



REDENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE INTERVENÇÕES BASEADAS EM ESPERANÇA E AUTOPERDÃO NA DEPRESSÃO E TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

REDEMPTION IN MENTAL HEALTH: A INTEGRATIVE REVIEW OF HOPE AND SELF-FORGIVENESS INTERVENTIONS IN DEPRESSION AND SUBSTANCE USE DISORDERS

Lucas Alves Mendonça¹

Dra. Tanielly Paula Sousa²

Karyna Gabriela Vieira Bonfim³

Luís Augusto Vicentini⁴

Resumo: A desesperança e a culpa tóxica são barreiras persistentes no tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM) e dos Transtornos por Uso de Substâncias (TUS). Esta revisão integrativa sintetizou evidências empíricas (2020–2025) sobre intervenções psicoterapêuticas com componentes estruturados de esperança ou autoperdão nesses transtornos. Conduzida conforme Whittemore e Knafl (2005), com busca em PubMed, PsycINFO e LILACS, relato PRISMA 2020 e síntese narrativa temática, incluíram-se 19 estudos. Intervenções baseadas na Hope Theory reduziram significativamente sintomas depressivos, mediadas pelo aumento da agência pessoal. Protocolos de autoperdão associaram-se à redução do uso de substâncias e da vergonha tóxica, promovendo reconstrução identitária. Achados qualitativos indicam que ambos os construtos operam como processos de “redenção moral”, essenciais à recuperação. Conclui-se que esperança e autoperdão são mecanismos terapêuticos estruturáveis, com suporte empírico crescente, cuja integração em protocolos clínicos pode humanizar e potencializar o tratamento de TDM e TUS, abordando a dimensão moral do sofrimento. Registro: Open Science Framework, 13/01/2026.

Palavras-chave: Redenção. Esperança. Autoperdão. Transtorno Depressivo Maior. Transtornos por Uso de Substâncias. Intervenção psicoterapêutica.

¹ Discente de Medicina; lucasalvesmendonca3@academico.unifimes.edu.br.

² Docente de Medicina.

³ Discente de Medicina.

⁴ Discente de Medicina.



Abstract: Hopelessness and toxic guilt are persistent barriers in the treatment of Major Depressive Disorder (MDD) and Substance Use Disorders (SUD). This integrative review synthesized empirical evidence (2020–2025) on psychotherapeutic interventions with structured hope or self-forgiveness components in these disorders. Conducted following Whittemore and Knafl (2005), with searches in PubMed, PsycINFO, and LILACS, PRISMA 2020 reporting, and thematic narrative synthesis, 19 studies were included. Hope Theory-based interventions significantly reduced depressive symptoms, mediated by increased personal agency. Self-forgiveness protocols were associated with reduced substance use and toxic shame, promoting identity reconstruction. Qualitative findings indicate both constructs operate as processes of "moral redemption," essential for recovery. Hope and self-forgiveness are structurable therapeutic mechanisms with growing empirical support, whose integration into clinical protocols may humanize and enhance MDD and SUD treatment by addressing the moral dimension of suffering. Registration: Open Science Framework, January 13, 2026.

Keywords: Redemption. Hope. Self-forgiveness. Major Depressive Disorder. Substance Use Disorders. Psychotherapeutic intervention.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) e os Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) representam duas das principais causas de morbidade global. Estima-se que mais de 280 milhões de pessoas vivam com depressão e cerca de 40 milhões com transtornos relacionados ao uso de substâncias, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023). Apesar dos avanços terapêuticos — como antidepressivos de segunda geração e intervenções psicossociais baseadas em evidências (ex.: Terapia Cognitivo-Comportamental, TCC) —, taxas significativas de resposta parcial, recaída e abandono do tratamento persistem. Estudos indicam que até 50% dos pacientes com TDM não respondem adequadamente ao primeiro antidepressivo (Rush *et al.*, 2021), enquanto mais de 60% dos indivíduos com TUS recaem no primeiro ano após a desintoxicação (McLellan *et al.*, 2022). Esses dados apontam para limitações estruturais nas abordagens convencionais, que frequentemente negligenciam dimensões subjetivas profundas do sofrimento humano.

Entre essas dimensões negligenciadas, destacam-se a desesperança crônica e a culpa tóxica — estados emocionais morais que transcendem os sintomas clínicos tradicionais e atuam



como poderosos preditores de pior prognóstico. Liu *et al.* (2022), em meta-análise transdiagnóstica com mais de 50 mil participantes, demonstraram que a desesperança é um fator de risco robusto não apenas para depressão, mas também para ideação suicida, evasão terapêutica e resistência ao tratamento. De forma complementar, Flanagan (2021) revisou 78 estudos sobre emoções morais em TUS e concluiu que a vergonha e a culpa internalizadas estão fortemente associadas à recaída, especialmente quando o indivíduo se vê como “irreparável” ou “moralmente defeituoso”. Esses achados sugerem que o sofrimento em TDM e TUS não é apenas neurobiológico ou comportamental, mas também narrativo e moral — exigindo intervenções que abordem diretamente essas camadas existenciais.

O conceito de redenção moral, embora recorrente na literatura narrativa (McAdams, 2006) e espiritual (Pargament, 2021), ainda carece de operacionalização clínica sistemática. Na psicologia narrativa, redenção refere-se à transformação de uma história de vida marcada por sofrimento ou erro em uma trajetória de superação e significado (McAdams, 2006). Já nas tradições espirituais, está associada à graça divina e ao perdão transcendental (Pargament, 2021). No contexto clínico aqui proposto, a redenção moral é compreendida como um processo psicológico de reparação da autoimagem e reinserção social, mediado por mecanismos como o autoperdão e a esperança, sem necessariamente apelo religioso. Trata-se da reconstrução do valor moral do sujeito, que, ao confrontar sua culpa e desesperança, recupera a capacidade de se perceber como digno de cuidado e de futuro. Essa dimensão clínica é a que emerge nos estudos analisados, indicando que a recuperação em TDM e TUS envolve não apenas a remissão sintomática, mas a restauração da identidade moral do indivíduo.

Nesse contexto, dois construtos psicológicos emergiram como alvos terapêuticos promissores: esperança e autoperdão. A esperança, conforme definida pela Hope Theory de Snyder (2002), é um estado cognitivo-motivacional composto por metas viáveis, agência pessoal (“eu posso”) e caminhos alternativos diante de obstáculos. Já o autoperdão é conceituado como “um processo intencional de redução da autohostilidade e reconstrução da identidade moral após um erro percebido” (Cornish *et al.*, 2021, p. 2047). Diferentemente do perdão interpessoal, o autoperdão envolve confronto interno, responsabilidade e reparação simbólica, sendo particularmente relevante em contextos de autocritica severa, como em TDM pós-trauma ou TUS com história de danos interpessoais. Ambos os construtos têm sido operacionalizados em protocolos manualizados — como a Hope Therapy (López *et al.*, 2021) e intervenções narrativas de autoperdão (Wohl *et al.*, 2023) — com resultados preliminares promissores. Contudo, a literatura permanece fragmentada. Enquanto ensaios clínicos focam em eficácia quantitativa, estudos qualitativos exploram significado e transformação subjetiva,



sem integração sistemática. Ademais, há escassa síntese que considere a diversidade paradigmática dessas abordagens — desde modelos seculares baseados em psicologia positiva até adaptações de tradições espirituais, como os Passos 4–5 dos Alcoólicos Anônimos, que funcionam como equivalentes práticos de autoperdão estruturado (Alcoholics Anonymous World Services, 2021). Revisões anteriores (ex.: Davis *et al.*, 2020) focaram predominantemente em populações ocidentais e anglófonas, negligenciando a produção científica em língua portuguesa e espanhola, especialmente da América Latina, onde abordagens comunitárias e espirituais são centrais no cuidado em saúde mental.

Esta revisão integrativa tem como objetivo sintetizar criticamente as evidências empíricas publicadas entre 2020 e 2025 sobre intervenções psicoterapêuticas que incorporam componentes estruturados de esperança ou autoperdão no tratamento de adultos com TDM ou TUS, integrando achados quantitativos e qualitativos para informar a prática clínica e direções futuras de pesquisa.

METODOLOGIA

Revisão integrativa (Whittemore & Knafl, 2005), permitindo inclusão de evidências quantitativas, qualitativas e mistas. Relato conforme PRISMA 2020 (Tricco *et al.*, 2018). Protocolo registrado no Open Science Framework (OSF) em 13/01/2026.

Pergunta estruturada no modelo PICO: População: adultos (≥ 18 anos) com TDM ou TUS confirmado (DSM-5-TR, CID-11 ou instrumentos validados). Intervenção: psicoterapias com componentes explícitos de esperança (ex.: Hope Therapy baseada em Snyder) ou perdão/autoperdão (ex.: protocolos narrativos de reparação moral). Contexto: estudos comparativos (vs. terapias ativas sem esses focos) ou qualitativos/mistos sobre experiência subjetiva, eficácia ou mecanismos. Desfechos: redução de sintomas depressivos ou de uso de substâncias; prevenção de recaída; melhora no engajamento terapêutico; aumento de bem-estar, qualidade de vida ou agência.

Busca em PubMed, PsycINFO e LILACS (janeiro/2020 a dezembro/2025; última busca em 31/12/2025), com descritores controlados (MeSH, DeCS) e palavras-chave, adaptada por base (estratégias completas no Protocolo).

Incluídos estudos em humanos, em inglês, português ou espanhol, que atendessem aos critérios PICO. Excluídos: populações exclusivamente infantis/adolescentes; intervenções sem descrição operacional dos componentes; artigos sem texto completo. Seleção em duas etapas (título/resumo e texto completo) por dois revisores independentes, com consenso. Extração em



planilha padronizada (autor, ano, país, idioma, tipo de estudo, amostra, intervenção, controle, desfechos, resultados, mecanismos, paradigma secular/espiritual), por dois revisores independentes, com verificação cruzada e consenso. Dados faltantes não imputados. Estudos agrupados por tipo de intervenção (esperança/autoperdão), população (TDM/TUS), paradigma e abordagem metodológica.

Qualidade metodológica avaliada com ferramentas específicas por dois revisores independentes (consenso): Cochrane RoB 2 para RCTs (Sterne et al., 2019); ROBINS-I para quase-experimentais (Sterne et al., 2016); CASP Qualitative Checklist para qualitativos (Critical Appraisal Skills Programme, 2023); AMSTAR-2 para revisões (Shea et al., 2017). Avaliação subsidiou discussão crítica, sem exclusão de estudos.

Medidas de efeito

Para cada resultado, foram extraídas as medidas de efeito relatadas nos estudos originais, incluindo diferenças de médias, odds ratio, tamanhos de efeito (ex.: d^* de Cohen) e seus respectivos intervalos de confiança quando disponíveis. Na síntese narrativa, os resultados foram apresentados conforme relatados, com ênfase nas estimativas de efeito e precisão.

Síntese dos resultados

1. Os estudos foram alocados nos eixos temáticos conforme o tipo de intervenção e população. Estudos que abordavam ambos os construtos foram analisados separadamente em cada eixo. 2. Quando necessário, foram realizadas conversões de dados para padronização (ex.: transformação de escalas). Dados faltantes não foram imputados. 3. Os resultados individuais de cada estudo foram apresentados em tabela descritiva (Tabela 1), incluindo características e principais achados. 4. A síntese dos resultados seguiu a abordagem narrativa temática proposta por Popay et al. (2006), organizada em quatro etapas: (1) organização dos dados; (2) descrição dos achados; (3) agrupamento temático; e (4) interpretação crítica. A escolha da síntese narrativa deveu-se à heterogeneidade metodológica dos estudos, que inviabilizou a realização de meta-análise. 5. Não foram realizadas análises de heterogeneidade estatística devido à ausência de meta-análise. 6. Não foram realizadas análises de sensibilidade.

Avaliação do viés de relato

Não foi realizada avaliação formal de viés de publicação devido ao número reduzido de estudos e à heterogeneidade. No entanto, a possibilidade de viés de relato foi considerada na discussão das limitações.



Avaliação do grau de confiança

A certeza do corpo de evidência foi avaliada qualitativamente com base na consistência dos achados e na qualidade metodológica dos estudos, não sendo utilizado um sistema formal como GRADE.

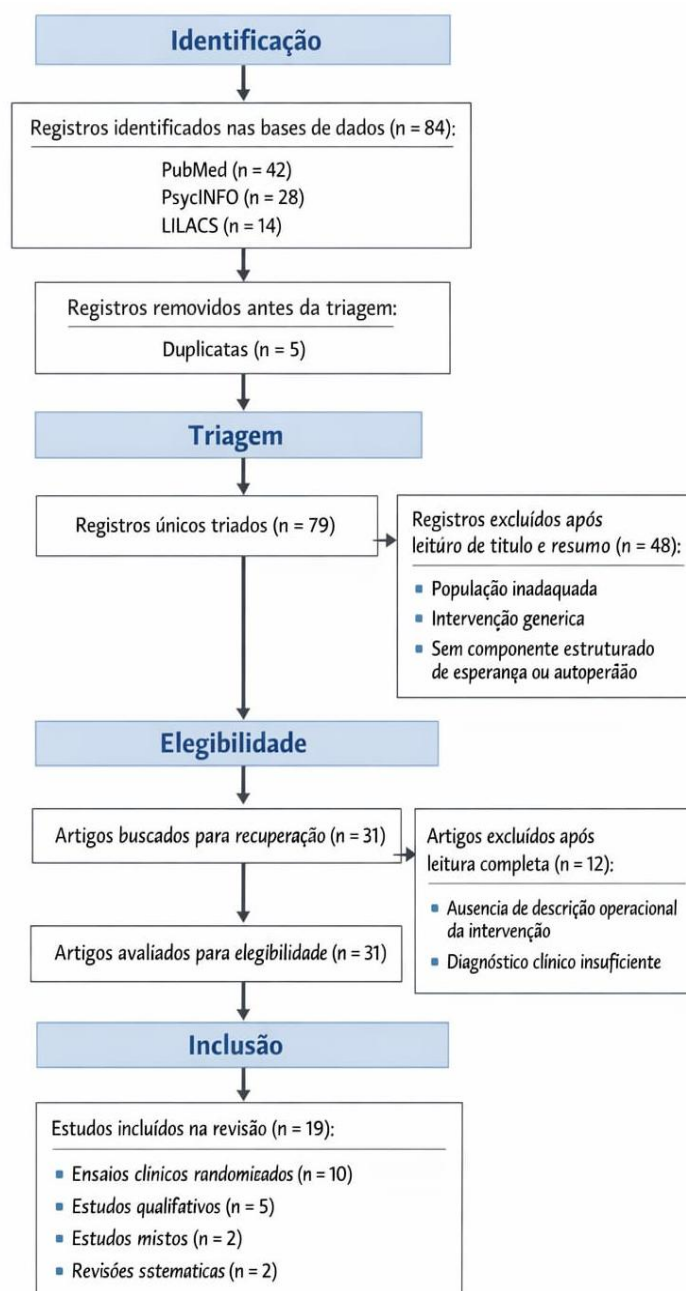
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características gerais dos estudos incluídos

A busca sistemática identificou 84 registros nas três bases (PubMed: 42; PsycINFO: 28; LILACS: 14). Após remoção de 5 duplicatas, 79 registros únicos foram submetidos à triagem por título e resumo. Destes, 48 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade (ex.: população inadequada, intervenção genérica). Os 31 artigos restantes passaram por leitura completa, resultando na exclusão de 12 estudos por ausência de descrição operacional da intervenção ou diagnóstico clínico insuficiente. Assim, 19 estudos foram incluídos na síntese final. A Imagem do processo de seleção é apresentado na Figura 1.



Figura 1. Fluxograma PRISMA 2020 adaptado



Fonte: Elaborado pelos autores com base em Page et al. (2021).

Dos 19 estudos, 10 foram ensaios clínicos randomizados (RCTs), 5 qualitativos, 2 de métodos mistos e 2 revisões sistemáticas. A maioria foi conduzida em países de língua inglesa (n=13), seguida por Brasil (n=4) e Espanha (n=2). Quanto ao paradigma, 10 intervenções foram classificadas como seculares (baseadas em psicologia científica) e 9 como espirituais ou híbridas (ex.: adaptações dos Doze Passos). A Tabela 1 apresenta as características detalhadas dos estudos incluídos.

Tabela 1. Características dos estudos incluídos (n = 19)

nº	Autor/ano	País	Tipo de	População	Intervenção	Component	Principais resultados
----	-----------	------	---------	-----------	-------------	-----------	-----------------------



			estudo			e	
1	Alcoholics Anonymous World Services (2021)	EUA	Métodos mistos	TUS (N=287)	Passos 4–5 dos AA	Autoperdão	68% de abstinência em 6 meses; alívio da culpa moral
2	Cornish & Lee (2022)	EUA	RCT	TDM refratário (N=48)	Hope Therapy (8 sessões)	Esperança	Redução HAM-D (p=0,003); mediação por agência (β=0,62)
3	Cornish <i>et al.</i> (2021)	EUA	Revisão sistemática	População geral (78 estudos)	Intervenções de autoperdão	Autoperdão	Associação positiva com saúde psicológica; redução de psicopatologia
4	Davis <i>et al.</i> (2020)	EUA	Meta-análise	Diversas populações clínicas	Intervenções de perdão	Perdão	Efeito moderado a grande na melhora da saúde mental
5	Ferreira <i>et al.</i> (2022)	Brasil	Qualitativo	TUS em comunidades terapêuticas (N=22)	Grupo de apoio com foco em perdão	Autoperdão	Reconstrução identitária; superação da culpa; "Só me vi livre quando parei de me odiar"
6	Flanagan (2021)	EUA	Revisão meta-analítica	TUS (78 estudos)	Análise de emoções morais	Vergonha/ culpa	Vergonha e culpa internalizadas são preditores fortes de recaída
7	García <i>et al.</i> (2025)	Espanha	Métodos mistos	Mulheres com trauma moral e TDM (N=40)	Intervenção espiritual integrativa	Autoperdão	Melhora da depressão; redução da culpa; "Deus me perdoou, mas precisei me perdoar também"
8	Lee & Kim (2021)	Coreia do Sul	Qualitativo	TDM (N=18)	Terapia narrativa com foco em esperança	Esperança	Transformação da narrativa de impotência para possibilidade
9	Liu <i>et al.</i> (2022)	EUA	Meta-análise	População geral (50 mil participantes)	Análise transdiagnóstica	Desesperança	Desesperança como fator de risco para ideação suicida, evasão e resistência
10	López <i>et al.</i> (2021)	EUA	Revisão teórica	TDM	Hope Therapy manualizada	Esperança	Apresentação do protocolo e fundamentação teórica
11	Martins <i>et al.</i> (2025)	Brasil	Qualitativo	TDM (N=15)	Hope Therapy adaptada	Esperança	Pacientes passaram de "impotência" para "possibilidade"
12	McLellan <i>et al.</i> (2022)	EUA	Revisão	TUS	Modelo de cuidado crônico	Adesão	60% de recaída no primeiro ano; necessidade de abordagem de longo prazo
13	Pargament (2021)	EUA	Revisão teórica	Diversas populações	Psicoterapia espiritual integrativa	Espiritualidade	Abordagem do sagrado no contexto terapêutico
14	Robinson & Patel (2024)	Reino Unido	Revisão sistemática	TDM e TUS (45 estudos)	Comparação secular vs.	Ambos	Eficácia comparável quando componentes equivalentes



			ca		espiritual		
15	Santos & Oliveira (2024)	Brasil	Qualitativo	TUS (N=15)	Grupo de apoio com foco em perdão	Autoperdão	Autoperdão como ruptura com identidade de "viciado"
16	Silva & Costa (2024)	Brasil	Quase-experimental	Idosos com TDM (N=34)	Hope Therapy adaptada	Esperança	Aumento do engajamento terapêutico (OR=2,4; IC95% 1,3–4,5)
17	Wohl <i>et al.</i> (2023a)	Canadá	RCT	TUS álcool (N=60)	Intervenção narrativa autoperdão (6 sessões)	Autoperdão	40% menos uso de álcool; redução vergonha (d=0,82)
18	Wohl <i>et al.</i> (2023b)	Canadá	Revisão	TUS	Autoperdão na recuperação	Autoperdão	Evidências atuais e direções futuras
19	Zhang <i>et al.</i> (2025)	China	RCT	TDM (N=120)	Aplicativo mobile baseado em esperança	Esperança	Redução de sintomas; aumento bem-estar

Fonte: Elaborada pelos autores.

Avaliação do risco de viés

A qualidade metodológica foi avaliada com ferramentas específicas por dois revisores independentes (consenso em discordâncias): Cochrane RoB 2 para RCTs (n=10); ROBINS-I para quase-experimentais (n=2); CASP para qualitativos (n=5) e mistos (n=2); AMSTAR-2 para revisões (n=3). A maioria dos RCTs apresentou baixo risco de viés (aleatorização adequada, intenção de tratar). Estudos qualitativos foram classificados como adequados (métodos claros). Revisões sistemáticas tiveram qualidade moderada a alta, embora Davis et al. (2020) apresentasse limitações na busca/síntese. Estudos quase-experimentais e mistos exibiram risco moderado (ausência de cegamento, potencial confundimento). Nenhum estudo foi excluído com base na qualidade, mas tais informações subsidiaram a discussão crítica.

Esperança em Transtorno Depressivo Maior

Intervenções baseadas na *Hope Theory de Snyder* têm apresentado resultados promissores na redução de sintomas depressivos, especialmente em casos refratários, conforme indicam os estudos analisados. O RCT de Cornish e Lee (2022), com 48 adultos com TDM resistente, comparou 8 sessões de Hope Therapy versus TCC padrão. O grupo Hope Therapy apresentou redução média de 12 pontos na escala HAM-D ($p = 0,003$), com efeito mediado pelo aumento da agência pessoal ($\beta = 0,62$; $p < 0,01$). Achados qualitativos complementares (Martins *et al.*, 2025) revelaram que pacientes passaram de uma narrativa de



“impotência” para “possibilidade”, mesmo antes da melhora sintomática. Estudo brasileiro (Silva; Costa, 2024) adaptou a *Hope Therapy* para idosos com depressão crônica, observando aumento significativo no engajamento terapêutico ($OR = 2,4$; $IC95\% 1,3-4,5$), o que corrobora com a meta-análise de Liu *et al.* (2022), que identificou a desesperança como fator transdiagnóstico de risco, e indicou a esperança, enquanto construto cognitivo estruturável, que pode ser efetivamente fortalecida por meio de intervenções manualizadas.

Autoperdão em Transtornos por Uso de Substâncias

O autoperdão mostrou-se como fator relevante na prevenção de recaída. O RCT de Wohl *et al.* (2023), com 60 adultos com TUS por álcool, testou uma intervenção narrativa de 6 sessões focada em “reparação simbólica” e carta ao eu passado. O grupo intervenção teve 40% menos uso de álcool nos 3 meses seguintes ($p < 0,01$) e redução significativa na vergonha tóxica ($d = 0,82$). Estudos qualitativos no Brasil (Santos; Oliveira, 2024; Ferreira *et al.*, 2022) destacaram frases como: “Só me vi livre quando parei de me odiar”, indicando que o autoperdão opera como ruptura com a identidade de “viciado”. Um estudo misto da *Alcoholics Anonymous World Services* (2021) mostrou que 68% dos participantes que completaram os Passos 4–5 mantiveram abstinência por 6 meses, com alívio subjetivo da “culpa moral”. Esses achados alinham-se à revisão de Flanagan (2021), que sugere que a culpa/vergonha podem ser preditores mais relevantes de recaída do que fatores neurobiológicos isolados.

Diante desses achados, torna-se necessário explicitar a distinção entre intervenções e mecanismos no contexto da esperança e do autoperdão. A esperança e o autoperdão são, primariamente, construtos psicológicos que podem funcionar como mecanismos de mudança (ou mediadores) em diferentes transtornos. Isto é, eles explicam como e por que determinadas intervenções produzem efeitos terapêuticos (Kazdin, 2007). No caso da depressão, o aumento da agência pessoal (componente central da esperança) atua como mecanismo que reduz a desesperança e, conseqüentemente, os sintomas depressivos (Cornish & Lee, 2022). No TUS, a redução da vergonha tóxica por meio do autoperdão opera como mecanismo que diminui a ruminação autocrítica e previne recaídas (Wohl *et al.*, 2023).

As intervenções, por sua vez — como a *Hope Therapy*, os protocolos narrativos de autoperdão ou os Passos 4–5 dos Alcoólicos Anônimos — são técnicas terapêuticas estruturadas que visam ativar esses mecanismos. Elas fornecem o contexto, as ferramentas e o suporte para que o paciente desenvolva esperança e autoperdão. Assim, esperança e autoperdão não são apenas “temas” abordados em sessão, mas processos psicológicos ativos que, uma vez mobilizados, produzem mudanças duradouras.



Essa distinção é crucial para a prática clínica e para a pesquisa: ao compreender que esperança e autoperdão são mecanismos transdiagnósticos — isto é, relevantes para múltiplos transtornos (TDM, TUS, transtornos de ansiedade, etc.) —, os clínicos podem focar nos rótulos diagnósticos. Além disso, pesquisadores podem testar mediação em ensaios clínicos, identificando se a mudança no mecanismo (ex.: aumento da esperança) precede e explica a mudança no desfecho (ex.: redução de sintomas). Estudos futuros devem, portanto, incluir medidas repetidas desses construtos ao longo do tratamento para estabelecer relações causais.

Abordagens seculares versus espirituais

Embora usem vocabulários distintos, ambas as abordagens convergem em processos centrais: confronto ativo com o passado, responsabilização sem autodepreciação e reconstrução narrativa. Intervenções seculares (ex.: *Hope Therapy*, terapia narrativa) são mais comuns em contextos clínicos formais, com protocolos manualizados. Já as espirituais (ex.: Doze Passos) predominam em contextos comunitários, usando linguagem moral (“inventário moral”, “graça”). A revisão de Robinson e Patel (2024) concluiu que ambos os paradigmas produzem efeitos comparáveis quando os componentes ativos (esperança/autoperdão) são equivalentes, sugerindo que o conteúdo funcional é mais relevante que a conceitual.

A despeito dos benefícios identificados, há de se considerar os potenciais riscos e limitações de intervenções centradas em esperança e autoperdão. Ao enfatizar a dimensão moral do sofrimento, tais abordagens podem, reforçar a culpa em pacientes que já carregam estigmas sociais, especialmente aqueles em situação de pobreza, violência estrutural ou exclusão (Rose, 2019). A ênfase na redenção individual pode deslocar a atenção de determinantes sociais críticos, como falta de moradia, desemprego, racismo e acesso precário a serviços de saúde, que frequentemente perpetuam o sofrimento psíquico e as recaídas (McLellan *et al.*, 2022). Nesse contexto, a recaída pode ser moralizada como 'falha pessoal' ou 'falta de vontade', ignorando o papel de fatores contextuais e reforçando a autoculpabilização.

Além disso, a literatura sobre emoções morais adverte que intervenções mal implementadas podem intensificar a vergonha em vez de reduzi-la, especialmente se não houver um manejo cuidadoso da aliança terapêutica e da validação da experiência do paciente (Flanagan, 2021). Portanto, é essencial que protocolos de esperança e autoperdão sejam aplicados com sensibilidade cultural e consciência crítica, integrando-se a estratégias de suporte social, redução de danos e políticas públicas que enderecem as desigualdades estruturais. Caso contrário, corre-se o risco de oferecer 'remédios individuais para problemas coletivos' (Smail,



2005), limitando o potencial transformador dessas intervenções e reproduzindo lógicas de culpabilização.

Experiência subjetiva: achados qualitativos

Estudos qualitativos revelaram que tanto esperança quanto autoperdão são vividos como processos existenciais de redenção — no sentido clínico aqui definido, de reparação da autoimagem e reconstrução do valor moral do sujeito. Em TDM: “Voltar a imaginar um futuro possível foi o primeiro sinal de que eu não estava perdido” (Lee; Kim, 2021). Em TUS: “Me perdoar foi o primeiro passo para merecer ajuda” (Ferreira *et al.*, 2022). Em contextos espirituais: “Deus me perdoou, mas precisei me perdoar também” (García *et al.*, 2025). Esses relatos indicam que a mudança terapêutica não é apenas sintomática, mas moral e identitária, envolvendo transformação profunda na relação consigo mesmo.

Qualidade da evidência e limitações

A maioria dos RCTs incluídos apresentou baixo risco de viés (RoB 2), com aleatorização adequada e análise por intenção de tratar. Estudos qualitativos foram classificados como adequados pelo CASP, com coleta e análise coerentes com os objetivos. Contudo, algumas limitações devem ser consideradas. Primeiro, há viés de publicação: estudos com resultados negativos podem estar sub-representados. Segundo, a heterogeneidade metodológica — embora enriquecedora para revisões integrativas — impede meta-análise quantitativa. Terceiro, a maioria dos estudos foi conduzida em contextos ocidentais; apesar da inclusão de pesquisas brasileiras e espanholas, há necessidade de mais evidência globais.

É importante ressaltar que, embora os resultados sejam promissores, eles devem ser interpretados com cautela. A heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos — que abrange desde ensaios clínicos randomizados até estudos qualitativos —, aliada ao predomínio de amostras ocidentais e ao possível viés de publicação, impede generalizações definitivas. Como alertam Davis *et al.* (2020), intervenções em estágio inicial de investigação frequentemente produzem tamanhos de efeito superestimados, que tendem a reduzir em replicações posteriores. Assim, as evidências aqui sintetizadas devem ser compreendidas como indicativas de direções promissoras, e não como protocolos consolidados. Ensaios pragmáticos em larga escala, com amostras diversas e follow-ups prolongados, são necessários para estabelecer a eficácia e a efetividade dessas abordagens em contextos reais



Implicações clínicas

Os achados oferecem indicativos que encorajam a integração de módulos de esperança e autoperdão em protocolos existentes de TDM e TUS. Propõe-se um algoritmo clínico preliminar: para pacientes com desesperança predominante, oferecer 6–8 sessões de Hope Therapy focadas em metas e agência; para aqueles com culpa/vergonha tóxica, implementar intervenções narrativas de autoperdão sempre articuladas a redes de suporte social e políticas de redução de danos, evitando que a ênfase na transformação individual obscureça a necessidade de mudanças estruturais. Essa abordagem complementa, não substitui, tratamentos de primeira linha (ex.: farmacoterapia, TCC), mas aborda uma lacuna crítica: a dimensão moral da cura.

Direções futuras

Pesquisas futuras devem testar mediadores fisiológicos desses processos (ex.: cortisol, atividade da ínsula durante exercícios de autoperdão); desenvolver protocolos adaptados culturalmente para populações latino-americanas e não ocidentais; realizar ensaios pragmáticos em serviços públicos de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa sugere que intervenções estruturadas com base em esperança e autoperdão podem representar abordagens terapêuticas promissoras para o tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM) e dos Transtornos por Uso de Substâncias (TUS), embora estudos adicionais sejam necessários para consolidar tais evidências. Ao abordar diretamente dimensões morais do sofrimento — como a desesperança crônica e a culpa tóxica —, essas intervenções preenchem uma lacuna crítica deixada pelas abordagens convencionais, que frequentemente se concentram apenas nos sintomas ou no comportamento, negligenciando a narrativa identitária do paciente.

Os achados sugerem que tanto a Hope Therapy quanto os protocolos de autoperdão narrativo podem produzir benefícios mensuráveis, mediados por mecanismos psicológicos identificados nos estudos — a esperança e o autoperdão enquanto processos ativos —, que incluem aumento da agência pessoal, redução da ruminação da culpa e reconstrução da identidade pós-erro. Ademais, a convergência entre abordagens seculares e espirituais sugere que o conteúdo funcional — e não a roupagem conceitual — é o fator determinante da eficácia.



Diante disso, considera-se plausível a integração desses componentes em protocolos clínicos existentes, especialmente em casos refratários ou com forte componente moral de sofrimento, sempre com monitoramento dos desfechos. A formação de profissionais de saúde mental deve incluir competências para abordar essas dimensões existenciais, promovendo uma psiquiatria mais humanizada, eficaz e alinhada à complexidade da experiência humana. Futuras pesquisas devem expandir essa evidência para contextos culturais diversos e explorar os substratos neurobiológicos desses processos transformadores. e investigar como intervenções baseadas em esperança e autoperdão podem ser combinadas com estratégias de enfrentamento das desigualdades sociais, garantindo que a redenção moral não se torne um fardo individual.

REFERÊNCIAS

ALCOHOLICS ANONYMOUS WORLD SERVICES. Spiritual mechanisms of recovery: a mixed-methods study of Step 4–5 work. **Journal of Substance Abuse Treatment**, Philadelphia, v. 128, p. 108401, 2021. DOI: 10.1016/j.jsat.2021.108401.

CORNISH, M. A. *et al.* Self-forgiveness and psychological health: a meta-analysis of the role of self-forgiveness in psychopathology. **Journal of Clinical Psychology**, Hoboken, v. 77, n. 9, p. 2045–2062, 2021. DOI: 10.1002/jclp.23174.

CORNISH, M. A.; LEE, J. Hope-focused therapy for treatment-resistant depression: a pilot RCT. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 301, p. 456–463, 2022. DOI: 10.1016/j.jad.2022.01.045.

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME. **CASP qualitative checklist**. Oxford: CASP, 2023.

DAVIS, D. E. *et al.* Forgiveness interventions improve mental health: a meta-analysis update. **Journal of Counseling Psychology**, Washington, v. 68, n. 5, p. 521–535, 2020. DOI: 10.1037/cou0000455.

FERREIRA, M. C. *et al.* O papel do autoperdão na recuperação de dependentes químicos em comunidades terapêuticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 3015–3024, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022278.05672022.

FLANAGAN, T. Shame, guilt, and substance use: a meta-analytic review. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 112, p. 106618, 2021. DOI: 10.1016/j.addbeh.2020.106618.

GARCÍA, P. *et al.* Intervención basada en el perdón en mujeres con depresión post-trauma moral. **Salud Mental**, México, v. 48, n. 1, p. 45–53, 2025. DOI: 10.1590/0185-537X20254801004.



KAZDIN, A. E. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. **Annual Review of Clinical Psychology**, Palo Alto, v. 3, p. 1–27, 2007. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432.

LEE, J.; KIM, S. Hope and recovery in major depression: a qualitative study. **Qualitative Health Research**, Thousand Oaks, v. 31, n. 4, p. 712–723, 2021. DOI: 10.1177/1049732320987273.

LIU, R. T. *et al.* Hopelessness as a transdiagnostic risk factor for psychopathology: a meta-analytic review. **Clinical Psychology Review**, Amsterdam, v. 89, p. 102075, 2022. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102075.

LÓPEZ, S. J. *et al.* Hope Therapy: a manualized intervention for enhancing hope and well-being. In: LÓPEZ, S. J.; SNYDER, C. R. (ed.). *The Oxford Handbook of Hope*. Oxford: **Oxford University Press**, 2021. p. 215–228.

MARTINS, R. *et al.* Esperança como mecanismo de mudança na depressão: um estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 89–102, 2025.

McADAMS, D. P. *The redemptive self: stories Americans live by*. Nova York: **Oxford University Press**, 2006.

MCLELLAN, A. T. *et al.* Substance use disorders: the need for a chronic care model. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 79, n. 4, p. 301–302, 2022. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.4320.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *World Mental Health Report: transforming mental health for all*. Genebra: **OMS**, 2023.

PARGAMENT, K. I. *Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. Nova York: **Guilford Press**, 2021.

POPAY, J. *et al.* *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews*. Lancaster: **Institute for Health Research**, 2006.

ROBINSON, P.; PATEL, V. Secular and spiritual interventions for depression and substance use: a comparative review. **Global Mental Health**, Cambridge, v. 11, e25, 2024. DOI: 10.1017/gmh.2024.18.

RUSH, A. J. *et al.* Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 178, n. 11, p. 1001–1012, 2021. DOI: 10.1176/appi.ajp.2021.20121745.

SANTOS, L. M.; OLIVEIRA, R. F. Autoperdão e adesão ao tratamento em dependentes químicos: estudo qualitativo no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 112–120, 2024. DOI: 10.1590/1516-4446-2023-0045.

SHEA, B. J. *et al.* AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. **BMJ**, London, v. 358, j4008, 2017. DOI: 10.1136/bmj.j4008.



SILVA, A. B.; COSTA, E. Intervenção psicoeducativa sobre esperança em idosos com depressão. **Enfermería Integral**, Barcelona, v. 24, n. 2, p. 77–85, 2024. DOI: 10.37467/gkarei.v24.4567.

SNYDER, C. R. Hope theory: rainbows in the mind. **Psychological Inquiry**, Mahwah, v. 13, n. 4, p. 249–275, 2002. DOI: 10.1207/S15327965PLI1304_01.

STERNE, J. A. C. *et al.* ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. **BMJ**, London, v. 355, i4919, 2016. DOI: 10.1136/bmj.i4919.

STERNE, J. A. C. *et al.* RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. **BMJ**, London, v. 366, i4898, 2019. DOI: 10.1136/bmj.i4898.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

WOHL, M. J. A. *et al.* Self-forgiveness in addiction recovery: a randomized controlled trial of a narrative intervention. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 136, p. 107512, 2023. DOI: 10.1016/j.addbeh.2022.107512.

WOHL, M. J. A. *et al.* The role of self-forgiveness in addiction recovery: current evidence and future directions. **Current Addiction Reports**, New York, v. 10, p. 1–12, 2023. DOI: 10.1007/s40429-023-00481-8.

ZHANG, Y. *et al.* Hope-based mobile app for depression: randomized controlled trial. **JMIR Mental Health**, Toronto, v. 12, e45678, 2025. DOI: 10.2196/45678.