

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

**BERNARDETE DE LOURDES ERICEIRA RODRIGUES  
CONCEIÇÃO DE MARIA BARBOSA DOS SANTOS  
MARCIO HENRIQUE SILVA MENEZES**

**SAÚDE MENTAL, DEPRESSÃO E RELIGIÃO:  
ESTUDOS E REFLEXÕES**

**São Luis  
2008**

**BERNARDETE DE LOURDES ERICEIRA RODRIGUES  
CONCEIÇÃO DE MARIA BARBOSA DOS SANTOS  
MARCIO HENRIQUE SILVA MENEZES**

**SAÚDE MENTAL, DEPRESSÃO E RELIGIÃO:**

Trabalho de conclusão de curso apresentada como requisito obrigatório para obtenção do título de especialista em Saúde Mental pela LABORO - Excelência em Pós Graduação / Universidade Estácio de Sá.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Mestre Isalena Santos Carvalho.

**São Luis  
2008**

Rodrigues, Bernardete de Lourdes Ericeira.

Saúde mental, depressão e religião: estudos e reflexões. Bernardete de Lourdes Ericeira Rodrigues; Conceição de Maria Barbosa dos Santos; Marcio Henrique Silva Menezes. - São Luís, 2008.

13f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Mental) – Curso de Especialização em Saúde Mental, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Saúde mental. 2. Transtorno depressivo. 3. Religião. I. Título.

CDU 613.86

**BERNARDETE DE LOURDES ERICEIRA RODRIGUES  
CONCEIÇÃO DE MARIA BARBOSA DOS SANTOS  
MARCIO HENRIQUE SILVA MENEZES**

**SAÚDE MENTAL, DEPRESSÃO E RELIGIÃO:  
ESTUDOS E REFLEXÕES**

Trabalho de conclusão de curso apresentada como requisito obrigatório para obtenção do título de especialista em Saúde Mental pela LABORO - Excelência em Pós Graduação / Universidade Estácio de Sá.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Mestre Isalena Santos Carvalho.

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof.<sup>a</sup> Isalena Santos Carvalho** (Orientadora)  
Mestre em Psicologia  
Universidade de Brasília

---

Prof.<sup>a</sup> Janete Valois Ferreira Serra  
Mestre em Psicologia Social  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

## SAÚDE MENTAL, DEPRESSÃO E RELIGIÃO: ESTUDOS E REFLEXÕES

**Bernardete de Lourdes Ericeira Rodrigues\***, **Conceição de Maria Barbosa dos Santos\*\***, **Marcio Henrique Silva Menezes\*\*\***.

\*Assistente Social pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA;

\*\*Terapeuta Ocupacional pelo Centro de Ensino Superior Santa Terezinha – CEST; Gestora em Saúde Ocupacional pela Universidade Estadual do Maranhão - UEMA e especialista em Psicomotricidade pela Faculdade Santa Fé.

\*\*\*Psicólogo pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA.

**E-mail: ericeirab@hotmail.com**

**Palavras-Chave:** saúde mental; depressão; religião.

### INTRODUÇÃO

As pesquisas realizadas nas últimas décadas apontam a depressão como um dos transtornos de maior prevalência no mundo. Na saúde mental do município de São Luis, observa-se um cenário similar a essa situação. Um exemplo claro é a constatação de que, no período de 2006/2007, trinta e dois por cento (32%) das pessoas admitidas no Centro de Atenção Psicossocial/SEMUS apresentavam transtorno depressivo.

A partir da nossa experiência no trabalho desenvolvido no CAPS, observou-se ser comum, nos grupos de apoio e oficinas terapêuticas, que as pessoas acometidas de depressão falem sobre suas práticas religiosas, indicando assim sua participação em culto/rituais, além de orações e leituras bíblicas, estendendo suas práticas para o próprio serviço de saúde mental. Isso nos despertou o interesse em investigar a relação entre religião e transtorno depressivo.

O presente artigo tem como objetivo identificar e discutir efeitos da religião sobre o transtorno depressivo. Visa-se assim de acordo com a literatura que trata deste tema, provocar uma reflexão entre os profissionais de saúde, de forma a contribuir para que haja uma maior compreensão acerca do modo como as práticas religiosas influenciam o tratamento.

Foram analisados estudos extraídos de livros e periódicos (impressos e da internet). Inicialmente, é realizado um breve histórico sobre a saúde mental no Brasil. Abordam-se considerações sobre os efeitos da religião na qualidade de vida das pessoas. Apresenta-se como se caracteriza a depressão no campo da Psiquiatria. Por fim, são discutidos estudos que enfocam efeitos da religião sobre a depressão.

### SAÚDE MENTAL: ALGUMAS REFLEXÕES HISTÓRICAS

Durante muitos anos a Política de Saúde Mental esteve centrada num modelo asilar, exclusivo para tratamento e cura da alienação mental, o qual se configurou como principal ou mesmo único tratamento da alienação mental. Com isso, o indivíduo considerado louco era segregado à solidão do manicômio, ao enorme e brutal empobrecimento de seus vínculos sociais.

No sistema hospitalar o paciente não tinha nada que pudesse ser sentido como próprio, nem sequer suas roupas. Prevalencia o mundo unissexual.

A amputação mais dolorosa é a amputação da dignidade pessoal: no mais íntimo do seu Eu o internado se sente desqualificado e coisificado. Qualquer mensagem emitida é interpretada pelo pessoal do hospital como “coisa de louco”, o que deteriora o sentimento de autonomia, de auto-respeito do paciente. (MOFFATT, 1991, p.15).

Percebe-se que o sistema manicomial impunha ao internado um sentimento de monotonia, solidão e abandono. Parafraseando Paulo Amarante (apud SCLiar, 2003), o resultado prático desta psiquiatria, ao

considerar que loucura é doença, no sentido do erro, foi criar para o louco um lugar de exclusão, um lugar zero de trocas sociais. A individualidade e perspectivas para o futuro eram inexistentes no ambiente manicomial.

A ordem era manter uma ação controladora - repressora, prevalecendo a ausência absoluta de privacidade pessoal. Este mundo impessoal e sem perspectiva é expresso por Lima Barreto da seguinte maneira: “vejo a vida torva e sem voltas”. Esse escritor descreve no livro “Diário do Hospício” o mundo solitário e não-coletivo que viveu nos cinqüentas dias, que permaneceu internado no manicômio Pedro II/RJ. Esta obra-prima reúne impressões, inconfidências e, sobretudo, uma visão crítica da instituição. (HIDALGO, 2005 /Revista de História da Biblioteca Nacional).

Foram muitas as críticas à prática asilar ao longo dos anos, culminando na construção de novos paradigmas no âmbito da Psiquiatria. Ao longo do século XX, várias descobertas no campo da medicina e da psiquê introduziram no debate novos elementos, como o inconsciente. Novas teorias foram sendo elaboradas e desvia-se a tendência anteriormente concebida da loucura com enfoque apenas no corpo. Gradativamente, foram surgindo práticas e reflexões na saúde mental sobretudo após a II Guerra Mundial, principalmente nos EUA, Inglaterra, França e Itália, que proporcionaram uma nova forma de conceber e de tratar as pessoas com transtornos mentais. Esse processo contribuiu para a construção de uma visão científica e social sobre a loucura não mais exclusivamente circunscrita ao biológico.

Estudos de diferentes culturas dão diferentes definições à saúde mental. Os conceitos de saúde mental abrangem, dentre outras coisas, o bem estar - subjetivo, a auto-eficiência, a autonomia, a competência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. (OMS , 2001,p.29).

Considerando as concepções das mais diversas culturas, o entendimento comum em sendo que saúde mental é mais do que a ausência de sintomas.

A reforma psiquiátrica, nesse processo histórico de reformulação crítica e prática do modelo clássico, impulsionou novas práticas do cuidar na saúde mental, originando o movimento de luta antimanicomial e culminando com a definição de novas políticas públicas em defesa do direito da pessoa com transtorno mental à cidadania. Na década de 70, no Brasil, a reforma é fundada

não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização. (AMARANTE apud TENÓRIO,1999, p.26).

Foram precisos muitos anos para que os novos paradigmas no campo da saúde mental fossem construídos e aceitos nos diversos contextos sócio-cultural-econômico e políticos no mundo. Isso gerou nos organismos internacionais novas posturas sobre a saúde. Como exemplo dessa postura, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidades” e sim “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Essa definição, ainda que aparentemente utópica amplia a maneira de compreensão do funcionamento mental, ao colocar em questão a imprescindível interação entre aspectos psíquicos, biológicos e sociais.

Esta concepção tem influenciado na revisão das teorias e da construção de novos saberes, provocando assim mudanças nas políticas públicas condizentes com os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira. Isso permite compreender o usuário como sujeito de direito, não o reduzindo à dimensão da doença e do sofrimento. Essa nova concepção de sujeito é percebida no:

processo de desconstrução do conceito de clínica (...), para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades no contexto do atual processo de reforma psiquiátrica: o sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber. (...) Por isso, a desinstitucionalização torna-se, acima de tudo, um processo ético-estético de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos. (AMARANTE, 2003, p. 50).

Sabe-se que a reconstrução do conceito de clínica tem sido relevante na reforma psiquiátrica favorecendo o surgimento da clínica ampliada. Essa noção permite a construção de um atendimento pautado na interlocução de diversos saberes e práticas no campo da saúde mental.

A necessidade da integração dos conhecimentos é um aspecto imprescindível presente na área da saúde mental, haja vista a multicausalidade presente no surgimento e curso dos transtornos mentais e

comportamentais. Hoje, esses já estão no quarto lugar entre as dez principais causas de incapacidade para o trabalho (OMS, 2001). Isso confirma, portanto, a necessidade de diferentes esforços para atendimento dos portadores.

O transtorno mental tem sido associado a fatores sociais como a urbanização e a pobreza. A OMS (2001) ressalta que:

não há razão para supor que as conseqüências da mudança social para a saúde mental sejam as mesmas para todos os setores de dada sociedade. As mudanças geralmente exercem efeitos diferentes baseados no status econômico, no sexo, na raça e na etnicidade.

A população desfavorável economicamente sofre com o isolamento, a falta de comunicação, de transporte e precárias condições educacionais e de saúde. Ressalta-se que apesar de em geral os investimentos de saúde mental se concentrarem no meio urbano, a carência de serviços e a dificuldade de acesso a eles também tende a ser comum nesse local.

Outra barreira encontrada pela população tem sido a relação verticalizada, submissa e por vezes angustiante entre o médico e o paciente. Essa relação é construída de forma unilateral, onde o médico habitualmente acaba por não querer perceber outros aspectos que permeiam a vida das pessoas que procuram os serviços. Colocado num lugar de detentor do conhecimento, o profissional em muitas ocasiões negligencia o saber do paciente, desconsiderando as demais alternativas que esse procura para a compreensão e resolução do adoecimento.

Esses aspectos contribuem para que parte da população procure outras forma para o restabelecimento do seu bem-estar, como a religião.

## **ESTUDOS SOBRE SAÚDE MENTAL E RELIGIÃO**

A influência dos aspectos religiosos sobre a saúde física e mental tem sido alvo de estudos nas mais diversas áreas: Psicologia, Antropologia, Medicina, Sociologia e outras. Esses estudos têm identificado efeitos da religião na vida do indivíduo e as representações relacionadas à saúde e a doença que constrói a partir disso.

Pode-se perceber nos estudos uma visão dicotômica do papel da religião na vida das pessoas. Alguns autores, como Freud, têm uma visão desfavorável sobre esse papel, considerando que a religião age de forma alienatória e mantenedora da ordem social. Para outros autores, a religião permite ao homem o contato com símbolos fundamentais pelos quais os seres humanos, isoladamente ou coletivamente, encontram explicações e significados para os mistérios e dificuldades em suas vidas, como Lévi-Strauss.

Segundo Saad, Masiero e Battistella (2001), mais de oitocentos estudos foram realizados investigando o envolvimento religioso e aspectos da saúde mental. Em muitos desses estudos, foi evidenciado que pessoas que têm uma prática religiosa apresentam estilos de vida mais saudáveis e requerem menos assistência a saúde.

Dalgalarrondo (2008, p.16) coloca que a religião é algo sumamente complexo, existindo assim certo consenso entre cientistas sociais, filósofos e psicólogos sociais, no que se refere a:

A religião é uma importante instância de significação e ordenação da vida, de seus reveses e sofrimentos. Ela parece ser fundamental naqueles momentos de grande impacto na vida do indivíduo, como perdas de pessoas próximas, doença grave, incapacitação e morte.

O discurso da religião fornece sentido, orienta e ajuda a resolver e contornar as aflições. Essas questões certamente contribuem para que muitas pessoas procurem igrejas e rituais religiosos em momentos de dificuldades ou problemas de saúde. O sentimento de alívio e de ajuda podem ser justificados a partir do que Wilges coloca (apud DALGALARRONDO, 2008, p.23):

Religião é o conjunto de crenças, leis e ritos que visam o poder que o homem, de fato, considera supremo, do qual se julga dependente, com o qual pode entrar em relação pessoal e do qual pode obter favores. As religiões são constituídas por:

1. uma doutrina, ou seja, um conjunto de crenças e mitos sobre a origem do cosmos, sobre o sentido da vida, sobre o significado da morte, do sofrimento e do além;

2. um conjunto de ritos e cerimônias que empregam e atualizam símbolos religiosos;
3. um sistema ético, com leis, proibições, regras de conduta que são mais ou menos claramente expressas e codificadas;
4. 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.

Nos últimos anos houve um aumento do número de novas religiões em todo o mundo. Sabe-se que são inúmeros os fatores que impulsionam esse crescimento, tais como: psicológicos, políticos, sociais e econômicos. Dentre as necessidades de aproximação com a religião, possivelmente destacam-se as demandas crescentes enfrentadas pelas pessoas em seu cotidiano, para as quais elas buscam sentido para a vida no mundo dinâmico e instável.

Percebe-se ainda que, enquanto a ciência avança na busca de novas descobertas, parte da população se volta para o divino, o sobrenatural, à procura de soluções ou de respostas para o significado de estar no mundo. Para o ser humano, a aproximação com o “divino” durante a doença favorece a identificação de um elemento externo causador do sofrimento, às vezes identificado como “demônio”.

O homem, na maioria das vezes, ao se defrontar com seu sofrimento, costuma se aproximar da religião, para atribuir o que sente a fatores externos, ou seja, o que lhe permite ressignificar o sofrimento que não conseguia compreender ou aceitar. Nesse sentido Lévi-Strauss (1970) compreende que não há razão para duvidar da eficácia das práticas mágicas. Sua eficácia implica crença por parte de quem a pratica (feiticeiro/pastor), por parte do doente, (fiel) e por parte do coletivo (igreja, comunidade ou grupo cultural). Esse sistema de crenças propicia alívio para o indivíduo quando transfere para outros as razões de seu sofrimento, adquirindo uma compreensão mais fácil das coisas e dividindo a responsabilidade dos seus supostos erros, o que lhe permite amenizar o sofrimento.

Logo, a religião não tem apenas a função de proteger o indivíduo da confrontação com a realidade (por esquiva ou distorção de fatores reais). Desempenha também funções diversas tais como: alívio, consolo, busca de significado para problemas relevantes da existência (ex. injustiça), busca da intimidade (pela participação em rituais que favorecem a interação entre pessoas), busca da compreensão de si mesmo e busca pelo sagrado.

A religião é um importante elemento constitutivo da subjetividade. Ela é “uma das expressões mais antigas e universais da alma humana (...) além de ser um fenômeno sociológico ou histórico, é também um assunto importante para grande número de indivíduos.” (JUNG, 1999, p.07).

Diante disso, Dalgarrondo (2007, p.16) afirma ser fundamental considerar a religião como “um objeto privilegiado na interlocução com a saúde e os transtornos mentais”. Essa afirmação parte do fato de serem freqüentemente tratados no campo da Psiquiatria usuários com transtornos mentais que têm opções religiosas definidas ou possuem alguma forma de religiosidade.

Sabe-se que os primeiros hospitais destinados ao cuidado de pessoas com doenças mentais tinham um proposta religiosa sendo organizados por monges e sacerdotes.

A título de ilustração, o tratamento moral que valoriza o papel da religião e as contribuições dos clérigos nos cuidados com os pacientes se tornou um tipo dominante de assistência psiquiátrica. É com Pinel, na França, e Tokel, na Inglaterra, que esse modelo baseado na recondução do doente a um papel socialmente aceito se estabelece como principal tratamento dos transtornos mentais. (DE CARLO, BARTALOTTI, 2001).

Esse cenário mudou, segundo Koenig (2006), somente no início do século XX, com os escritos de Sigmund Freud na Psiquiatria e de G. Stanley Hall na Psicologia. Seus escritos defendiam a concepção de que a religião provocava neurose e que as teorias psicológicas iriam substituir as religiões como propiciadoras de visão de mundo e fonte de tratamento.

Esses escritos foram questionados na medida em que começaram no século XX, a surgir estudos que revelaram que:

Pessoas religiosas não eram sempre neuróticas ou instáveis e que indivíduos com fé religiosa profunda na realidade pareciam lidar melhor com estresses da vida, recuperar-se mais rapidamente da depressão e apresentar menos ansiedade e outras emoções negativas que pessoas menos religiosas. (KOENIG, 2006, s/p).



É relativamente recente o interesse no estudo científico da religião e sua relação com a saúde mental. As pesquisas nos últimos anos têm apontado que as crenças religiosas podem ajudar “os psiquiatras a compreender melhor seus pacientes, avaliar quando as crenças religiosas ou espirituais são utilizadas para lidar melhor com a doença mental e quando podem estar exacerbando essa doença.” (Koenig, 2006, s/p).

Observa-se que embora tenha sido constatado em diversas situações que a religião influencia a vida das pessoas, essa foi durante muitos anos ignorada ou negada no campo da saúde mental. Isso se deve principalmente a uma visão negativa da ciência sobre a religião, decorrente da herança positivista. Nos últimos 20 anos, observa-se um resgate da importância dessa discussão no meio científico, dando-se ênfase para a dimensão religiosa, como um dos fatores que deve ser considerado na vida em sociedade.

Koenig (2006) conclui ainda, a partir de outras pesquisas em populações saudáveis, que as crenças religiosas estão associadas com a melhor saúde mental, com enfrentamento mais exitoso de situações estressantes. Esse autor, enveredando na mesma linha de pesquisa, elencou quatro razões para associar religião à saúde:

1. As crenças religiosas oferecem uma visão de mundo que dá sentido as experiências, seja ele positivo ou negativo;
2. As crenças e práticas religiosa podem evocar emoções positivas;
3. A religião fornece rituais que facilitam e santificam as maiores transições da vida (adolescência, casamento, morte);
4. As crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento e estrutura para os tipos de comportamentos socialmente aceitáveis. (Koenig apud Fleck et all, 2008, p.179).

Segundo Idler et all (apud FLECK et al, 2008), a crença religiosa pode influenciar a saúde porque oferece e promove coesão social, comportamento saudável e reduz fatores de riscos entre outros.

Koenig e colaboradores, em 1998, realizaram pesquisa com 850 idosos internados em hospital geral e verificaram que aqueles mais apoiados pela religião apresentavam menor frequência de depressão. Esse resultado foi corroborado em 2001, quando após uma revisão dos trabalhos realizados na área, Koenig e Larson concluíram que são encontradas prevalências mais baixas de transtornos depressivos ou menos sintomas depressivos em pessoas religiosas. Fica explícito, nessas pesquisas, os efeitos positivos da religião sobre os sintomas da depressão. (DALGALARRONDO, 2008).

Outros autores, por sua vez, evidenciaram os aspectos negativos da religião sobre a saúde mental. Schafer (1997) identificou uma relação muito presente nos estudantes da Califórnia entre sofrimento emocional e envolvimento religioso. Já, em 2004, Krause e Wulff estudaram o impacto das “dúvidas religiosas” sobre a saúde mental, principalmente sobre os sintomas depressivos, chegando à conclusão que tais dúvidas estão associadas a sofrimento depressivo nas pessoas mais envolvidas com sua religião.

Para Dalgalarrondo (2008), efeitos apontam ora para efeitos negativos, ora para efeitos positivos da religião sobre a saúde mental pode estar associada a determinadas situações e condições de vida, isto é, depende do envolvimento religioso, da subjetividade e da cultura na qual o indivíduo está inserido. Sendo essa última “a que cria e produz para o indivíduo as idéias religiosas”, através das concepções sobre Deus, o sagrado e o profano que fornece. (DALGALARRONDO, 2008, p.190).

Sabe-se que historicamente a vida do ser humano é marcada por símbolos, que constroem significados para a vida individual e coletiva. Para Dalgalarrondo (2008), o homem depende dos símbolos e sistemas simbólicos de tal maneira que eles se tornam decisivos para sua viabilidade como criatura.

A religião é um dos temas mais discutidos e relevantes à vida. Os autores do presente trabalho como trabalhadores do campo da saúde mental, percebem que as pessoas com transtorno mental recorrem comumente a religião, tanto num período anterior ao tratamento clínico e/ou paralelamente a esse. Observam assim que a religião exerce um papel significativo nos usuários dos serviços.

Pensar nos efeitos que a religião pode exercer sobre o aspecto psíquico é de certa forma automático, porém esse pensamento pode ser insuficiente se não é realizada uma análise mais aprofundada dos aspectos envolvidos. Fundamentado o presente artigo nessa consideração, aborda-se a seguir o que caracteriza cientificamente a depressão e seus efeitos na população mundial.

## DEPRESSÃO: CONSIDERAÇÕES SINTOMATOLÓGICAS E EPIDEMIOLÓGICAS

A depressão é uma das enfermidades mais comuns na Psiquiatria, sendo sua causa ainda desconhecida. Especialistas acreditam que a genética, alimentação, stress, drogas, condições sócio-econômicas e outros fatores estão relacionados ao surgimento e curso da doença. A depressão é considerada uma das principais causas de incapacidades. É caracterizada como um sentimento de tristeza profunda, associado com sintomas fisiológicos e cognitivos.

Segundo Novaes, Ruschel e Bauer (2007), a Classificação Internacional das Doenças (CID -10) como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM- IV), caracteriza a depressão como um conjunto de sintomas que incluem humor deprimido (tristeza, desesperança), perda de interesse e prazer em atividades antes satisfatórias, diminuição da energia, falta de ânimo, pensamentos e sentimentos negativos e sintomas físicos como: insônia/hipersonia, aumento ou redução do apetite/peso e dores difusas.

É importante salientar que embora os sentimentos depressivos sejam comuns, especialmente depois de reveses na vida, para se considerar um quadro de depressão é necessário que alguns critérios estejam evidenciados nos sintomas do sujeito levando em consideração: “a intensidade, a freqüência, a latência, a topografia e a duração de um conjunto de comportamentos.” (AGUIAR, 2007).

Na Classificação Internacional das Doenças (CID – 10), a depressão é uma alteração do humor ou afeto, sendo classificada dentro dos transtornos afetivos. O transtorno depressivo engloba três graus de intensidade: leve, moderado e grave.

O Relatório da Organização Mundial de Saúde sobre a Saúde Mental no mundo de 2001, indicou uma prevalência dos transtornos depressivos unipolares no sexo feminino (3,2%) em comparação com o sexo masculino (1,9%). Sabe-se também que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres passarão por um episódio depressivo num período de 12 meses.

Projeções para o ano de 2020 indicam que os transtornos depressivos ocuparão o segundo lugar em termos de impacto social e econômico sobre a saúde humana, atrás apenas das doenças cardíacas isquêmicas. Além disso, levando-se em consideração apenas a incapacitação (...) a depressão maior ocupou a primeira posição em 1990. (MURRAY apud BERLIM et al, 2008).

De acordo com Greden e Sartorius (apud FLECK et al, 2008, P.123), morbidades secundárias são conseqüências frequentes nos transtornos depressivos, levando a perda nas esferas laborais e pessoais. Um dos resultados particularmente trágicos desse transtorno é o suicídio. Mann (apud Fleck et al, 2008,p.123) coloca que “a alta mortalidade é um importante problema, uma vez que cerca de 15% dos pacientes deprimidos cometem suicídios”. O suicídio continua sendo um dos resultados freqüentes e evitáveis da depressão.

A depressão é um transtorno mental comum, capaz de gerar um ônus de doença muito elevado. Isso requer uma ampliação dos estudos referentes as condições que caracterizam a sociedade contemporânea, como essas afetam a vida psíquica das pessoas e as formas de resolução que elas buscam em decorrência.

## ESTUDOS SOBRE RELIGIÃO E DEPRESSÃO

De acordo com Dalgalarrodo (2008, p.16), as pesquisas empíricas envolvendo religião, saúde e transtorno mental foram significativas ao longo de décadas na busca de identificar suas influências e dimensões no que se refere ao bem estar e à qualidade de vida do indivíduo. Essas pesquisas constituíram o que o autor chama de “epidemiologia psiquiátrica da religião.” Desse modo, apresentamos abaixo algumas implicações da atividade religiosa sobre a qualidade de vida.

Segundo Pe. Veiga (2002), estudos de vários especialistas, dentre eles o psiquiatra Paul Kielholz, de Basileia, Suíça, indicam que o aumento do número de pessoas com depressão se deve, em grande parte, à decadência dos costumes e ao afastamento da religião. Ao contrário dessa afirmação, considera-se aqui que não é a mudança dos costumes e ausência de uma prática religiosa que levam a pessoa a ter depressão. É preciso analisar a influência que a religiosidade tem na vida das pessoas de acordo com seu contexto e história de vida.

De acordo com o site BBC Brasil (2008), especialistas da Universidade de Temple, na Filadélfia, analisaram 718 adultos. Observaram que 20% das mulheres que deixaram de freqüentar sua igreja apresentaram sintomas de ansiedade, depressão e problemas relacionados ao excesso de bebidas alcoólicas. Entre os homens, aqueles que deixaram de praticar sua fé tinham menos chances de sofrer de depressão do que os que compareciam a igreja regularmente.

O Portal do Envelhecimento (2006) expõe um estudo realizado pelo Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein com mais de 500 idosos da comunidade judaica, ao longo de um ano. Esse estudo indicou que

a depressão atinge homens e mulheres na mesma proporção, estando presentes em 33% dos participantes. Constatou-se também que dos 80% daqueles que não são deprimidos possuem compromisso com crença e religião.(...) Os resultados apontaram ainda que idosos deprimidos possuem menor número de amigos nas atividades religiosas, praticam menos as atividades religiosas em relação aos não-deprimidos e têm tendência a religiosidade extrínseca (caracterizada por vivências menos espiritualizadas). (...) O estudo constatou que a religiosidade extrínseca está presente em 40% dos idosos deprimidos e em apenas 20% dos idosos não deprimidos.

A pesquisa apontou ainda que em quase 80% dos idosos não deprimidos prevalece a religiosidade intrínseca. Esse tipo de religiosidade é compreendida como uma vivência mais espiritualizada, que transcende o conforto e a convenção social, buscando um aumento do compromisso com a crença ou religião.

De acordo com o portal Rede Psi (2006), pesquisa realizada pela Dra. Amy L. Ai, da Universidade de Washington, apontou que experiências estressantes podem ser “tratadas” pela fé religiosa podendo atuar como proteção ao bem-estar psicológico, através de maiores esperanças e maior suporte social. A pesquisa foi realizada com um grupo de pessoas religiosas que seriam submetidas a procedimento cirúrgico (foram analisados 309 pacientes cardíacos no estado pós-operatório). Os pesquisadores descobriram que:

O suporte social e a esperança encontrada por quem adota estilo de vida religioso contribuíram bastante para a redução da depressão e da ansiedade. Foram considerados atos religiosos, o agradecimento e o pedido de perdão em orações, a procura pelo suporte espiritual, sentimento de fraternidade com aqueles que dividem a mesma crença, purificação religiosa e pensamentos em benefício da religião.

Rennó Junior, em 2005, fez um registro de estudos que apontam a influência da religião na saúde destacando algumas destas pesquisas. Foi verificado que pessoas que adotam práticas religiosas apresentam menos 40% de chances de terem hipertensão arterial e sofrem menos de depressão nas diversas fases de tratamento e de recuperação, além de um sistema imunológico mais fortalecido.

Zuckerman (apud GONÇALVES, FERRAZ E GIGLIO, 2000) demonstrou em seu estudo que pacientes idosos com altos índices de religiosidade tinham uma sobrevida maior do que aqueles que não tinham religião. Satoh (apud Gonçalves, Ferraz e Giglio 2000) realizou uma pesquisa com objetivo de avaliar a depressão em membros de uma seita religiosa. Foram investigadas 226 pessoas da respectiva seita e 899 pessoas de zona rural que viviam próximas a sua igreja. Como resultados, obtiveram que a afiliação religiosa foi um valor de proteção contra a depressão.

Ellis e Smith (apud GONÇALVES, FERRAZ E GIGLIO 2000), fizeram uma correlação entre o bem estar espiritual, necessidades sociais e razão de viver na Universidade de Tennessee. Foram entrevistados 100 pacientes e a correlação foi realizada através de escalas de bem-estar espiritual e necessidades sociais. Segundo esses autores, existe uma correlação positiva entre o bem-estar religioso e as razões de viver. Uma subescala embutida na escala de razões de viver mostrou que existe também uma relação inversa entre suicídio e os credos existenciais.

Os credos religiosos foram relatados como as razões para não se considerar o suicídio como uma das opções, pois não se encaixavam nas crenças existenciais. A partir disso, uma ênfase para os credos existenciais foi apontada como um auxílio na negociação diante de uma relação suicida. (...)

Foram estudados grupos de pessoas portadoras do vírus HIV, por Sicher e colaboradores no ano de 1998. Os resultados indicaram um menor número de doenças oportunistas, menor severidade da doença, menos hospitalização e dias de internação em grupo de pacientes religiosos. Como o sentimento de

proximidade da morte causa nessas pessoas sintomas depressivos, supõe-se que o envolvimento religioso atenua seu sofrimento, interferindo positivamente no sistema imunológico.

Girardi (2005) faz menção da tríade (saúde/doença/religião) expondo os benefícios da religião e bom humor no combate a várias doenças. O especialista em psiconeuroendocrinologia, Dr. Regis Ferreira, fez uma observação importante:

Práticas religiosas, meditação, enfim, são atalhos necessários para uma boa saúde, pois dessa forma o indivíduo pode conseguir equilibrar o seu sistema hormonal e deixar seu corpo no ponto certo para responder a futuras situações de estresse, reduzindo as conseqüências negativas.

Koenig e colaboradores, em 1998, procuraram identificar fatores relacionados à melhora da depressão, realizando um estudo com um grupo de 87 pacientes em um período de 47 semanas. Foi observado que a religiosidade foi importante na remissão dos sintomas depressivos.

Koenig e Larson (2001) identificaram, no século XX, 101 estudos que enfocam a relação entre depressão, religião e religiosidade. Desses estudos, dois terços encontraram prevalência mais baixas de transtornos depressivos ou menos sintomas depressivos em pessoas mais religiosas. Foi identificado o que o autor chama de relação “dose-efeito”, ou seja, quanto maior a religiosidade, menor a frequência de depressão.

Segundo Dalgarrondo (2008), estudos identificaram que participantes com depressão que receberam ou participaram de intervenções religiosas (orações, conselhos religiosos) melhoraram mais rapidamente do que aqueles que só receberam “intervenções seculares” (psicoterapia, aconselhamento ou medicação).

Um estudo realizado pela *Columbia University*, em New York, verificou que homens e mulheres intimamente ligados a alguma religião têm menor probabilidade de tentativa de suicídio. Em outro estudo, foram investigados 371 pacientes depressivos. Desses, 66% que informaram não ter nenhum tipo de ligação com religião já tinham tentado se matar. No grupo dos que afirmaram ter religião, esse número caiu para 48%. (DALGALARRONDO, 2008).

A maior parte dos estudos revela uma associação positiva entre religião e depressão. Contudo, existem pesquisas que apontam efeitos negativos nessa relação. O estudo populacional baseado no *Canadian National Population Health Survey* (1996/1997) desenvolvido por Baetz e colaboradores (2004), avaliaram dados de uma população canadense de 70.884 pessoas, acima de 15 anos de idade, no qual foram investigados sintomas depressivos cruzando-os com variáveis da religiosidade. Percebeu-se que: “Quanto mais os sujeitos se consideravam “espirituais” ou com “espiritualidade” mais sintomas depressivos apresentavam.” (DALGALARRONDO, 2008, p.184).

Constatamos nesses estudos que a interação religião e depressão pode influenciar positivamente ou negativamente a saúde. Certamente, isso depende da dinâmica integrativa da rede de apoio, do bem-estar subjetivo, condições de vida e do contexto social. Deve-se evitar, portanto, análises lineares dos efeitos da religião sobre a qualidade de vida das pessoas.

No entanto, cabe destacar que a maior parte dos estudos sobre a relação entre religião e depressão indica que pessoas que têm uma prática religiosa regular apresentam menor probabilidade de desenvolver um transtorno depressivo. Nesse sentido, a título de ilustração a grande maioria dos estudos constata que idosos com altos índices de religiosidade tendem a sofrer menos de depressão. São vários os estudos que indicam que pessoas com transtorno depressivo melhoram mais rapidamente se intervenções clínicas (psicoterapia ou medicações) forem associadas a intervenções religiosas (orações e conselhos religiosos). Em nossa atuação profissional no CAPS-SEMUS, percebe-se claramente que o atendimento em saúde mental quando acompanhado de práticas religiosas favoráveis ao bem-estar das pessoas permite uma melhor adesão ao tratamento, assim como uma resposta terapêutica mais resolutiva a partir das redes de apoio que se constroem entre usuário, família e comunidade.

## CONCLUSÕES

Percebendo que a religião neste começo de século XXI forja identidades, delinea comportamentos políticos, direciona sentimentos de ódio e amor, manifesta diversas formas de solidariedade, interfere nos mercados e ideologias e dita uma nova moral, não podemos descartar sua importância e influência na

subjetividade de nossa sociedade, muito menos a sua possibilidade de afetar os mais diversos aspectos do mundo psíquico e o bem-estar das pessoas.

Os estudos analisados ressaltam a complexidade existente na relação entre religião e depressão. Uma vertente indica aspectos positivos, principalmente no que diz respeito às formas como as pessoas se relacionam com sua igreja e com seus pares. Em oposição, existem estudos que evidenciam uma associação negativa da religião com a doença, referindo-se à maneira extremada como essa relação está inserida na vida dessas pessoas.

Identifica-se na interação das experiências religiosas com a saúde mental que fatores culturais, socioeconômicos e étnicos proporcionam alterações na forma com que as pessoas lidam com a sua subjetividade. Portanto, de acordo com a sociedade e a cultura em que está inserido, o indivíduo pode ter ou não maneiras sadias de desenvolver sua religiosidade.

Outro ponto que deve ser enfatizado, além do sócio-cultural, é a própria dinâmica psíquica das pessoas. A maneira como elas se relacionam com o mundo e consigo mesmas é essencial para o seu modo de entrelaçamento do bem-estar com a religiosidade. O mundo subjetivo, dependendo do seu ordenamento, é capaz de transformar uma relação que poderia trazer malefícios em uma conjunção positiva entre religião e doença mental, ou vice-versa.

É importante frisar também que para reconhecer a dimensão da relação entre religião e depressão na vida das pessoas, os profissionais de saúde precisam desmistificar e desconstruir conceitos antigos que os levam a se colocar como o único detentor do saber capaz de resolver as queixas dos pacientes. Acredita-se que, se os profissionais da área da saúde estiverem dispostos a perceber e analisar os aspectos positivos e negativos da relação entre religião e saúde mental, haverá uma gama de questões e perspectivas que podem ser exploradas e a partir daí poderemos rever as idéias preconceituosas e excludentes que durante muitos anos permearam as relações na saúde. Sugere-se, assim que as equipes de saúde reflitam sobre os efeitos da religião sobre a depressão, de forma a contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas que são por elas atendidas.

## REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, R. C.. Porque atualmente tantas pessoas estão com depressão e outras psicopatologias? 2007. Disponível em: [http:// psicopoesia. blogspot.com/2007/03/porque-atualmente-tantas-pessoas-esto.html](http://psicopoesia.blogspot.com/2007/03/porque-atualmente-tantas-pessoas-esto.html) Acesso em: 12 jan. 2007
2. DALGALARRONDO, P.. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: Saúde mental e religião. **Revista brasileira de psiquiatria**. Vol. 28, n.3, p 177-178, 2006.
3. \_\_\_\_\_. **Religião, psicopatologia e saúde Mental**. Porto Alegre: ARTMED, 2008.
4. DANTAS. C de R.; PAVARIN, L B, DALGAARRONDO, P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol.21 n.3. São Paulo, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arctext&pid=S1516-44461999000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&pid=S1516-44461999000300007) Acesso em: 12 jan. 2007
5. DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus ed., 2001.
6. Estudo aponta que religião e fator preventivo contra depressão em idosos.. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo2116.hpm>. Acesso em: 16 mar.2007.
7. FARIA J. B. de; SEIDL, E. M. F. **Religiosidade e enfrentamento em contextos em saúde**: revisão da literatura. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a12v18n3.pdf> .Acesso em: 16 mar.2007
8. FLECK, M. P.de A e col. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**, Artmed, 2008.
9. GONÇALVEZ, M.; FERRAZ, M P.; GIGLIO, J. S. Religiosidade e saúde. : perspectivas de continência conjunta. Disponível em: [http:// www.ipetrans.hpg.ig.com.br/Arg39.htm](http://www.ipetrans.hpg.ig.com.br/Arg39.htm). Acesso em: 12 jan. 2007.
10. KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Revista de Psiquiatria Clinica**. Vol. 34, supl 1; 2007.
11. HIDALGO, L. - **Revista de História da Biblioteca Nacional**. V. 1. N. 2. Ago. 2005.
12. LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro 1970.
13. LOUZÃ NETO, M. R., ELKIS, e col. Hélio. **Psiquiatria básica**. 2 ed. Porto Alegre , Artmed , 2007.
14. JUNG. C.G. **Psicologia e religião**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
15. MELO, M. Pensações: **Depressão e Religião**. Disponível em: <http://mackmelo.blogspot.com/2004/12/depresso-e-religio.html> Acesso em: 21 março 2007
16. MOFFATT, A. **Psicoterapia do oprimido ideologia e técnica de psiquiatria popular**. 7 ed. São Paulo: Cortez. 1991
17. NOVAES, M. A. F. P.; RUSCHEL S. H. P; BAUER, E.C. Transtorno de humor. Disponível em: <http://www.plenamente.com.br/diagnosticos1.htm> Aceso em: 19 fev. 2007
18. Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre saúde no mundo. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança**. 2001. Brasília: OPAS
19. Organização Mundial de Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. trad. Dorgival Caetano.Porto Alegre: Artes MÉdicas,1993.

20. RENNÓ JUNIOR, J. **Ter fé faz muito bem à saúde.** Disponível em: [http://www.uol.com.br/vyaestelarqmente\\_fe.htm](http://www.uol.com.br/vyaestelarqmente_fe.htm) . Acesso em:08 março 2007
21. SAAD, M, MASIERO, D, BATTISTELLA, L R. **Espiritualidade baseada em evidencias.** 2001.. Disponível em: [http:// www.amebrasil.org.brqhtml/espirt\\_evidencias .pdf](http://www.amebrasil.org.brqhtml/espirt_evidencias.pdf). Acesso em: 10março 2007.
22. SCCLiar, M. et al.**Achismo da saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.
23. VIEGA Pe. A. C. de. **Depressão: a dor necessária,** São Paulo: Loyola, 2002.
24. REDE PSI. Crenças Religiosas podem proteger o bem-estar psicológico em experiências traumáticas. 2006. Disponível em: [http:// www.redepsi.com.br/portal3](http://www.redepsi.com.br/portal3). Acesso em: 10 março 2007