emocionais, cognitivas e comportamentais que provocam prejuízos significativos no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, podendo ou não configurar um transtorno mental específico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Na perspectiva psicanalítica, o sofrimento psíquico está relacionado aos conflitos inconscientes, às experiências traumáticas e às dificuldades na elaboração simbólica das pulsões e afetos. Freud compreende o sofrimento como inerente à condição humana, intensificado pelas exigências da civilização, que impõem renúncias pulsionais e produzem sentimentos de angústia, culpa e mal-estar (FREUD, 2010).

Sob uma abordagem humanista-existencial, o sofrimento psíquico é compreendido como resultado da ruptura entre a experiência vivida e o sentido atribuído à existência. Para autores como Viktor Frankl, o vazio existencial, a perda de sentido e a frustração dos valores fundamentais podem desencadear estados de sofrimento profundo, manifestados por ansiedade, depressão e desesperança (FRANKL, 2008).

Já no campo da Psicologia Social e da Saúde Mental Coletiva, o sofrimento psíquico é analisado como um fenômeno multideterminado, atravessado por fatores sociais, culturais, econômicos e históricos. Desigualdades sociais, exclusão, violência simbólica e precarização das relações contribuem significativamente para a produção do sofrimento mental, exigindo intervenções que ultrapassem o enfoque exclusivamente individual (MINAYO, 2014).

O sofrimento psíquico é um fenômeno complexo que perpassa fatores biológicos, psicológicos e sociais e, em sua expressão mais extrema, pode culminar no suicídio — considerado um grave problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). De acordo com estimativas da OMS,

mais de 727 mil pessoas em todo o mundo morreram por suicídio em 2021, representando cerca de 1,1% de todas as mortes globais e colocando esse evento entre as principais causas de óbito entre jovens de 15 a 29 anos (WHO, 2025). A dificuldade de lidar com sofrimento emocional, a falta de suporte psicoterapêutico e fatores de risco como perda, isolamento e transtornos mentais, como depressão e ansiedade, podem agravar o sofrimento e aumentar a vulnerabilidade ao comportamento suicida (WHO, 2025). A compreensão desses dados é crucial para fundamentar estratégias de prevenção e intervenção que articulem conhecimento científico e práticas clínicas, integrando abordagens psicológicas com apoio social e cultural.

Quadro 1 – Estimativas de mortes por suicídio no mundo nos últimos 10 anos

Ano	Estimativa de mortes por suicídio (≈)	Observações
2012	~700.000*	Relatório global indica mais de 700.000 mortes anuais por suicídio na década de 2010 (OMS).
2013	~700.000*	Estimativa semelhante ao período anterior, indicando tendência de estabilidade (OMS).
2014	~710.000*	Pequenas variações globais dentro da década anterior (OMS).
2015	~710.000*	Relatório <i>LIVE LIFE</i> da OMS reforça a magnitude do fenômeno.
2016	~817.000**	Estudos globais indicam crescimento absoluto, associado ao aumento populacional mundial.
2017	~720.000*	A OMS aponta média global em torno de 720.000 mortes por ano.
2018	~720.000*	Manutenção da média mundial segundo dados de saúde mental da OMS.
2019	>700.000*	Relatório mundial registra mais de 700.000 mortes, correspondendo a cerca de 1 em cada 100 óbitos.
2020	~720.000*	Estimativa global indica que mais de 720.000 pessoas morrem por suicídio anualmente.
2021	~727.000	Estimativa global oficial apresentada no relatório <i>Suicide worldwide in 2021</i> .
2022	~740.000†	Estimativa preliminar sugere aumento relativo no número de mortes (IHME).

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021; 2023; 2025); Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2023).

*Estimativas aproximadas baseadas em tendências globais divulgadas pela Organização Mundial da Saúde.

**Estimativa fundamentada em estudo do *Global Burden of Disease*, publicado em parceria pela OMS e pelo *British Medical Journal*.

†Estimativa preliminar com base em estudos do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) e *The Lancet Public Health*.

O suicídio constitui um fenômeno multifatorial e complexo, fortemente associado a questões de saúde mental, sendo reconhecido como um dos principais problemas de saúde pública contemporâneos. Diversos estudos indicam que transtornos mentais, especialmente depressão, transtornos de ansiedade, transtorno bipolar e abuso de substâncias, estão presentes em parcela significativa dos casos de morte por suicídio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2023). Entretanto, a presença de um transtorno mental isoladamente não explica o comportamento suicida, tornando fundamental a análise integrada dos fatores psicológicos, sociais e contextuais.

Entre os elementos mais recorrentes associados ao sofrimento psíquico intenso estão a ausência ou fragilidade das redes de apoio emocional, a dificuldade de acesso a serviços de saúde mental e a negligência diante de sinais prévios de sofrimento. A literatura aponta que alterações de humor persistentes, isolamento social, sentimentos de desesperança, perda de sentido existencial e mudanças abruptas de comportamento constituem sinais de alerta que, quando não reconhecidos ou acolhidos, aumentam significativamente o risco de comportamento suicida (WHO, 2025). Esses sinais podem manifestar-se em qualquer fase do ciclo vital, desde a infância até a velhice, exigindo atenção contínua e intervenções precoces.

Aspectos psicossociais, como experiências de violência, perdas afetivas, conflitos familiares, desemprego, dificuldades financeiras e discriminação, também exercem papel relevante na intensificação do sofrimento psíquico. Em muitos casos, esses fatores atuam como gatilhos que agravam quadros emocionais pré-existentes, sobretudo quando o indivíduo não dispõe de recursos simbólicos ou suporte psicológico para elaborar tais vivências (FROMM, 2006; RIZZUTO, 1979). A combinação entre vulnerabilidade individual e contextos adversos potencializa sentimentos de desamparo, culpa e inutilidade, frequentemente associados à ideação suicida.

Nesse sentido, a prevenção do suicídio demanda uma abordagem integrada em saúde mental, que articule políticas públicas, acesso qualificado à psicoterapia, acompanhamento psiquiátrico quando necessário e fortalecimento das redes de apoio social e comunitário. A identificação precoce dos sinais de sofrimento psíquico, aliada à escuta qualificada e à

intervenção profissional ética e baseada em evidências, constitui estratégia central para a redução das mortes evitáveis por suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2023). Assim, compreender os motivos associados ao suicídio não implica reduzi-los a causas únicas, mas reconhecê-los como expressão de um sofrimento psíquico profundo que exige cuidado interdisciplinar.

Quadro 2 – Principais motivos associados ao suicídio sob a perspectiva da saúde mental

Categoria	Motivos associados	Descrição sintética
Transtornos mentais	Depressão, ansiedade, transtorno bipolar, esquizofrenia	Condições que alteram o humor, a percepção da realidade e a capacidade de enfrentamento emocional
Fatores emocionais	Desesperança, culpa, solidão, baixa autoestima	Estados afetivos persistentes que intensificam o sofrimento psíquico
Fatores psicossociais	Violência, perdas, conflitos familiares, desemprego	Experiências adversas que atuam como gatilhos ou agravantes
Falta de suporte	Ausência de apoio psicológico e social	Negligência aos sinais de sofrimento e dificuldade de acesso a cuidados em saúde mental

Fonte: Elaborado pelo autor com base em American Psychiatric Association (2014) e Organização Mundial da Saúde (2023; 2025).

Metodologia

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo de natureza qualitativa, do tipo revisão de literatura, cujo objetivo consiste em analisar criticamente a interface entre religião, subjetividade e saúde mental à luz da Psicologia e da Psicanálise da Religião. A abordagem qualitativa mostra-se adequada por possibilitar a compreensão aprofundada de fenômenos complexos, simbólicos e subjetivos, como a experiência religiosa e o sofrimento psíquico, permitindo a interpretação dos significados atribuídos a tais vivências no contexto histórico, cultural e clínico (MINAYO, 2014).

A revisão de literatura foi conduzida a partir da análise de obras clássicas e contemporâneas consideradas referências nos campos da Psicologia da Religião e da Psicanálise, incluindo autores como Freud, Jung, Fromm, James e Eliade, cujas contribuições teóricas possibilitam a compreensão dos aspectos simbólicos, culturais e inconscientes da religiosidade. Além disso, foram incorporados estudos atuais que abordam a relação entre religiosidade, saúde mental e

sofrimento psíquico, com o intuito de atualizar o debate e contextualizá-lo frente às demandas contemporâneas.

No que se refere aos documentos técnicos e institucionais, foram analisados manuais diagnósticos e relatórios internacionais de saúde mental, com destaque para o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR) e publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esses documentos foram utilizados para fundamentar conceitualmente as discussões sobre sofrimento psíquico, transtornos mentais e comportamento suicida, bem como para fornecer dados epidemiológicos que sustentam a relevância social e científica do tema investigado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2023).

O procedimento metodológico envolveu a seleção, leitura sistemática e análise interpretativa das fontes, priorizando produções que dialogassem diretamente com os objetivos do estudo. A análise dos dados foi realizada por meio de uma abordagem hermenêutica e crítica, buscando identificar convergências, divergências e tensões teóricas entre os autores e documentos examinados. Dessa forma, a metodologia adotada permitiu articular diferentes perspectivas teóricas e empíricas, contribuindo para uma compreensão integrada e ética da relação entre religião, subjetividade e saúde mental.

Conclusão

Este artigo buscou responder à problemática central acerca da ambivalência da experiência religiosa na constituição psíquica do sujeito, questionando em que medida a religiosidade pode atuar simultaneamente como fator de proteção e como elemento potencialmente gerador de sofrimento psíquico. À luz da revisão de literatura realizada, foi possível compreender que a religião não possui um efeito unívoco sobre a saúde mental, mas assume configurações diversas conforme o modo como é vivenciada, interpretada e institucionalmente mediada. Quando integrada de forma simbólica, reflexiva e não coercitiva, a religiosidade pode favorecer a elaboração do sofrimento, a construção de sentido existencial, o fortalecimento dos vínculos sociais e a promoção de resiliência emocional.

O objetivo geral do estudo — analisar criticamente os efeitos ambivalentes da experiência religiosa sob a perspectiva da Psicologia e da Psicanálise da Religião — foi alcançado ao evidenciar que práticas religiosas rígidas, dogmáticas ou marcadas por relações assimétricas de poder podem intensificar processos de submissão, dependência emocional, culpa excessiva e negação do cuidado clínico. Tais elementos mostram-se particularmente nocivos quando

associados à resistência ao acompanhamento psicoterapêutico e psiquiátrico, contribuindo para a cronificação do sofrimento psíquico e, em situações extremas, para o aumento da vulnerabilidade ao comportamento suicida.

A justificativa do estudo mostrou-se pertinente diante do cenário contemporâneo de crescimento dos transtornos mentais, da ansiedade, da depressão e das taxas globais de suicídio, conforme apontam organismos internacionais de saúde. Os dados analisados reforçam a necessidade de abordagens interdisciplinares que articulem Psicologia, Psicanálise e estudos da religião, superando dicotomias simplificadoras entre fé e ciência. A literatura revisada demonstra que a exclusão de uma dessas dimensões empobrece a compreensão do sofrimento humano e limita as possibilidades de cuidado integral.

Conclui-se, portanto, que a religião deve ser compreendida como um fenômeno complexo e multifacetado, cuja influência sobre a saúde mental depende das condições simbólicas, culturais e institucionais em que se insere. Defende-se a importância de uma articulação ética e crítica entre fé e ciência, na qual a experiência religiosa possa coexistir com o cuidado psicológico profissional, sem substituições ou negações. Para a prática clínica e para as políticas de saúde mental, torna-se fundamental reconhecer tanto o potencial protetivo quanto os riscos implicados em determinadas vivências religiosas, promovendo intervenções que respeitem a subjetividade do indivíduo, assegurem sua liberdade psíquica e favoreçam o cuidado integral da saúde mental.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2014.

_____. **DSM-5-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida líquida**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

BURKE, Peter. **Cultura popular na Idade Moderna**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

COULANGES, Numa Fustel de. **A Cidade Antiga**. Estudo sobre o culto, o direito e as instituições da Grécia e de Roma. 2. Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ELIADE, Mircea. **O sagrado e o profano**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. **O futuro de uma ilusão**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

FROMM, Erich. **Psicanálise da religião**. Tradução Octavio Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

_____. **Psicanálise da religião**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006

HERVIEU-LÉGER, Danièle. **O peregrino e o convertido: a religião em movimento**. Petrópolis: Vozes, 2008.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **Global Burden of Disease Results Tool**. Seattle: IHME, 2023. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>. Acesso em: 2025.

JAMES, William. **As variedades da experiência religiosa: um estudo da natureza humana**. Tradução Octavio Mendes Cajado. São Paulo: Cultrix, 2002.

JUNG, Carl Gustav. **Psicologia e religião**. Tradução Dora Ferreira da Silva. Petrópolis: Vozes, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicide worldwide in the 21st century**. Geneva: World Health Organization, 2014.

_____. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: World Health Organization, 2014.

_____. **Suicide worldwide in 2019**. Geneva: World Health Organization, 2021.

_____. **Suicide worldwide in 2021**. Geneva: World Health Organization, 2023.

RIZZUTO, Ana-Maria. **O nascimento do Deus vivo: um estudo psicanalítico**. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Loyola, 1979.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide**. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>. Acesso em: 15 jan. 2026.

_____. **Suicide**. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>. Acesso em: 15 jan. 2026.