

FACULDADES EST
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

ALEXANDRE PIERZCKALSKI

**DEPRESSÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: PECULIARIDADES NO
DIAGNÓSTICO, SUAS CAUSAS E A FÉ NO PROCESSO DE CURA**

São Leopoldo

2023

ALEXANDRE PIERZCKALSKI

**DEPRESSÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: PECULIARIDADES NO
DIAGNÓSTICO, SUAS CAUSAS E A FÉ NO PROCESSO DE CURA**

Dissertação de Mestrado
Para a obtenção do grau de
Mestre em Teologia
Faculdades EST
Programa de Pós-Graduação em Teologia
Área de Concentração: Teologia Prática
Linha de Pesquisa: Fenômeno Religioso e
práxis educativa

Pessoa Orientadora: Dra. Laude Erandi Branderburg

São Leopoldo

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C624d Pierzckalski, Alexandre
Depressão na infância e adolescência : peculiaridades no diagnóstico, suas causas e a fé no processo de cura / Alexandre Pierzckalski ; orientadora Laude Erandi Brandenburg. – São Leopoldo : EST/PPG, 2023.
88 p. ; 31 cm

Dissertação (Mestrado) – Faculdades EST. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2023.

1. Depressão. 2. Infância e adolescência. 3. Cura. 4. Fé. I. Brandenburg, Laude Erandi, orientadora. II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

ALEXANDRE FURTADO PIERZCKALSKI

**DEPRESSÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: PECULIARIDADES NO
DIAGNÓSTICO, SUAS CAUSAS E A FÉ NO PROCESSO DE CURA**

Dissertação de Mestrado
Para a obtenção do grau de Mestre em Teologia
Faculdades EST
Programa de Pós-Graduação em Teologia
Área de Concentração: Teologia Prática

Data de Aprovação: 22 de agosto de 2023

PROF.^a DR.^a LAUDE ERANDI BRANDENBURG (PRESIDENTE)
Assinado digitalmente

PROF. DR. NILTON ELISEU HERBES (EST)
Assinado digitalmente

PROF.^a DR.^a VANESSA RAQUEL DE ALMEIDA MEIRA (UNASP)
Participação por webconferência

Assinado
digitalmente por
Laude Erandi
Brandenburg
Data: 04/10/2023
15:01:47 -03:00



Assinado
digitalmente por
Nilton Eliseu Herbes
Data: 05/10/2023
08:49:54 -03:00



A todos que sofrem...

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me mantido na trilha certa no decorrer desse projeto de pesquisa com saúde e forças para chegar à conclusão.

Sou grato a minha família, pois aprendi que o verdadeiro sucesso de uma pessoa é medido dentro de casa. O que adianta um homem ganhar todas as batalhas fora de casa e não ser bem sucedido na sua família? Tenho comigo que sem ter um bom relacionamento familiar nossas conquistas são nulas e sem sentido. A família é minha prioridade porque é a partir dela que a vida ganha sentido e razão de ser.

Louvo a Deus pela vida de minha excelentíssima esposa Munique Pierzckalski pelo apoio, incentivo e compreensão ao longo dessa jornada de pesquisa.

Minhas filhas Isadora, Marina, Helena e meu filho Alexandre, fontes de inspiração.

À minha orientadora Dra. Laude Brandenburg pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo, a grande atenção dispensada que se tornou essencial para que o projeto fosse concluído.

Ao meu supervisor Psicólogo Pablo Gularte, que nas terapias abraçou junto o projeto trazendo seu conhecimento e especialização em psicanálise, me auxiliando no entrelaçamento dos capítulos de minha dissertação.

Meu muito obrigado!

“Infância são ansias”

Marilene Felinto

RESUMO

A depressão, ou transtorno depressivo maior (TDM), é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos transtornos mais comuns entre as doenças mentais. O presente estudo propõe-se a investigar os conflitos inerentes ao diagnóstico da depressão em crianças e adolescentes, sua relação com os aspectos subjetivos socioculturais de concepção desta psicopatologia e de produção dos seus sintomas, problematizando também a utilização da fé no processo de cura do fenômeno depressivo. Entende-se a depressão, na contemporaneidade, como estado físico e psíquico associado a apatia, abatimento, tristeza profunda e permanente, guarnecida constantemente por um vazio existencial. Isto é, uma ausência de sentido em “ser” e “estar” no mundo, o compreendemos, aqui, por tédio. Suas conclusões levantam a hipótese de banalização do diagnóstico por meio de critérios e indicadores que não consideram o processo contínuo do desenvolvimento infantil, tão pouco os processos de neuroplasticidade cerebral nesta fase da vida. A produção de seus sintomas pode ser resultado do entrelaçamento de fatores biopsicossociais-espirituais, onde tomam proeminência as relações coletivas que constituem o sujeito psíquico e se apresentam como produtoras de sentido de vida nas experiências cotidianas. A fé, especificamente aqui, a cristã, pode apontar para qualidade de vida do sujeito depressivo, bem como de seu contexto sociofamiliar. Pois, em concomitante com outros cuidados, auxilia no melhor manejo dos sintomas, apontando, assim, para fins curativos.

Palavras-chave: Depressão, Infância e Adolescência, Cura, Fé.

ABSTRACT

Depression, or major depressive disorder (MDD), is considered by the World Health Organization (WHO) to be one of the most common disorders among mental illnesses. The present study aims to investigate the conflicts inherent in the diagnosis of depression in children and adolescents, its relationship with the subjective sociocultural aspects of the conception of this psychopathology and the production of its symptoms, also problematizing the use of faith in the process of curing the depressive phenomenon. Depression is understood, in contemporary times, as a physical and psychological state associated with apathy, dejection, deep and permanent sadness, constantly accompanied by an existential void. That is, an absence of meaning in "being" in the world, we understand it here as boredom. Its conclusions raise the hypothesis of trivialization of the diagnosis through criteria and indicators that do not consider the continuous process of child development, nor the processes of brain neuroplasticity at this stage of life. The production of its symptoms may be the result of the intertwining of biopsychosocial-spiritual factors, where the collective relationships that constitute the psychic subject take prominence and present themselves as producers of meaning in life in everyday experiences. Faith, specifically here, Christian, can point to the quality of life of the depressed subject, as well as their socio-family context. Therefore, in conjunction with other care, it helps to better manage symptoms, thus pointing to curative purposes.

Keywords: Depression, Childhood and Adolescence, Healing, Faith

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	DA MELANCOLIA GREGA À DEPRESSÃO INFANTIL CONTEMPORÂNEA	21
2.1	GRÉCIA ANTIGA	21
2.2	IMPÉRIO ROMANO E O CRISTIANISMO	22
2.3	RENASCENTISMO	23
2.4	A ERA DAS LUZES	24
2.4.1	Os hospitais psiquiátricos e a melancolia	25
2.5	O ROMANTISMO DO SÉCULO XIX	26
2.5.1	Da melancolia à depressão	27
3	DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE	29
3.1	CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DA DEPRESSÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	32
3.2	A RELAÇÃO DA NEUROBIOLOGIA E DA NEUROPSICOLOGIA NO DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO	36
4	ORIGENS DA DEPRESSÃO	39
4.1	DA PERSPECTIVA HUMANISTA À PERSPECTIVA PSICANALÍTICA.....	39
4.2	ASPECTOS GERAIS DE ORIGEM DA DEPRESSÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	43
4.3	DISCUSSÕES ACERCA DAS PERSPECTIVAS DE ORIGEM.....	46
4.3.1	Onipotência infantil e parental	47
4.3.2	O brincar e a ilusão	49
4.3.3	O sujeito do vazio.....	50
4.3.4	Vazio, tédio e depressão.....	53
5	A FÉ NO PROCESSO DE CURA	57
5.1	FÉ, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE. DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS.....	57
5.2	CONCEITO E ESTÁGIOS DA FÉ	59
5.2.1	Lactância e fé indiferenciada: 0-1 ano.....	60
5.2.2	Estágio 1: Fé intuitivo-projetiva. 2-7 anos.....	60
5.2.3	Estágio 2: Fé Mítico-Literal. 8-10 anos´	61
5.2.4	Estágio 3: Fé Sintético-convencional. Adolescência.....	61
5.2.5	Estágio 4. Fé indutiva-Reflexiva.....	62
5.2.6	Estágio 5. Fé Conjuntiva	62
5.2.7	Estágio 6. Fé Universalizante	62
5.3	INTER-RELAÇÃO ENTRE FÉ E QUALIDADE DE VIDA NA DEPRESSÃO ...	63
5.4	A IGREJA TERAPÊUTICA E O CUIDADO PSICANALÍTICO	64
5.5	JESUS CRISTO: O SERVO	65
5.6	O NORMAL, O PATOLÓGICO E O PROCESSO DE CURA	70
5.6.1	A cura.....	71
5.7	A DEPRESSÃO INFANTIL E SEU ASPECTO CURATIVO	73

5.8 CUIDADO, POIMÊNICA, ACONSELHAMENTO PASTORAL E A FÉ NO PROCESSO DE CURA.....	75
5.8.1 O cuidado.....	75
5.8.2 A Poimênica.....	76
5.8.3 Aconselhamento pastoral.....	76
5.9 ACONSELHAMENTO PASTORAL NO PROCESSO DE CURA DA DEPRESSÃO: CONCEPÇÃO PRÁTICA.....	78
6 CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS.....	85

1 INTRODUÇÃO

Meu interesse no tema em questão surgiu ainda no curso de psicologia, como resultado de questões inerentes a minha atuação eclesial. Com frequência mais acentuada, tenho presenciado múltiplas dissenções decorrentes da clara falta de preparo e de capacitação de muitos líderes religiosos, onde é mais evidente no movimento neopentecostal. Inserido no contexto pentecostal (Assembleia de Deus), percebe-se que questões de ordem física, afetiva, financeira, entre outros, são, de forma recorrente, tratados como sendo de ordem espiritual, em um movimento de claro reducionismo a ações demoníacas e maldições hereditárias.

Meu retorno à Faculdades EST ocorre sete anos após minha formação no Bacharelado em Teologia. O sonho do mestrado se potencializa desde esse momento, bem como a percepção da demanda pela aquisição de novos saberes. Por essa razão busquei o curso de psicologia, que, somado à caminhada na EST, me proporcionou um entendimento mais amplo e flexível. Como esclarece Leonardo Boff: “cada um vê com os olhos que tem, e interpreta a partir de onde os pés pisam. Todo ponto de vista é a vista de um ponto.”¹ Após a formação em psicologia e consolidação de importantes saberes, surge a oportunidade por meio da contemplação de uma bolsa de estudo (taxa e manutenção) fornecida pelo CNPq.

A pesquisa de pós graduação não está estritamente ligada ao meu trabalho de conclusão de curso no bacharelado em Psicologia, mas ela traz a realização de um sonho de uma completude, visando os diferentes saberes, buscando uma excelência no tratamento, pois tudo aquilo que fizemos tem a nossa assinatura, ou é relaxadamente, ou é com excelência. Principalmente respeitando cada linha teórica de atuação, sendo que no decorrer de minha graduação em psicologia enfrentei muita resistência e preconceito por defender a fé no processo de cura para os pacientes que sofrem psicologicamente, reforçando a importância da unidade destes multiprofissionais da área de saúde.

Segundo a *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)*, a depressão é compreendida dentro de uma alteração de humor, com associação de sintomas como apatia e tristeza prolongada, que, por sua vez, produzem sofrimento intenso

¹ BOFF, Leonardo. **A águia e a galinha**: uma metáfora da condição humana. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997, p. 9.

no indivíduo e dificuldades significativas em seu cotidiano. Quando manifesta na infância, ou adolescência, seus danos podem se potencializar, devido ao processo de desenvolvimento neurobiológico e psicossocial em que se encontra o sujeito².

Guilherme de Almeida, em um de seus belos poemas, intitulado: Infância³, assim escreve: “Um gosto de amora comida com sol. A vida chama-se agora.” Tendemos a pensar que o nobre poeta refere-se, aqui, ao sabor das brincadeiras, da despreocupação, da inventividade e das fantasias⁴. Se introduzíssemos tal poema em um conto infantil tradicional ocidental, certamente tal narrativa poderia bem iniciar com a expressão: “Era uma vez uma criança feliz.”

Todavia, em nossa sociedade contemporânea, marcada, entre outras características pela efemeridade e velocidade das relações, tem deixado o gosto doce da amora cada vez mais amargo, a luz do sol cada vez mais próxima da escuridão da noite, trazendo a melancolia, que parecia restrita a realidade do mundo adulto, para o universo belo do faz de conta infantil. O que, por sua vez, nos conduz a outra expressão: “Era uma vez uma criança triste.”

A melancolia se apresenta como forma significativa e potente de sofrimento. Conhecida desde a antiguidade, na teoria dos humores, como BÍLIS Negra e vinculada ao elemento terra. Apesar dos indicadores diagnósticos atuais não destoarem de forma acentuada dos antigos, estabelecidos entre os séculos IV a.C e XVII d.C., podemos compreendê-la, na contemporaneidade, como estado físico e psíquico associado a apatia, abatimento, tristeza profunda e permanente, guarnecida constantemente por um vazio existencial. Isto é, uma ausência de sentido em “ser” e “estar” no mundo⁵.

Não se faz necessário enfatizar os conflitos que tal desequilíbrio, por si só, produz, de forma idiossincrática, para o indivíduo em sua esfera adulta. Que diremos então quando tal fenômeno rompe o campo do individual para o coletivo e do adulto para o infantil? O que ocorre para que uma criança desista até mesmo de sonhar? Que venha a sair do mundo do faz de conta para mergulhar no mundo do tanto faz? Ampliar, refletir e problematizar aspectos inerentes a relação melancolia/depressão,

² FRIZZERA, Emilia Helena da Silva. **Depressão Infantil**: para além do diagnóstico. Curitiba: Appris, 2015, p.27.

³ ALMEIDA, Guilherme de. **Poesia Vária**. São Paulo: Editora Cultrix, 1963.

⁴ NAKAMURA, Eunice. **Depressão na infância**: uma abordagem antropológica. São Paulo: 1.ed. Hucitec: Fapesp, 2016, p.175.

⁵ LA TAILLE, 2009, p.15.

suas consequências sociais, bem como as causas produtoras de tal fenômeno, é objeto de estudo do presente trabalho, paixão inata de seus produtores, além de constituir tema de extrema relevância na atualidade.

Este estudo divide-se em três capítulos. O primeiro, traz um apanhado histórico acerca da concepção da depressão, culminando nas peculiaridades diagnósticas contemporâneas, suas dificuldades e interlocução sociocultural. O segundo, aborda a depressão em suas causas e sua relação com o vazio constitutivo do sujeito. Já em seu capítulo derradeiro, a fé é trazida como possibilidade de produção de sentido das vivências, apontando assim para fins curativos a partir do melhor manejo dos sintomas.

Isso posto, objetiva responder quais fatores, em termos biopsicossociais-espirituais, estão relacionados com a produção de sintoma e com a construção da concepção diagnóstica do que compreendemos, hoje, por depressão na infância e adolescência. Para tal, por estabelecer uma linha que pode guiar a leitura dos pesquisadores, os conduzindo a construção de premissas e conclusões, a metodologia, aqui utilizada, é a revisão bibliográfica.

Por fim, este trabalho busca produzir reflexões relevantes acerca dos diferentes diagnósticos relacionados a depressão, seu entrelaçamento sociocultural, compreendendo as particularidades intrínsecas em cada linha teórica apresentada, visando, assim, contribuir na compreensão de um fenômeno cada vez mais recorrente, multiforme e idiossincrático.

2 DA MELANCOLIA GREGA À DEPRESSÃO INFANTIL CONTEMPORÂNEA

Neste capítulo inicial busca-se, primeiramente, realizar um apanhado histórico sobre o construto conceitual da depressão, procurando identificar e distinguir a correlação mania/melancolia, bem como depressão/ bipolaridade. Objetiva também, contribuir para uma compreensão adequada sobre a legitimidade e singularidade deste construto, enfatizando suas origens, sua ocorrência no público infanto-juvenil e problematizando aspectos inerentes ao seu diagnóstico na contemporaneidade.

2.1 GRÉCIA ANTIGA

É fato, que os primeiros movimentos no sentido de explicar fenômenos físicos e psíquicos de maneira mais científica, ocorreram na Grécia clássica (séculos V e IV a.C.). Mas, diferente do que se costuma afirmar, não é com Hipócrates, mas sim, com seu antecessor, Empédocles (490-430 a.C.). Este, como escreve Gouveia e Gouveia (2013):

desenvolveu a teoria humoral, baseado nos quatro elementos básicos, cada um caracterizado por uma qualidade e um humor corporal correspondente. Como seguem: *Fogo* (qualidades de quente e úmido, humor correspondente ao sangue e o centro regulador de sua dinâmica o coração), *terra* (qualidades fria e úmida, humor representado pela pituíta ou fleuma, tendo como regulador a cabeça, o cérebro), *água* (qualidade de quente e seca, definindo o humor da bile amarela que tem como regulador o fígado) e *ar* (cujas qualidades são frio e seco, compreendendo o humor da bile negra e sendo regulado pelo baço)⁶

Em síntese, a teoria dos humores de Empédocles sugere que os mesmos deveriam estar em equilíbrio para assegurar a saúde do indivíduo⁷. É esta a teoria usada por Hipócrates (460-377 a.C.) e direcionada à saúde mental. Este notável grego, considerado “pai da medicina”, foi o pioneiro na sustentação da ideia de que toda doença de ordem psíquica poderia ser explicada com base em causas

⁶ GOUVEIA, Rildésia S. V.; GOUVEIA, Valdiney V. **Depressão na infância e adolescência: conceituação, medida e tratamento**. São Paulo: Vetor, 2013. p.14

⁷ MATHEUS, Marck. **How did pre-twentieth century theories of the aetiology of depression develop?** Disponível em: <<http://priory.com/homol/dephist.htm>>. Acesso em: 4 de jul. 2023.

naturais⁸. Para ele, a melancolia seria resultado do excesso de bile negra e, “a exaltação, como um predomínio do calor e da umidade no cérebro”⁹. Mas, o que se tornou mais conhecido, no que se refere a produção de uma tipologia do humor em Hipócrates, é que de forma concomitante a esta apresentada, ele desenvolveu quatro tipos de temperamentos muito conhecidos e que vieram a se tornar referências em trabalhos subsequentes: o Melancólico, o sanguíneo, o fleumático e o colérico. Onde sua definição varia de acordo com o humor predominante.

Seguindo nossa tentativa de ordem cronológica dos fatos, passamos por Platão (427-347 a.C.). E, que se registre, mais por respeito ao personagem e a idiossincrasia de suas ideias, do que por sua contribuição ao tema. Nosso digno filósofo pouco proveu, em termos psicológicos, para compreensão da melancolia. Uma vez que a segregou, por meio da introdução de um componente místico, isto é, patologias (Pathos) oriundas de causas orgânicas e patologias resultantes de causas naturais. Apesar dessa retrógrada contribuição, tal compreensão das doenças mentais mantém-se, de forma intermitente, durante um longo período da história antiga e, infelizmente, como veremos, até os dias atuais. Também definiu dois tipos de alma (psique): “um racional e, imortal, localizada no cérebro e, outra irracional e mortal, localizada em diversas partes do corpo”¹⁰.

Aristóteles (384-322 a.C.), discípulo de Platão, seguiu caminho semelhante no que tange o tema. Por defender a imortalidade da razão, acreditava que esta era imune a toda enfermidade. Portanto, toda doença estaria enraizada na estrutura física do ser humano.

2.2 IMPÉRIO ROMANO E O CRISTIANISMO

Após o Império romano dominar grande parte do mundo civilizado¹¹, a medicina grega seguiu em desenvolvimento, mesmo que a favor dos romanos. Cícero (106-43 a.C.), o primeiro a rejeitar a teoria de Hipócrates, declarou que fatores emocionais poderiam nos causar males físicos (psicossomáticos). Iniciou, assim, o que hoje se conhece por psicoterapia.

⁸ NAKAMURA, 2016, p. 22.

⁹ GOUVEIA E GOUVEIA, 2013, p.15.

¹⁰ GOUVEIA E GOUVEIA, 2013, p.16.

¹¹ GOUVEIA E GOUVEIA, 2013, p.16.

Mas o primeiro a sugerir que as doenças mentais não poderiam ser especificamente localizadas foi Arateus (30-90 d.C). Também foi ele o pioneiro nas ideias da personalidade pré-morbida em melancólicos e de que mania e melancolia poderiam ocorrer no mesmo sujeito¹², antecipando assim, o trabalho de Kraepelin e, ainda hoje, motivo de debates acadêmicos e equívocos diagnósticos. Seu contemporâneo, Galeano, fez um retorno a Platão, com diferenças importantes. Seu racional estaria vinculado ao que hoje chamamos cinco sentidos (visão, audição, tato, olfato e paladar) ou até mesmo, ligadas as funções do Sistema Nervoso Central (SNC). Já o campo irracional, para Galeano, se relacionava àquilo que não controlamos, ou seja, mais próximo ao Sistema Nervoso Autônomo (SNA).

A definição do Cristianismo como religião oficial do império, acontecimento que antecedeu a queda do próprio, deu potência para explicações sobrenaturais e cada vez mais místicas aos fenômenos até então pouco conhecidos do corpo e da mente.

A igreja se preocupou muito mais com a vida após a morte e não na terra, enfatizando também o poder dos símbolos religiosos. Até o séculoVII, o diabo foi culpado por todo comportamento desviante, tendo a 'demonologia' se tornado a psiquiatria da época...santos e símbolos religiosos eram recorrentes como apelo para ficar livre de distúrbios mentais ou 'possessões demoníacas'¹³.

Há de se ressaltar algo claro neste período histórico. Apesar de alguns teólogos e historiadores, como Lawson¹⁴, ressaltarem que o cristianismo assegurou a continuidade da civilização enquanto modelo social, não esqueçamos que o contrário disso nada mais seria que a barbárie. Deve se avaliar ainda a veracidade de tal afirmação (o que não é realizado pelo referido autor) e seu custo coletivo. E, neste último aspecto, o retrocesso, no que diz respeito ao avanço científico de maneira geral no cristianismo, fica evidente a qualquer análise que se realize.

2.3 RENASCENTISMO

Sofrendo ataques sociais enfáticos e constantes, de várias ordens, a igreja, dos séculos XIII e XVI, se viu impelida a ceder certo espaço ao avanço científico,

¹² MATHEUS, 2008.

¹³ GOUVEIA E GOUVEIA, 2013, p.17

¹⁴ LAWSON, Michael. **Depressão**: ajuda espiritual, psicológica e médica para a cura. São Paulo: Sheed Publicações, 2012.

principalmente aos das doenças mentais, que, a partir daí, começam aos poucos a tomar lugar outrora ocupado pelo pensamento do atraso e pelo misticismo. No entanto, ainda assim, com muita lentidão e resistência. Por exemplo, ao final do século XV, mania e melancolia se tornam indivisíveis, mas não pela distinção entre religião e psicologia, mas sim, pelo seu entrelaçamento. Desta forma, “o demônio era percebido como toda causa de doença, e equiparada ao pecado”¹⁵. Que se diga: aqui, como em outros períodos históricos, a maior preocupação demoníaca era o sexo. Daí, inicia-se a resistência e os mitos acerca da sedução feminina (concupiscência da carne) e com o uso das drogas (feitiçaria), assunto que nos deteremos em trabalho posterior.

Por hora, agradecemos a Johan Weyer e Juan Luis Vives, que entre 1492 à 1588, realizaram descobertas importantes no que tange a depressão. Auxiliaram na sobrevivência da própria ciência, enquanto campo de saber, e à humanidade em seu espírito de cooperação, por meio da caridade. Tudo isso, claro, longe das vistas dos clérigos, já na Alta Renascença. Vives alcança aqui, notável façanha: a descoberta da frequência do entrelaçamento dos sentimentos e seus opostos, antecipando assim, a “ambivalência”, formulada mais tarde por Freud e Breuler.

2.4 A ERA DAS LUZES

O final do século XVI chega com uma conta amarga a nível de desenvolvimento social e tecnológico. A cultura da “demonologia” nada produziu senão medo. Tanto do céu quanto do inferno¹⁶. Podemos, dizer que o início do iluminismo, no século XVII, traz consigo, ao menos, esperança. Mas de que? O período das luzes, da razão e da observação, nos permite esperar a passagem de uma sociedade e, porque não de um sujeito, menos místico e retrógrado, para outro, mais racional, progressista, cientificista e fundamentalmente, analítico. E, nesta expectativa, creio, obtivemos certo êxito.

Ideias importantes sobre o funcionamento mental e especificamente as causas da melancolia, foram desenvolvidas. Como por exemplo, a “Anatomia da Melancolia”, de Robert Burton¹⁷. Baruch Espinoza, importante pensador da época,

¹⁵ GOUVEIA E GOUVEIA, 2013, p.17

¹⁶ GOUVEIA E GOUVEIA, 2013, p.18

¹⁷ CÂMARA, Patrícia. **Depressão na infância e relações objetais**. Lisboa, 1 ed. 2005, p.19

também investigou o campo propondo a inseparabilidade da mente e do corpo, o que, por sua vez, produziu ramificações de ideias produtivas também no debate sobre a melancolia e sobre o que viria a ser as bases da psicanálise, como por exemplo, a noção de repressão.

2.4.1 Os hospitais psiquiátricos e a melancolia

Os hospitais na era medieval, funcionavam como um depósito de pessoas confinadas em celas semelhantes a um zoológico humano. Para lá, ia todo ser socialmente não desejável. É verdade que tal realidade só começa a se modificar a partir da reforma psiquiátrica, já no final do século XX na Europa, e, no Brasil, se consolida no início do século XXI. Mas tal reforma se inicia já no iluminismo, com Profissionais como Pinel, na França, Pisani, na Itália e Tuke, na Inglaterra.

Temos noção das possíveis contradições acerca do que acabamos de afirmar. Há quem sustente que os referidos personagens pouco contribuíram para a compreensão das doenças mentais. Posição, por nós não compartilhada. De fato, seus trabalhos ocupam uma linha tênue entre a atuação manicomial e àquela que preza pela singularidade dos sujeitos. Visão produtora de uma forma mais humanizada de cuidado médico¹⁸.

Isso posto, é inegável a contribuição dos mesmos na investigação de outras formas de cuidado a esses indivíduos, que não somente a do encarceramento e a do tratamento medicamentoso. Isso, principalmente nos aspectos psicológicos como, por exemplo, Pinel, que pensou a melancolia como estrutura clínica. Isto é, uma forma de existir no mundo e não somente uma questão psicopatológica. Por tais motivos, e outros, que neste trabalho não exageramos ao afirmar que: sem tais precursores o que conhecemos por reforma psiquiátrica seria impensável. Pelo menos no período em que ocorreu.

Esquirol, discípulo de Pinel, clareou o entendimento acerca do isolamento social (um dos critérios diagnóstico atual para depressão), dentro das enfermidades mentais. A chamada predisposição biológica seria, então, intermediada,

¹⁸ SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Fé na prevenção**: prevenção do uso de drogas por instituições religiosas e movimentos afins. Brasília, 2014.

fundamentalmente, por questões psíquicas e sociais. Sobre a melancolia, este autor rejeitou usar o termo enquanto

[...] entidade nosológica, admitindo unicamente para diferenciar um temperamento: dois termos novos foram introduzidos, *monomania* e *lipemania*. Esquirol defendia que a melancolia era uma questão de estado de ânimo, não correspondendo a uma alteração do intelecto¹⁹.

Em síntese, o final do iluminismo consolida uma busca mais racional e humana para patologias ainda mal compreendidas e pouco acessíveis, como a melancolia.

2.5 O ROMANTISMO DO SÉCULO XIX

Este período, teve, em seu início, uma forte marca daquilo que viria a ser as bases freudianas para construto de suas ideias. Dito de outro modo, o pecado, ou seu fundamento, ainda estava presente, porém, não em seu sentido teológico, e sim, no seu aspecto moral e ético, ou seja, em seus pensamentos.

Cristian Heinroth chegou a desenvolver uma teoria que considerava três níveis de funcionabilidade: baixo, médio e alto (semelhante ao que viria ser o id, ego e o superego freudiano). O referido autor dava ênfase a existência de um conflito interno entre os impulsos internos e a consciência.²⁰ Segundo tais ideias, podemos pensar que todo conflito mental resulta da própria forma humana de existir, antecipando, assim Sigmund Freud (1856-1939).

É só na metade deste século que se criam formas contundentes para as teorias orgânicas, para as possíveis causas da melancolia e também das doenças mentais como um todo. Concomitantemente, o método analítico freudiano também vai dando seus passos, apesar da resistência de grande parte da sociedade médica²¹. Em síntese, enquanto os pesquisadores de laboratório se concentravam nas causas orgânicas das doenças, os clínicos se interessavam por seu curso empírico.

¹⁹ GOUVEIA E GOUVEIA, 2013, p.20

²⁰ LANCZIK, M.; BECKMANN, H. **Aspectos históricos de los trastornos afectivos**. Chichester, Inglaterra. John Wiley & Sons, 1991, p.13-29.

²¹ MATHEWS, 2008.

2.5.1 Da melancolia à depressão

Em obra intitulada “ciclos da insanidade”, Ludwig Kahlbaum (1843-1899) aborda a melancolia atônica, entendendo

[...] que continha traços de estupor depressivo; com ele o termo melancolia perdeu seu significado como palavra para descrever um diagnóstico, um sintoma. O termo depressão foi o encarregado de descrever um transtorno de estado de ânimo como parte de uma doença maníaco-depressivo, embora não uma entidade diagnóstica independente²².

Enquanto Kraepelin, autor já citado, se concentrou nos aspectos fisiológicos da melancolia, Freud introduz a valorização dos aspectos singulares e subjetivos do sujeito. E, que se enfatize, uma das principais contribuições deste autor foi evidenciar que não há contrariedade entre os fatores psicológicos e neurofisiológicos.

Isso posto, foi apenas com Carlos Perris e Júlio Angst que foi possível identificar uma clara diferenciação entre mania e depressão, isso já em 1966. Culminando, na década seguinte, na colaboração constitutiva, tanto do CID quanto do DSM²³, deixando assim, não somente mais clara essa diferenciação, como também algo presente na fase infantil²⁴.

Alguns autores, como Coutinho Jorge²⁵, nos lembram que pelo fato de a psicanálise ter predominado até a década de 1970, pode haver aí uma contribuição para a dificuldade tanto da diferenciação entre melancolia e depressão, mania e depressão, quanto a presença destes no público infantojuvenil. Todavia é prudente lembrar que cada geração, isto é, cada tempo produz seu saber. No que se faz verdade a máxima Lacaniana de que “o psicólogo tem o dever de reinventar a psicanálise todo o tempo”²⁶. Desta forma acrescentamos que, é dever da psicologia reinventar seus saberes acerca da depressão infantil em um tempo em que, entre outras coisas, carecemos do sentido dos deveres.

²² GOUVEIA E GOUVEIA, 2013, p.21

²³ MATHEWS, 2008.

²⁴ BANDIM, J. M. **Rendimento escolar em crianças com sintomas depressivos no nordeste brasileiro**. Dissertação (Mestrado) – Departamento de psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1997.

²⁵ JORGE, Marco Antônio Coutinho. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: a prática analítica**. São Paulo, Zahar, 2017.

²⁶ JORGE, 2017, p. 78.

3 DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE

Pontuamos, inicialmente, que o presente trabalho não visa se reduzir a critérios ou indicadores diagnósticos para identificação da depressão, pois amplia e problematiza sua construção e tende a se deter em aspectos psicossociais. Contudo, se faz necessário expor e observar tais critérios para melhor análise do fenômeno em questão e dos aspectos a ele relacionados.

Observamos que é mais difícil de diagnosticar a depressão em crianças mais novas (entre cinco a dez anos de idade) do que em adolescentes (dez a vinte anos de idade) e adultos, pois as “[...] manifestações clínicas da depressão tendem a serem menos específicas nas crianças, tornando-se mais típicas na adolescência.”²⁷ Além disso, grande parte dos sintomas da depressão são sintomas internos. Por exemplo, tristeza e baixa autoestima são de difícil observação, por serem mascaradas. “Por ser a depressão internalizante, seu principal impacto ocorre na própria criança [e muitas vezes, no próprio adolescente] e não nas pessoas que convivem com ela, dificultando o reconhecimento e tratamento [...]”²⁸

O diagnóstico da depressão em crianças deverá ser clínico e baseado na sintomatologia. Aqui os critérios de Poznanski, por exemplo, têm sido um dos mais empregados. O critério A é a condição essencial, conforme o Quadro 1:

Quadro 1 – Critério A

A	Humor, conduta ou aparência depressiva
B	Pelo menos quatro (probabilidade) ou cinco (segurança) dos seguintes sintomas:
1	Retraimento social
2	Problemas de sono
3	Queixas ou fadiga
4	Hipoatividade
5	Anedonia
6	Baixa autoestima ou dupla patologia
7	Dificuldade no trabalho escolar
8	Ideação mórbida ou ideação suicida
C	Duração mínima: um mês

²⁷ MAIA, 2012, p. 64.

²⁸ CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2014, p.16.

Fonte: BARBOSA; LUCENA, 1995, p. 28.²⁹

A Escala para Avaliação de Depressão em Crianças - Revisada (CDRS-R) também é um instrumento importante para o diagnóstico de depressão de crianças de 6 a 12 anos. Ela possui 17 itens, como numeração de zero a sete, onde zero é “incapaz de avaliar”. Em relação aos demais: 1, normal; 2, patologia depressiva duvidosa; 3 e 4, sintomatologia depressiva média ou ligeira; 5, sintomatologia moderada; 6 e 7, sintomatologia depressiva severa. Resumidamente os 17 itens são:

1. Trabalho escolar (0 a 7).
2. Capacidade de divertir-se (0 a 7).
3. Repressão social (0 a 7).
4. Sono (0 a 5).
5. Apetite ou padrão de alimentação (0 a 5).
6. Fadiga excessiva / sintomas somáticos gerais (0 a 7).
7. Queixas físicas (0 a 7).
8. Irritabilidade (0 a 7).
9. Culpa (0 a 7).
10. Amor próprio (0 a 7).
11. Sentimentos depressivos (verbal, de 0 a 7).
12. Ideação mórbida (0 a 7).
13. Atos suicidas e ideação suicida (0 a 7).
14. Choro/pranto (0 a 7).
15. Afeto deprimido (não verbal, de 0 a 5).
16. Tempo de linguagem (não verbal, 0 a 5).
17. Hipoatividade (não verbal, de 0 a 7).³⁰

A CDRS-R soma 113 pontos, sendo 40 o ponto de corte. A CDRS-R possibilita cinco graus de avaliação:

1. Crianças não depressivas.
2. Crianças com sintomatologia depressiva duvidosa.

²⁹ BARBOSA, Genário Alves; LUCENA, Aline. Depressão infantil. **Infanto**, São Paulo v. 2, n. 1 p. 23-30, 1995.p. 28.

³⁰ BARBOSA, Genário Alves et al. Escala para avaliação de depressão em crianças-revisada (CDRS-R): uma análise exploratória. **Infanto**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 15-18, 1997.p. 16.

3. Crianças com depressão ligeira.
4. Crianças com depressão moderada.
5. Crianças com depressão severa.³¹

O diagnóstico da depressão em crianças e adolescentes também pode considerar os critérios do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DMS-V):

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)

2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas). 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)

4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.

5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).

8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).

9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Fica claro aqui a ênfase dada a duração dos sintomas. Em síntese o DSM-V, leva em consideração questões de intensidade e tempo do sofrimento gerado no sujeito, como base para indicadores diagnósticos, como fica evidente nos itens a seguir:

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou

³¹ BARBOSA, 1997, p. 16.

incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.

D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaniaco.

Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaniaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.³²

Na adolescência as manifestações clínicas da depressão assemelham-se as da idade adulta. Por exemplo, humor depressivo, sentimento de inutilidade, persistente falta de interesse. Isolamento social, desesperança, dificuldade de concentração, irritabilidade, hostilidade extrema, alterações importantes de sono e apetite, abuso de substâncias lícitas e ilícitas. “Muitos sintomas são confundidos pelos pais e até pelo próprio paciente como algo comum e natural da adolescência, retardando a procura de ajuda profissional, a qual pode advir somente após um episódio de autolesão ou tentativa de suicídio”.³³

Maia observa que 60% das crianças e dos adolescentes com depressão apresentam ideação suicida e algum momento da doença e 30% apresentará ao menos uma tentativa. Ela acrescenta: “Dados atuais indicam que, de todos os adolescentes que cometem suicídio, 40 a 80% o fizeram na vigência de um episódio depressivo”.³⁴

3.1 CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DA DEPRESSÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A depressão ou transtorno depressivo maior (TDM) é uma enfermidade enquadrada pela *Classificação Internacional de Doenças* (CID-10) “[...] na categoria

³² AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**:DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 160-161.

³³ MAIA, 2012, p. 66-67.

³⁴ MAIA, 2012, p. 70.

dos transtornos do humor deve ser considerada uma doença.”³⁵ Apesar de a depressão ser considerada a doença que mais tem causado sofrimento aos seres humanos ao longo da história, não há consenso na pesquisa sobre a sua natureza, etiologia e tratamento.³⁶ Há muitas perguntas e não existem respostas consensuais ou definitivas sobre muitas delas, embora haja concordância sobre questões importantes.

Patrícia Câmara, por exemplo, comenta que é de reconhecimento comum que o sintoma patogênico universal da depressão é o “[...] *abatimento* do estado geral do indivíduo.”³⁷ Ela acrescenta: “Surge, então, como ideia consensual, para qualquer escola de estudo, que a depressão é caracterizada por um abaixamento na vitalidade de um indivíduo.”³⁸ Aaron Beck e Brad Alford observam que a depressão pode hoje ser definida em termos dos seguintes atributos:

1. Alteração específica no humor: tristeza, solidão, apatia.
2. Autoconceito negativo associado à auto-recriminações e auto-acusações.
3. Desejos regressivos e autopunitivos: desejos de fugir, esconder-se ou morrer.
4. Alterações vegetativas: anorexia, insônia, perda da libido.
5. Alteração no nível de atividade: retardo psicomotor ou agitação.³⁹

A partir da CID-10, a depressão é entendida como uma alteração do humor ou do afeto com uma associação de sintomas ou comportamentos que geram sofrimento no indivíduo e causam o arrasamento de seu cotidiano. Somam-se a isso outros elementos, como os cognitivos, os comportamentais, os motivacionais e os fisiológicos.⁴⁰ Na infância e na adolescência a depressão influencia o processo de desenvolvimento neurobiológico e psicossocial, evoluindo para outros quadros de transtorno depressivo maior (TDM) na idade adulta bem como no transtorno bipolar (TM). Especialmente nas crianças mais novas, a depressão é difícil de diagnosticar,

³⁵ GOMES, Antonio Maspoli de Arajo. Um olhar sobre a relação entre depressão e religião numa perspectiva pastoral. In: WONDRACEK, HOCH, Lothar Carlos; HEIMANN, Thomas (orgs.). **Sombras da alma**: tramas e tempos da depressão. São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2012. p. 35.

³⁶ BECK, Aaron T.; ALFORD, Brad A. **Depressão**: causas e tratamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

³⁷ CÂMARA, 2005, p. 17.

³⁸ CÂMARA, 2005, p. 17.

³⁹ BECK; ALFORD, 2011, p. 17.

⁴⁰ FRIZZERA, Emilia Helena da Silva. **Depressão infantil**: para além do diagnóstico. Curitiba: Appris, 2015. p. 27.

pois as manifestações clínicas tendem a serem menos específicas do que entre os adolescentes e as pessoas adultas.⁴¹ No entanto, é possível falarmos em roupagens ou vestimentas que a depressão assume na infância. Por exemplo:

- Falta de energia;
- Cansaço crônico;
- Insônia ou a manifestação contrária: busca de refúgio no sono;
- Falta de interesse: pelos jogos, brincadeiras e especialmente pela aprendizagem e trabalho escolar;
- Dores frequentes: de cabeça, de barriga, musculares etc.;
- Traumatismos acidentais.⁴²

Rildésia Gouveia e Valdiney Gouveia apresentam a seguinte tabela, baseada na pesquisa de Victoria del Barrio, de sintomas da depressão na infância, conforme o Quadro 2:

Quadro 2 - Sintomas da depressão na infância

<i>Emocional</i>	<i>Motor</i>	<i>Cognitivo</i>	<i>Social</i>	<i>Comportamento</i>	<i>Psicossomático</i>
Tristeza Concentração	Inexpressividade	Falta de	Isolamento	Reclamações	Enurese
Perda de prazer	Hipoatividade Letargo	Perda de memória	Solidão Retraimento	Brigas Desobediência	Perda de energia
Ausência de interesse	Lentidão motora	Pessimismo	Incompetência social	Bravatas	Sentimentos de fadiga
Mudanças bruscas de humor	Hiperatividade	Desesperança Indecisão		Indisciplina escolar Delinqüência	Perda de peso Dores múltiplas
Falta de senso de humor	Sentimento de	culpa	Droga	Pesadelos	
Desesperança Autoestima		Baixa		Piromania	Distúrbios do
Irritabilidade Suicídio		Ideias de		apetite	Distúrbios do sono
Choros Excessivos		Pensamentos mórbidos			
Desinteresse pelas coisas		Diminuição do rendimento			

Fonte: GOUVEIA; GOUVEIA, 2013, p. 37⁴³

⁴¹ MAIA, Ana Paula Ferreira. Depressão na infância e na adolescência. In: FU-I, Lee; BOARATI, Miguel Angelo; MAIA, Ana Paula Ferreira. **Transtornos afetivos na infância e adolescência: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2012. p. 64.

⁴² MAIA, 2012, p. 64.

Gouveia e Gouveia apresentam outra tabela importante, baseada na pesquisa de Francisco Xavier Mendes, na qual sintomas da depressão estão relacionados a três grupos etários, conforme o Quadro 3:⁴⁴

Quadro 3 – Sintomas e grupos etários

Áreas	Idade pré-escolar (de 3 a 5 anos)	Idade escolar (de 6 a 12 anos)	Adolescência (de 13 a 18 anos)
Estado de ânimo	Irritabilidade: bravatas, condutas destrutivas, tristeza, variabilidade	Tristeza	Tristeza, variabilidade Irritabilidade: mal-humor, ira, rebeldia
Interesses	Diminuição da brincadeira com amigos	Aborrecimento	Apatia. Desinteresse generalizado
Alimentação	Coisas estranhas: Apreensão, problemas com comidas. Perda de apetite. Sem ganho de peso. Perda de peso		Perda de apetite. Ganho lento de peso. Comer em excesso. Obesidade
Sono	Pesadelos. Terores noturnos. Resistência a ir para a cama. Insônia intermediária		Insônia. Hipersônia
Motricidade	Redução da atividade física: correr, subir, andar de bicicleta.	Hipomobilidade. Agitação	
Energia			Cansaço. Fadiga. Falta de energia.
Autoestima, preocupações e Sentimentos	Baixa autoestima. Preocupação com castigo. Preocupação com o fracasso.	Baixa autoestima. Autodesprezo. Autogressividade. Autocrítico. Sentimento de culpa.	Preocupação com a imagem corporal. Baixa autoestima. Autodesprezo.
Déficits cognitivos		Problemas para fixar a atenção	Redução do pensamento abstrato. Indecisão.
Ideação suicida	Auto-agressões: cabeçadas, arranhões, engolir coisas. Maior risco de lesões.	Ideias, planos, tentativas de suicídio.	Ideias, planos, tentativas de suicídio. Suicídios violentos.

Fonte: GOUVEIA; GOUVEIA, 2013, p. 43.

⁴³ GOUVEIA, Rildésia S. V.; GOUVEIA, Valdiney V. **Depressão na infância e adolescência: conceituação, medida e tratamento.** São Paulo: Vetor, 2013. p. 37.

⁴⁴ GOUVEIA; GOUVEIA, 2013, p. 38. A Organização mundial da Saúde (OMS) divide a infância e adolescência em lactentes (até 2 anos de idade), pré-escolares (entre 2 e 7 anos de idade), escolares (entre 7 e 10 anos de idade) e adolescentes (entre 10 e 19 anos). Cf. MAIA, 2012, p. 65.

3.2 A RELAÇÃO DA NEUROBIOLOGIA E DA NEUROPSICOLOGIA NO DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO

Nos últimos anos, o avanço das neurociências possibilitou a construção de hipóteses para explicação das emoções, especialmente a partir dos estudos envolvendo o sistema límbico – o sistema das emoções. Entender o papel das emoções na expressão de certos comportamentos é de extrema importância devido ao papel dos estados afetivos na percepção e na modulação da interação do indivíduo com o mundo exterior.⁴⁵

Existem evidências de que a redução na percepção de bem-estar psicológico seja um fator de risco para o adoecimento como sugerido pela sua forte correlação com situações de estresse e depressão.⁴⁶ O modelo proposto por MacLean em 1949 foi um dos mais importantes modelos em que surgiu o sistema límbico, relacionando estruturas e função na mediação das emoções. De acordo com MacLean, cada variedade de afeto seria mediada por um grupo especializado de estruturas cerebrais que formariam um sistema integrado.⁴⁷

Cabe salientar que embora o conceito de sistema límbico continue presente nas concepções atuais, sua validade tem sido questionada tanto do ponto de vista estrutural quanto teórico. Desse modo, estados emocionais como ansiedade e depressão, compartilham diversas características como alterações nos processos de tomada de decisões, expressão de sintomas autonômicos e alterações da atividade atencional. Portanto, este compartilhamento de mecanismos fisiopatológicos pode explicar a alta comorbidade entre transtornos afetivos e ansiosos, talvez devido ao papel destas funções mentais no processo de captura de informações do meio ambiente e interpretação de contextos externos e internos.⁴⁸

Com o desenvolvimento das neurociências, postula-se que, como a percepção e a ação, a emoção é relacionada a circuitos cerebrais distintos. A

⁴⁵ RAMOS, Renato T. Neurobiologia das emoções. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 94, n. 4, p. 239-245, 2015.p. 239.

⁴⁶ CHIDA, Yoichi; STEPTOE, Andrew. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. **Psychosomatic medicine**, Georgetown, v. 70, n. 7, p. 741-756, 2008.p. 744. p. 745-748.

⁴⁷ MACLEAN, Paul D. Psychosomatic disease and the “visceral brain”: Recent developments bearing on the Papez theory of emotion. **Psychosomatic medicine**, Georgetown, v. 11, n. 6, p. 338-353, 1949.

⁴⁸ RAMOS, 2015, p. 242-244.

amígdala e o hipotálamo são estruturas localizadas no sistema límbico que estão intimamente ligadas às sensações de medo e raiva. A amígdala exerce papel significativo no controle emocional, com maior relevância, nas respostas de ansiedade e medo. Muito estudada nos transtornos afetivos nos casos de depressão, pois a aprendizagem emocional é a maior característica. É também o local onde memórias relacionadas ao medo são armazenadas e comportamentos são disparados para serem executados pelo sistema somático e autônomo. Além disso, a amígdala exerce uma ligação essencial entre as áreas do córtex cerebral, recebendo informações de todos os sistemas sensoriais.⁴⁹

Nesse contexto, surge à área da neuropsicologia, ciência que busca estabelecer relações entre emoções, comportamento e funcionamento cerebral. Com o avanço da neurociência, o desenvolvimento acelerado de técnicas avançadas de neuroimagem cerebral, neurofisiologia e neuromodulação, além da neuropsicologia determinaram uma grande mudança na visão geral do período mais especificamente da adolescência como fase neurobiológica complexa que marca e reflete a transição da infância para a vida adulta.⁵⁰

⁴⁹ SANTOS, Flávia H. dos; ANDRADE, Viviam.; BUENO, Orlando F.A. **Neuropsicologia hoje**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.p. 33-40.

⁵⁰ SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2015, p. 44-50.

4 ORIGENS DA DEPRESSÃO

Apesar de, como já referido, esse trabalho não estar reduzido à especificação de critérios diagnósticos que identifiquem e caracterizem a depressão, se faz necessário reforçar, primeiro: o que chamamos hoje de depressão foi e pode ser lido como a melancolia, que foi imperativa até a década de 1970 em decorrência do saber psicanalítico. Segundo: Não perder de vista qual é nossa problemática acerca da origem da depressão infantil e suas características.

Já que nossa primeira questão nos parece mais esclarecida, não se apresentando como problemática central de nosso trabalho, partimos para a segunda. O que propomos a partir de agora, é uma análise das principais perspectivas acerca das origens da depressão infantil, objetivando reflexões produtivas acerca do tema em questão.

4.1 DA PERSPECTIVA HUMANISTA À PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

Iniciando pela perspectiva humanista, haveria, na manifestação depressiva, uma espécie de morte simbólica do ser. Dito de outro modo, uma ideia de perda ou inexistência de valores e princípios pessoais. Haveria também a ausência de satisfação no que tange a autorrealização em aspectos pessoais básicos e a falta de persistência em qualquer atividade iniciada⁵¹. Assim sendo, seu foco é motivacional e sua origem de ordem vivencial interna, podendo também ser momentâneo e de difícil compreensão.

Não esclarece, em certo sentido, a depressão de natureza mais orgânica, ou aquela que é caracterizada como um traço de personalidade, algo duradouro, vinculado a forma de existir do indivíduo.

Já no que diz respeito a visão existencialista, a depressão seria resultado da carência de um sentido existencial, um “vazio” para a razão de existir, de se constituir enquanto sujeito. Se perde o sentido do tempo futuro, prende-se ao

⁵¹ LA TAILLE, 2006, p.43.

passado e o presente torna-se uma falta constante⁵². Em síntese, a vida vai gradualmente carecendo de seu sentido.

Nesta perspectiva, a origem da depressão estaria centrada no sujeito, ou seja, no indivíduo particularizado, não esclarecendo as questões de cunho social e sua relação com esse vazio existencial e a falta de sentido, tampouco se detém na produção desse vazio em seu âmbito coletivo.

Muito próxima da abordagem comportamental, a cognitivista é dividida, na origem da depressão, em duas partes:

1 – Sugere-se que em razão da recordação seletiva, os indivíduos desenvolvem cognições negativas que os conduzem a esse transtorno. Aqueles que são deprimidos tem cognições negativas, prestam atenção e recordam-se seletivamente do material depressivo... 2 – A depressão é decorrente do sentimento do desamparo aprendido em controlar os aspectos negativos da vida. Os indivíduos deprimidos, em geral, sentem-se desamarrados, mas na maioria desses casos tais sentimentos parecem ser resultado e não causa⁵³.

Como abordagem comportamental, essa visão, acentua como causa da depressão, níveis baixos de gratificação e alto de punição. Apesar de evidências empíricas que estas duas condições podem resultar em humor entristecido ou disforia leve, que poderá aliviar ou acentuar um quadro depressivo, há de se ter cautela nesta avaliação, principalmente acerca das origens e formas das gratificações ou punições.

Passando para perspectiva fisiológica, sabe-se, logicamente, que os sintomas depressivos resultam de disfunções neuroendócrinas, herança genética e diminuição ou disfunção nas atividades dos neurotransmissores cerebrais, podendo tal disfunção explicar outros transtornos como sexuais e ainda outros vinculados ao sono.

Nos parece evidente a relação de tais processos cerebrais aos efeitos depressivos. Principalmente com o neurotransmissor serotonina. Porém além de ser mais recorrentes em casos de maior gravidade e duração⁵⁴, a leitura apresentada, pode tirar de foco sua característica consequente e não causal. Isto é, as próprias alterações vinculadas aos neurotransmissores cerebrais, podem não ser encarados

⁵² GOUVEIA E GOUVEIA, 2013, p.31.

⁵³ GOUVEIA E GOUVEIA, 2013, p.31.

⁵⁴ CÂMARA, 2005, p.77.

como resultado de fatores psíquicos em seu conteúdo, o que pode dificultar detecção de sua origem, reduzindo, entre outras consequências, seu tratamento unicamente ao aspecto medicamentoso.

Considerando, por fim, a abordagem fundamentada na psicanálise, é de conhecimento geral a aproximação entre luto e melancolia, bem como seus distanciamentos na perspectiva freudiana do tema⁵⁵. Enquanto que, no luto há uma perda de alguém, do objeto, na melancolia há a perda do sentido. Dito de outro modo, enquanto no luto, o mundo se torna vazio, empobrecido, na melancolia é o próprio ego que se fragiliza. É ele que se perde em algum momento sendo que, a identificação deste lugar de desorientação egóica, se torna fundamental para o direcionamento ético da análise.

Para Freud (1923-1925), há uma inacabada estruturação psíquica do sujeito, onde esse desenvolvimento vai se dando a partir da linguagem na relação com o Outro (sociedade), representado inicialmente na relação materna.⁵⁶ Não há, em psicanálise, como falar de depressão sem remeter ao processo melancólico advindo do complexo de Édipo. Já nos debruçamos, em outro momento, acerca do tema. Contudo, vale a pena lembrar que os desapontamentos penosos no desenvolvimento sexual, tanto da menina, quanto do menino, resultantes da castração simbólica, conduz a criança a busca de outro objeto de prazer e, é neste contexto, que tal processo nos auxilia não somente na identificação das estruturas psíquicas (neurose, psicose ou perversão), como também na identificação de sintomas depressivos.

Segundo Freud (1923-1925), esse período, tão conhecido quanto mal interpretado da vida da criança, se apresenta como momento de aprendizado, de socialização, humanização, de entrada no simbólico e apropriação por parte da criança de seu desejo, isto é, em relação a seu inconsciente. É o momento onde a criança lida com o desejo do Outro e se constitui a partir dele, nos interessando aqui, em especial, a consideração de mais dois autores.

Uma das críticas comuns à psicanálise é de que a mesma desconsidera ou negligencia a ordem biológica. Crítica que, para nós, não se sustenta. Pois, o que a

⁵⁵ FREUD, Sigmund. **Sobre o narcisismo: uma introdução**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Jayme Salomão, trad., Vol. 14, p. 81-108). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Texto originalmente publicado em 1914).

⁵⁶ FREUD, Sigmund. **Luto e Melancolia**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. 14, p. 260-263.

psicanálise afirma, não é a negação das leis naturais e biológicas e de como elas afetam o sujeito, mas sim, que toda experiência desta ordem só ocorre através do campo da significação, da produção de sentido, pelo fato de sermos caracterizados pela linguagem. A mediação do significante proporciona que possamos experimentar nossa condição orgânica, não como um todo condensado, mas sim de forma fragmentada, em pedaços, com os quais sonhamos, fantasiemos e representamos para nós mesmos⁵⁷.

Ana Marta Lobosque (2001), afirma que “do bichinho humano que nasce, o desejo do Outro faz um sujeito, onde, todavia sempre falta um pedaço”⁵⁸. Podemos compreender que na comunicação entre criança e mãe sempre há um mal-entendido. O próprio desejo da mãe é, em si, o desejo do Outro. Nessa relação materna, apesar de sua idealização de plenitude, também “delimita um vazio - vazio que começa pela boca”⁵⁹. É justamente na constituição deste vazio e na tentativa de preenchê-lo, que a ideia de pulsão nos importa como questão fundamental para melhor compreensão do uso de drogas. Podemos conceber a pulsão como um conjunto de efeitos que a linguagem executa no instinto. Desta forma, não há “experiência instintiva no ser humano, no sujeito, mas experiência do instinto fragmentado e remodelado pelo significante que é a pulsão”⁶⁰.

Dito de outra forma, a pulsão é o querer sem freio, que nunca se sacia. “Por causa do desejo, em razão desta marca de uma falta que o desejo suporta, a pulsão, impossível de satisfazer-se, é levada a inventar”⁶¹. Contudo, a pulsão entregue a si mesma, isto é, sem nenhum limite, não é inventiva, e, não suportando o vazio que a criou, tende a preenchê-lo de qualquer maneira, geralmente pela via da repetição, ou seja, compulsão à repetição.

Por esta razão, traçando um caminho desde este lugar do impossível, deste desejo do Outro, que nunca oferece resposta satisfatória, do mal-estar inerente à relação mãe bebê, até a pulsão sem limite, que Lobosque escreve:

Do Leite ao peito, do peito à chupeta, da chupeta à bala, da bala ao cigarro e à bebida, do feijão com arroz ao caviar, do choro à palavra - é infinita a série que pode se estender daí. Num certo sentido, todos estes objetos são

⁵⁷ ELIA, Luciano. **O conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004, p.16.

⁵⁸ LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamound, 2001, p.75.

⁵⁹ LOBOSQUE, 2001, p.76.

⁶⁰ ELIA, 2004, p.47.

⁶¹ LOBOSQUE, 2001, p.77.

falsos, são ilusórios; e, no entanto, sua infinita diversidade faz a riqueza do mundo humano⁶².

Portanto, na prática da clínica psicanalítica, somos convocados a abrir espaço para possibilidades de reinvenção da pulsão, da repetição de maneira diferente e de formas de limite para a pulsão, sendo que, o desejo é exatamente o resultado da articulação entre pulsão e limite, que aqui, muito nos importa, pois, “quando o desejo hesita, a pulsão comanda”⁶³. Este comando das pulsões, apesar de nem sempre se voltar a melancolia, quando o faz, conduz o sujeito a repetir compulsivamente o ato autodestrutivo. Nestes casos, a pulsão não é mais inventiva ou criativa, mas apenas repete dentro uma eterna insatisfação.

4.2 ASPECTOS GERAIS DE ORIGEM DA DEPRESSÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

As causas da depressão na infância e adolescência, como foi possível perceber até o momento, estão dentro de múltiplas perspectivas, estando associadas também a diversos fatores de risco. Miriam Crunivel e Evely Boruchovitch dividem esses fatores em fatores dos ambientes familiares e escolares. No ambiente familiar elas indicam:

- Abandono do pai ou da mãe.
- Morte do pai ou da mãe.
- Separação ou divórcio do pai e da mãe.
- Atitudes disfuncionais do pai e da mãe.
- Presença de depressão no pai ou na mãe.
- Falta de apoio ou suporte familiar.

No ambiente escolar:

- Dificuldades escolares com baixo rendimento.
- Dificuldades de relacionamento com o professor ou a professora.

⁶² LOBOSQUE, 2001, p.77.

⁶³ LOBOSQUE, 2001, p.78.

- Problemas de relacionamentos com amigos ou amigas.⁶⁴

Crunivel e Boruchovitch elucidam que um fator importante para a depressão em crianças e adolescentes é a presença de depressão no pai ou na mãe. Elas comentam que “[...] filhos de pais depressivos têm mais chances de ter depressão do que filhos de pai não depressivos [...] e que a primeira crise de depressão aparece mais cedo na vida de crianças com pais depressivos.”⁶⁵ Ana Paula Maia indica que se trata de um fator genético⁶⁶ que aumenta em três vezes mais a chance para crianças e adolescentes desenvolverem depressão, sendo que a depressão

[...] maternal parece ser o fator de maior risco para a depressão em crianças e adolescentes do que a paternal, em especial nas filhas, as quais uma vez deprimidas continuam com alta intensidade sintomatológica quando entram na adolescência, o que não ocorre com meninos.⁶⁷

Outro fato que cabe destacar é o abuso físico ou sexual.⁶⁸ De maneira inequívoca, a exposição ao abuso sexual na infância está associada a prejuízos em longo prazo, representando fator de risco para o desencadeamento de diversas alterações de ordem psicológica e funcional, entre as quais depressão, ideias suicidas, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático.⁶⁹ Marcos Mercadante observa o seguinte:

Um estudo avaliou dois grupos de mulheres deprimidas, um composto por mulheres que haviam sofrido abuso sexual na infância e outro apenas com sintomas surgidos na idade adulta. O grupo das que sofreram abusos na infância apresentou pior resposta ao tratamento antidepressivo, quando comparado ao grupo de mulheres deprimidas que não haviam sofrido abuso. Além disso, o estudo de imagem cerebral dessas mulheres mostrou

⁶⁴ CRUVINEL, Miriam; BORUCHOVITCH, Evely. **Compreendendo a depressão infantil**. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.p. 19.

⁶⁵ CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2014, p. 20.

⁶⁶ “Cada uma das células do seu corpo possui entre cinquenta mil e cem mil genes, todos formados por uma substância chamada ácidosoxir-ribonucléico (DNA). Os genes são encontrados no núcleo da célula (o centro de controle) em estruturas filiformes chamadas cromossomos. Todas as células, com exceção das sexuais, possuem 46 cromossomos, e a maioria dos genes ocupa um lugar específico em um cromossomo específico. Na maioria das pessoas, os genes estão arrumados de uma maneira totalmente individual. A não ser que você seja um gêmeo idêntico, ninguém no mundo possui a sua estrutura genética exata.

“Às vezes, as pessoas herdaram dos pais um ou mais genes anormais, que podem levar a problemas de saúde.” AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Guia essencial de depressão. São Paulo: Aquariana, 2002. p. 104.

⁶⁷ MAIA, 2012, p. 68.

⁶⁸ FÉDIDA, Pierre. **Dos benefícios da depressão**: elogia da psicoterapia. São Paulo: Escuta. 2009.p. 35.

⁶⁹ LIRA, Margaret Olinda de Souza Carvalho et al. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2017.p. 2.

uma diminuição da porção anterior do hipocampo, sugerindo um processo de perda neuronal. [...] A partir desses estudos, pode-se considerar que a exposição a situações estressantes, se não corrigidas, determina uma modificação na estrutura cerebral que se mantém por toda a vida.⁷⁰

Outro fato que também precisamos indicar é o abuso de substâncias psicoativas, como o álcool e as drogas.⁷¹

As substâncias que viciam também ativam o sistema límbico. Elas o fazem inundando o cérebro com certos neurotransmissores que fazem você se sentir bem. A cocaína, por exemplo, ativa a liberação do neurotransmissor dopamina, o que produz uma sensação de bem-estar. Seu uso constante faz o cérebro liberar quantidades excessivas desse neurotransmissor. Como a cocaína interfere na maneira como as células nervosas reabsorvem a dopamina, ela acaba por exaurir a reserva de dopamina do cérebro. Outras mudanças cerebrais podem ocorrer com o abuso do consumo de muitas substâncias que causam vício. Essas mudanças podem provocar a depressão ou piorar a já existente.⁷²

Andrew Solomon comenta que “Todas as drogas – nicotina, álcool, maconha, cocaína, heroína e cerca de vinte outras drogas atualmente conhecidas – têm efeitos importantes no sistema da dopamina.”⁷³ Solomon também observa que a “[...] ideia de que se pode ignorar o vício e tratar a depressão como doença primária, ajudando a pessoa a se sentir tão bem que ela não deseje mais as drogas negligencia a realidade da dependência física.”⁷⁴ Esse alerta é muito importante, pois, de fato, isso é ignorado provavelmente na maioria dos tratamentos da depressão com dependentes de drogas.

Outro fator importante é o sócio econômico. Crunivel e Boruchovitch observam que famílias de com condições financeiras ruins, pensando em termos de renda familiar, bem como tipo de emprego e escolaridade do pai e da mãe, podem ter propensão à depressão. No entanto, “[...] isso não quer dizer que famílias pobres apresentem mais depressão, e sim que vivem mais situações de estresse para

⁷⁰ MERCADANTE, Marcos Tomanik. O impacto da depressão ao longo do desenvolvimento. In: LACERDA, Acioly Luiz Tavares de (org.). **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 187-188.

⁷¹ SOUZA, Márcio Gerhardt de; VIEIRA, Rodrigo Machado. Neurobiologia do transtorno depressivo maior. In: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 49.

⁷² AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002. p. 146.

⁷³ SOLOMON, Andrew. **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2018. p. 207.

⁷⁴ SOLOMON, 2018, p. 209.

atender às suas necessidades, o que por sua vez as coloca mais propensas a desenvolver a doença [...].”⁷⁵

Além das causas como as indicadas acima, também é preciso considerar aspectos comórbidos, como, por exemplo, os transtornos de ansiedade, sobretudo o transtorno obsessivo-compulsivo, que ocorre em 10 a 30% das crianças e adolescentes como depressão. Portanto, tais patologias podem estar relacionadas ao surgimento da depressão.⁷⁶ Elas também podem dificultar o diagnóstico, pois compartilham sintomas análogos aos da depressão.

As causas da depressão não podem ser reduzidas a uma lista simples, mas devem ser entendidas de forma multifatorial, isto é, o início e a evolução da depressão em crianças e adolescentes estão “[...] relacionados a diversas variáveis biológicas, históricas, ambientais e psicológicas [...]”.⁷⁷ Semelhantemente, Gouveia e Gouveia: “[...] parece mais plausível compreender a depressão quando se admite uma interação complexa de distintos fatores, tais como de natureza biológica como pessoal, social e demográfica.”⁷⁸

4.3 DISCUSSÕES ACERCA DAS PERSPECTIVAS DE ORIGEM

Como foi possível perceber, existe ampla gama de possibilidades de leitura; para as causas da depressão, sendo que todas elas possuem suas potencialidades e suas fragilidades. Isso posto, nos parece sensato, para responder a nossa pergunta central, compreender a depressão, em suas origens, dentro do entrelaçamento complexo destes múltiplos fatores, que se relacionam continuamente entre si na vida do sujeito e que comportam aspectos de cunho psíquico, social, cultural, biológico, entre outros.

⁷⁵ CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2014, p. 20.

⁷⁶ MAIA, 2012, p. 70-72.

⁷⁷ CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2014, p. 18.

⁷⁸ GOUVEIA; GOUVEIA, 2013, p. 33.

4.3.1 Onipotência infantil e parental

Para se somar ao que expomos até aqui, damos ênfase ao pensamento de Julieta Jerusalinsky⁷⁹, em sua diferenciação entre tristeza e melancolia, afim de melhor compreendermos o sofrimento depressivo infantil e de como este se apresenta na contemporaneidade a partir das perspectivas e histórico apresentado até aqui.

Enquanto a tristeza diz respeito a processos naturais da vida, expressa na frase: “Estou triste”, a depressão remete a uma notável indiferença, percebida na expressão: “Tanto faz”. Há, aqui, uma suspensão do desejo infantil. Tudo é sem graça, insonso e morno. Famosa síntese “essa criança tem tudo, mas não quer nada”. Ou, em termos psicanalíticos, “é a criança que quer tudo e nada deseja”⁸⁰. Teríamos então a infância que nada anseia. E, se nada anseia, os pais se veem impelidos a ansiar por elas.

Conforme múltiplos autores nos tem alertado⁸¹, não que assim precisasse, pois, a própria observação cotidiana nos confirma, que há um claro movimento, por parte dos pais e, infelizmente também do meio escolar, de privar as crianças da dor e do sofrimento real da vida, da dureza da morte e da evitação do processo de luto. Quando não isso, uma tendência de transferi-las um desejo pertencente a outros, e geralmente nos próprios pais reprimidos.

Para Maria Rita Kehl⁸², esse é o pior tipo de abandono: o da criança entregue ao próprio desejo. Pois, ao se procurar evitar todo e qualquer sofrimento a uma criança (gozo) e proporciona-la todo tipo de satisfação (Pulsão), não estamos lhe dando condição de desenvolver recursos para lidar com a única certeza da vida: a certeza da frustração. E a fizemos, como já referido anteriormente, por dois meios: Supressão da verdade e transferência do desejo dos pais em suas privações de infância. Em síntese, quando mais poupamos a criança de viver suas tristezas, mais a empurramos para melancolia. É a “falta da falta”⁸³.

⁷⁹ JERUSALINSKY, Julieta. **Criação da criança brincar gozo e fala entre a mãe e o bebê**. São Paulo, Agalma, 2014.

⁸⁰ JERUSALINSKY, 2014, p. 23.

⁸¹ JERUSALINSKY, LA TAILLE, BAUMAN et al.

⁸² KEHL, Maria Rita. Drogas. **Café Filosófico**. Youtube, 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=DSOMRi1HJeQ>. Acesso em 20 jul. 2023.

⁸³ LOBOSQUE, 2001, p.76.

Desta forma, guiada pela pulsão, pelo gozo, que nada mais é que o desejo sem freio, sem limite, há uma série de objetos que serão deixados para traz na vida da criança e tratadas pela via da restituição, o que faz com que as relações, tanto com as pessoas, quanto com os objetos, percam valor e sentido. Afinal, “por que se importar, se tudo pode ser substituído? Se já sei de tudo? Se tudo é explicado pela via da restituição?”⁸⁴. Nisto, Freud é extremamente assertivo ao afirmar que “o amor infantil exige nada menos do que tudo”⁸⁵.

Para Jerusalinsky, o luto, bem como a tristeza são processos inerentes as vivências mais simples do cotidiano humano. Em síntese, em toda escolha há uma perda, uma morte, algo que deixamos para traz e que não pode ser substituído. Portanto, torna-se fundamental que ao vivenciar tais experiências, ao invés de buscar o caminho da evitação da dor pela via da substituição imediata, se percorra o caminho da troca simbólica, pela autonomia do seu próprio corpo e de sua psique. Dito de outro modo, é preciso que, pela via do decifrar das impossibilidades da vida, a criança se depare com sua realidade, com a “falta” inerente a ela⁸⁶. Com a verdade de que não pode tudo.

O princípio que temos ao nosso lado, isto é, o principal recurso que dispomos para não poupar uma criança das frustrações da vida, das tristezas do cotidiano, é que nós também não somos poupados dele. Não fizemos tudo o que queremos e, sim, o que queremos dentro daquilo que é possível ser feito, dentro uma ética dada em termos sociais, coletivos e que auxilia na produção de sentido na vida⁸⁷.

Dizer não para a criança, ou seja, apresentá-la as privações da vida, equivale a atravessar sua ilusão de onipotência junto com ela. E melhor, transpor uma ilusão de onipotência da criança, mas também presente nas vivências dos pais.

⁸⁴ DUFOUR, Dany Robert. **O Divino Mercado:** a revolução cultural Liberal. Rio de Janeiro. Companhia de Freud, 2008, p.138.

⁸⁵ FREUD, 1914, p.98.

⁸⁶ ELIA, 2014, p.46.

⁸⁷ LA TAILLE, 2006, p.13.

4.3.2 O brincar e a ilusão

A escritora Marilene Felinto, em *As mulheres de Tijucoapapo*⁸⁸ diz que “Infância são ânsias. Uma infância não preenche espaço algum, ela não cabe, ela se espalha no que eu sou até hoje, no que vou ser sempre”⁸⁹, isto é, espaço de tempo cheio de ânsias. A referida autora expressa, assim, um período de tempo marcado pelo muito desejar e, desejar muita coisa que não se tinha como ter, pelo menos, não de imediato.

Aqui se pontua dois aspectos importantes, no que diz respeito a nosso tema. O primeiro é a quebra de paradigma da tecnologia como preeminente produtora da depressão infantil. Apesar de ser inegável o entrelaçamento entre as relações virtuais e sintomas relacionados a depressão, ansiedade e bipolaridade, é importante que se diga que faz parte do universo infantil o querer, o criar, o acelerar, o ansiar e o desejar. Uma criança brinca porque anseia coisas⁹⁰.

Dessa forma nosso segundo ponto já fica explícito: ânsia não é ansiedade. Enquanto a segunda diz respeito a antecipação contínua e intensa (e por isso patológica) do tempo, a primeira aponta para uma busca de completude de um ser sempre inacabado⁹¹, ou seja, aponta para os desejos comuns da vida infantil.

Ao se perceber inacabada, inclusive organicamente e imatura frente a seu desejo, a criança responde de forma muito específica e, por que não, bela. Isto é, com a vontade de crescer. Por esta razão, diante de uma negativa, ouvimos, advinda de uma criança e direcionada a um adulto, a frase, quase sempre em tom vingativo “quando eu for grande” farei, comprarei, irei, etc.

É nesta direção que, ressalta-se aqui, o papel fundamental da ilusão na importância do porvir e, conseqüentemente na produção de sentido pra vida. Pois, afinal o “ser grande” e assim poder “ser desejoso” é exatamente o que está situado entre o agora e a morte, isto é, o futuro⁹². Essa ilusão de potência também é

⁸⁸ FELINTO, Marilene. *As Mulheres de Tijucoapapo*. Rio de Janeiro: Record, 2004, p. 98.

⁸⁹ FELINTO, 2004, p.98.

⁹⁰ JERUSALINSKY, 2014.

⁹¹ LOBOSQUE, 2001, p.76.

⁹² FRIZZERA, Emilia Helena da Silva. **Depressão infantil: para além do diagnóstico**. Curitiba: Appris, 2015.

colocada por Donald Woods Winnicott⁹³, todavia se referindo a uma fase mais tenra da vida, onde o olhar da mãe deve ser proeminente.

Isso posto, é importante que se diga e se sustente, que o futuro, para a criança, demora. É vagaroso, arrasta-se para chegar como o recreio escolar, sucedido daqueles dois períodos compostos pela disciplina que mais se gosta ao final. É penoso e, por isso, ela brinca.

O brincar é uma maneira de produzir respostas de forma a não se responsabilizar pelo ato. Por esta razão, as brincadeiras geralmente são trágicas e acompanhadas de grandes componentes éticos. A morte, as perdas, as separações, a sexualidade, etc.

Todas fantasias que necessitam estar apoiados em objetos concretos, ou seja, os brinquedos ou objetos que se tornam artefatos para o brincar. No que se conclui que não é o brinquedo que desencadeia a fantasia da brincadeira, mas sim o contrário, é a fantasia do brincar que produz o tipo de brinquedo a ser utilizado⁹⁴.

Ora, se defendemos que a criança deve lidar com as perdas e frustrações pelo caminho da troca simbólica, pela autonomia do seu próprio corpo e de sua psique, é por esta mesma razão, que defendemos que o brinquedo muito elaborado, aquele que possui mil funções, que praticamente brinca sozinho, é obstáculo, e não auxílio no desenvolvimento infantil.

Em síntese, no ato de brincar a criança deve ser autora e não expectadora dentro daquilo que se produz. Caso contrário, a brincadeira e todo o simbolismo nela contido, empobrece de valor, carece de sentido, abrindo caminho desde já, para produção dos sintomas depressivos.

4.3.3 O sujeito do vazio

Para Luciano Elia⁹⁵, a aparição do sujeito no cenário do pensamento ocorre a partir da angústia e das incertezas, oriundas da queda do que, até então, o homem tinha como sólido em sua concepção de mundo. Para exemplificar o que foi dito, citamos o declínio do poder religioso e das monarquias europeias, que,

⁹³ WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

⁹⁴ JERUSALINSKY, 2014.

⁹⁵ ELIA, 2004.

impulsionado pelo movimento iluminista, faz com que o homem busque em si próprio, as referências éticas para o bem viver antes ditadas pelas igrejas e pelo estado. Ainda para o referido autor, é somente a partir de Freud e da psicanálise, que conseguimos dispor de bases contundentes para compreender que “a emergência da angústia é a própria emergência do sujeito”⁹⁶.

A primeira consideração importante acerca da constituição de sujeito, para a psicanálise, é que ele não nasce nem se desenvolve, mas se constitui. Tal premissa é importante, pois marca o vetor em torno do qual se organiza o campo de atuação da psicanálise, que se afasta do velho conflito entre o inato e o aprendido tão comum nas múltiplas abordagens psicológicas.

Desta forma, a psicanálise recusa-se a compactuar com as premissas comportamentalistas que embasam as concepções da formação do que se denomina personalidade, para aproximar-se de outro campo do qual o sujeito é efeito: o campo da linguagem.

O inconsciente, nome que delimita o campo primordial da experiência psicanalítica do sujeito, exige um suporte metodológico que comporte o estatuto do material e do simbólico. A linguagem, principalmente a partir do recorte da linguística de Ferdinand Saussure, é o campo que oferece referência para estas duas condições. Lacan subverte a associação significante/significado de Saussure, onde havia uma correspondência entre ambos, concedendo primazia a categoria significante. Para Lacan, o significado só se produz a partir da articulação entre os significantes. Dos dois elementos, significante/significado, constitutivos do signo de Saussure, só o significante é material e simbólico⁹⁷.

Considerando esta condição estrutural de linguagem, nos voltamos a sua aplicação na constituição do sujeito. Para a psicanálise, o sujeito é um ser social. Dito de outra maneira, a psicanálise, para além de considerar a dimensão social da constituição do indivíduo, afirma esta dimensão social como fundamental à constituição do sujeito do inconsciente. O ser humano só sobrevive e se constitui enquanto ser, quando obrigatoriamente inserido em uma ordem social, a partir da relação com o Outro, podendo estar materializado na família, seus substitutos, ou outras relações para além desta.

⁹⁶ ELIA, 2004, p.13.

⁹⁷ ELIA, 2004, p.15

A esta condição, que exige a intervenção de um adulto próximo, que Freud denomina de desamparo fundamental do ser humano⁹⁸. A partir da conceitualização de Freud, Lacan propõe a categoria de Outro (com o maiúsculo). Esta categoria se aplica não somente ao adulto próximo a que se refere Freud, mas se estende a toda a ordem simbólica que a mãe (ou o adulto referência) introduz no ato de cuidar do bebê.

Cabe pontuar uma diferença importante entre o que se denomina ordem social e cultural e a categoria de Outro. Esta ordem primeira é caracterizada por valores, princípios, ideologias, ensinamentos, entre outros, que constituem um plano antropológico. Já acerca do Outro, Elia nos descreve com clareza:

O outro é o esqueleto material e simbólico desta ordem, sua estrutura significante nos permite dizer que a ordem do Outro, que a mãe encarna para o bebê, é uma ordem significante e não significativa. O que a mãe transmite é, primordialmente, uma estrutura significante e inconsciente para ela própria (ela não sabe que transmite para além daquilo que pretende deliberadamente transmitir), e não poderia ser simplesmente o conjunto de valores sociais⁹⁹.

Enfatizar esta diferença se faz fundamental, pois implica também em considerar que esta ordem do significante, que é constitutiva do sujeito, seja subtraída daquilo que poderia lhe conceder completude, ou seja, a ordem do significante é “furada”. Por esta razão, o que chega ao bebê por meio do Outro, não é somente um conjunto de significados a serem incorporados, mas sim um conjunto “de marcas materiais e simbólicas – significantes – introduzidas pelo Outro materno, que suscitarão no corpo do bebê um ato de resposta que se chama sujeito”¹⁰⁰. Podemos dizer que o sujeito da psicanálise é o sujeito do inconsciente que emerge em um ato de resposta, uma resposta que é dada em ato.

Desta forma, se identifica a possibilidade de, na dificuldade de transpassar a onipotência infantil, e, no movimento de evitar que a criança e o adolescente perceba e vivencie o sofrimento inerente a vida, haver um ideal de completude que permeia a educação infantojuvenil, bem como as relações parentais. Algo que deve ocupar um “vazio”, ideal este, que a própria experiência de vida dos pais evidencia como falseada.

⁹⁸ ELIA, 2004, p.39

⁹⁹ ELIA, 2004, p.40.

¹⁰⁰ ELIA, 2004, p.41.

Pontuamos aqui, algo que nos parece fundamental: não há possibilidade de se preencher o que não é passível de preenchimento, isto é, a falta constitutiva do sujeito. Ao contrário, cabe sustentar o compromisso com o seu desejo. Tal como Freud¹⁰¹ nos sugere, o sofrimento humano advém de um descompasso entre a satisfação preterida e aquela que é possível de ser satisfeita. No entanto, não há apenas sofrimento envolvido neste descompasso¹⁰². É o desejo, sustentado na falta, em sua constante insatisfação, que impulsiona a criança as mais belas construções, que permite a ela ser criativa, inventiva, que pode lhe possibilitar a construção de vias de subjetivação.

Portanto, nos parece ético a não contribuição com a ideia de “completar o vazio”, mas sim de pensar possibilidades de encontro do sujeito com seu desejo. Dito de outra forma, não se trata de completar, mas sim, de inventar e reinventar!

4.3.4 Vazio, tédio e depressão

Na direção de compreender a busca de sentido por meio de um reinventar da incompletude, aspecto que se relaciona com as origens da depressão, nos parece importante trazer aqui a ideia de cultura do tédio de Yves de La Taille¹⁰³.

Para o autor, tédio (expressão comum entre os adolescentes) não é ócio. Enquanto o primeiro se relaciona com o “não ter o que fazer”, o segundo aponta para um “não querer fazer”¹⁰⁴, uma escolha, que se vincula ao lazer, ao descanso e a algo que pode ser produtivo ou terapêutico ao sujeito.

Todos nós, em algum momento, já passamos por uma situação de tédio. Em uma fila de banco, em um caixa de supermercado, no teatro, no ônibus ou esperando alguém, por exemplo. Nesses momentos, só a paciência nos auxilia a suportar o momento.

O universo infantojuvenil não escapa ao tédio. Mas diferente dos adultos, recorrem a seus próprios meios para atravessá-lo. Elas brincam, andam, correm, desenham, conversam, ou seja, querem ser donas do seu tempo e, como já foi dito,

¹⁰¹ FREUD, 1930.

¹⁰² FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Jayme Salomão, trad. vol. 21, p. 81-148). Rio de Janeiro, Imago, 1996 (Texto originalmente publicado em 1930).

¹⁰³ LA TAILLE, 2009.

¹⁰⁴ LA TAILLE, 2009, p.16.

este é um movimento de suma importância. Ela brinca para tomar o tempo e não ser tomado por ele¹⁰⁵.

Mas o tédio não veste apenas a roupagem situacional. Se apresenta também de forma existencial, tanto nos adultos quanto nas crianças e adolescentes. Ele não ocorre somente quando uma atividade carece de sentido, mas quando a vida em si perde significação. Quem diz “minha vida é um tédio”, está dizendo que ela é [...] “vazia, triste, melancólica, insuportável, longa demais porque é pequena”¹⁰⁶.

Várias são as razões que podem conduzir alguém a uma vida tediosa. Nossa sociedade atual contribui para isso. Atividades sem sentido e o trabalho repetitivo e sem interesse são alguns destes motivos. Contudo, até mesmo na possibilidade de múltiplas e ricas atividades se pode viver o tédio, pois a vida, ainda assim pode carecer de sentido. Assim, se evidencia a depressão.

No caso das crianças e adolescentes, como já foi dito, diante da ausência de desejo dos filhos, quem deseja são os pais. Frente a este quadro se pensa todo tipo de recurso para afastar o mal do tédio. Celular, jogos, televisão, redes sociais, atividades esportivas, dança, academia e outras atividades que, muitas vezes, carecem de significado tanto para a criança quanto para o adolescente. Assim, momentaneamente, se engana o tédio, mas não se vence. E, “o tempo acaba voltando a parecer melancolicamente longo porque a vida permanece pequena”¹⁰⁷.

Para o autor em questão, vivemos uma cultura do tédio. Uma forma de sociedade que contribui para uma vida carente de sentido. Uma carência que pode decorrer, como vimos até aqui, tanto do vazio constitutivo do sujeito individual, ao excesso de estímulo do sujeito coletivo.

Tal cenário, nos faz pensar quais vias são possíveis de serem percorridas na produção de sentido no universo infantojuvenil a fim, não somente de prevenir a instalação de um quadro depressivo, mas também intervir de forma efetiva com um processo de cuidado que seja curativo. Pensamos que uma dessas vias pode ser a fé.

¹⁰⁵ LA TAILLE, 2009, p.17.

¹⁰⁶ LA TAILLE, 2009, p.17.

¹⁰⁷ LA TAILLE, 2009, p.17.

5 A FÉ NO PROCESSO DE CURA

Partindo da ideia de sujeito faltante, isto é, um vazio constitutivo do sujeito, temos como natural o movimento do ser humano (também o ser infantil) em busca de certa completude, que, apesar de nunca totalmente efetiva em seu objetivo, se mostra produtora de sentido. Dito de outro modo, é na busca da completude, que nos sentimos menos incompletos, produzindo sentido a nossas vivências e minimizando assim, as possibilidades de instalação do tédio e, conseqüentemente do quadro depressivo.

Nessa produção, muitos aspectos serão postos nesse vazio, dentro dos movimentos de invenção e reinvenção das vivências e do sofrimento cotidiano. Um desses aspectos, ou recursos, que, na contemporaneidade está associado à busca de sentido de vida e, conseqüentemente, de prevenção e via de tratamento da depressão, é a fé.

Cabe dizer aqui, que a fé, como veremos, é compreendida na associação com a religião e a prática da espiritualidade, apontando para aspectos acerca da qualidade de vida. Já a cura, está associada não a uma ideia de reparo, restabelecimento ou recuperação da saúde como uma espécie de reconstrução do danificado, mas sim a construção de práticas de cuidado que promovam e colaborem com a diminuição do sofrimento tanto individual quanto social no que diz respeito à depressão na infância e adolescência¹⁰⁸.

5.1 FÉ, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE. DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS

A religião sempre foi algo presente na cultura brasileira. No último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) mais de 89% da população brasileira declarou ter uma religião. Tal dado chama a atenção para a representatividade social dada pelos brasileiros à dimensão religiosa em suas vidas¹⁰⁹.

¹⁰⁸ BARANGER, W.; BARANGER, M. Problemas del campo psicoanalítico. Buenos Aires: Agierman, 1969.

¹⁰⁹ MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade & Saúde Mental: O desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. **Zen Review**, 1-6, 2009. Disponível em:

Para Pereira (2003), “a fé é um atributo essencial da existência” (p. 23)¹¹⁰, não sendo possível sua separação do ser humano, uma vez que pressupõe o envolvimento de vontades, emoções, desejos e atitudes como aspectos da personalidade do sujeito que crê. Assim, a fé, pode ser entendida como fenômeno existencial significativo.

Giovanetti (1999), afirma que muitas pessoas, em atendimento clínico, levam consigo a experiência do sagrado¹¹¹. Da mesma forma, Freire e Moreira (2003) chamam atenção para o fato de que nas mais diversas clínicas psiquiátricas e psicológicas, se percebe experiências ligadas à espiritualidade, o que acentua a necessidade de sua análise.¹¹²

Isso posto, a inseparabilidade da relação fé/humano, fica mais evidente nos momentos de crise ou adoecimento, inclusive no público infantojuvenil. Desta forma, além de um fenômeno existencial, a fé é considerada por alguns humanistas como um fenômeno psicológico.¹¹³

Muitas vezes, a espiritualidade é entendida como sinônimo de fé e de religiosidade. Contudo, há diferenças significativas entre esses conceitos. Para Boff (2006, p.15) a espiritualidade está relacionada as qualidades do espírito humano, tais como “amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia - que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros”. Para o mesmo autor, a religião aponta para a crença no direito à salvação, anunciada pelas tradições da fé, sendo também associada aos dogmas religiosos, aos rituais e às orações.

Apesar da semelhança entre os conceitos de espiritualidade e religiosidade, nem sempre há harmonia entre eles. Enquanto a religião pode ser definida dentro de um sistema de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente, a espiritualidade se apresenta como

<http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/M_autores/MOREIRA. Acesso em: 15 out. 2022. ALMEIDA_Alexander_tit_Espiritualidade_e_Saude_Mental.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.

¹¹⁰ PEREIRA, J. **A fé como fenômeno psicológico**. São Paulo, SP: Escrituras, 2003.

¹¹¹ GIOVANETTI, J. P. **O sagrado e a experiência religiosa na psicoterapia**. In: M. MAHFOUD, & M. MASSIMI, (Eds.), *Diante do Mistério: psicologia e senso religioso* (pp. 87-96). São Paulo, SP: Loyola, 1999.

¹¹² FREIRE, C. F. & Moreira, V. *Psicopatologia e religiosidade no lugar do outro: uma escuta levinasiana*. **Psicologia em Estudo**, 8(2), 93-98, 2003.

¹¹³ PEREIRA, 2003, p.26.

a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, o sentido da existência e a relação com o sagrado¹¹⁴.

O que propomos aqui é um entendimento de fé que comporte e harmonize as principais características apresentadas, tanto da espiritualidade, quanto da religiosidade, visto que a fé é a adesão incondicional a algo que a pessoa entende por verdade. Entendemos, aqui, por fé, o ato direcionado para a descoberta de significado, de fonte de sentido diante das incertezas, da tragédia e das perdas que a vida pode proporcionar.

Se defendemos que a depressão infantil também se origina da falta de sentido de vida, pressupomos que crianças e adolescentes também busquem significação em suas experiências. Várias instituições sociais, sistemas familiares e educacionais, instituições governamentais e médicas podem auxiliar nessa busca em suas vidas, busca essa que se relaciona com o ideal de completude já mencionado, mas o que diferencia a fé dessas outras instituições é que ela traz o sagrado para a busca de significado. Assim, a fé é um fenômeno complexo e multifacetado que pode evoluir de maneiras muito diferentes ao longo da vida.¹¹⁵

5.2 CONCEITO E ESTÁGIOS DA FÉ

Para explicitar, com maior amplitude, esta evolução da fé, anteriormente citada, trazemos a teoria do desenvolvimento, segundo James W. Fowler. Tal compreensão se desenvolve em seis estágios e se fundamenta em três sólidas teorias, a saber, a do desenvolvimento psicossocial de Erikson, do desenvolvimento moral, de Kohlberg e do desenvolvimento cognitivo de Piaget.

Considerando os pressupostos até aqui discorridos, entende-se a fé como “uma postura existencial dinâmica, uma maneira de inclinar-se para dentro e de dar sentido às condições de nossa vida.”¹¹⁶ Nesta direção, a fé se apresenta como uma

¹¹⁴ LIAS, A. C. A. **Re-significação da dor simbólica da morte**: relaxamento mental, imagens e espiritualidade. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(1), 92-97, 2003.

¹¹⁵ PARGAMENT, K.I. **Religion and Coping**: The Current State of Knowledge. In: S. Folkman (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of stress, health, and coping*. Reino Unido: Oxford University Press, p. 269-288, 2010.

¹¹⁶ FOWLER, James W. **Estágios da fé – a psicologia do desenvolvimento humano e a busca de sentido**. São Leopoldo: Sinodal, 1997, p.84.

forma efetiva de ser e estar no mundo, conduzido o indivíduo no caminho de enfrentamento das crises e desafios inerentes as vivências cotidianas.

5.2.1 Lactância e fé indiferenciada: 0-1 ano

Aproximadamente aos oito meses, após um período de intensa simbiose entre mãe e bebê, ocorre um processo de perceber-se separado da mãe e das outras pessoas, sendo assim capaz de experimentar a ausência materna e a incerteza de sua volta. Quando vivencia seu retorno, sente a restauração de sua centralidade e confiança.

Portanto, a fé, em sua fase mais tenra, parte da percepção da total dependência do cuidado de pessoas mais fortes e poderosas. A confiança advinda dessa relação está no fundamento das primeiras imagens de Deus.

5.2.2 Estágio 1: Fé intuitivo-projetiva. 2-7 anos

Nesta fase da vida a criança media sua relação com o mundo por meio da representação simbólica. Por lhe faltar a lógica indutiva e dedutiva, ela “simplesmente supõe, sem questionamento, que as experiências e percepções que tem dos fenômenos, representam a única perspectiva disponível.”¹¹⁷ Surge, então, a força da imaginação.

Há, nesta etapa do desenvolvimento, a necessidade de um cuidado, por parte da família e de pessoas educadoras, no que tange à educação religiosa e construção da identidade de fé. Pois, na utilização da força da imaginação, o amor e outros afetos benéficos podem ser desenvolvidos. É importante explicar que existem formas de pensar e de se crer diferente, e que está tudo bem, pois através do diálogo com o diferente pode-se construir as mais belas harmonias. Da mesma forma, a rigidez, a inflexibilidade, o medo, o fanatismo e o pensamento totalitário podem surgir, frente à orientação educacional inadequada. Desta forma, a igreja pode prestar um desserviço social, ao desenvolver nas crianças uma fé excludente em detrimento de uma inclusiva.

¹¹⁷ FOWLER, 1997, p.109

5.2.3 Estágio 2: Fé Mítico-Literal. 8-10 anos

A partir da lógica indutiva e dedutiva, a criança busca provas. Separa o real do simbólico, resguardando o aspecto imaginativo no âmbito do brincar. Nesta etapa, a criança “questiona a própria fé da primeira infância com base nos ensinamentos das pessoas de referência.”¹¹⁸

Deus, passa a ser compreendido como um pai compreensivo e amoroso, que tem suas ações pautadas na reciprocidade da justiça.

5.2.4 Estágio 3: Fé Sintético-convencional. Adolescência.

Na construção de sua identidade comportamental, a pessoa adolescente busca referências para basear seus ideais e suas ações. Assim surge a noção de “amigo íntimo” na adolescência e, conseqüentemente, a do namoro e da base grupal.

Aqui, a pessoa adolescente assume sua fé, no sentido da busca de um modo de ser e estar no mundo comum a um grupo, isto é, sem uma análise própria mais aprofundada. Sua visão das vivências cotidianas aparece de maneira muito dependente de outras pessoas, pois, sua identidade ainda se encontra em formação.¹¹⁹

É nesta fase que se identifica o dito pensamento operacional.¹²⁰ A pessoa adolescente busca por um Deus orientador e companheiro, visto como aquele que nos conhece em todos os aspectos.

Como neste estágio da fé, a relação com Deus é mediada pelos símbolos e ritos (roupas, hábitos, objetos e amuletos), deve-se cuidar com sua possível retirada, de forma equivocada, ou prematura, em prol de princípios educacionais doutrinários. Tal processo, quando mal executado, por parte das famílias e pessoas educadoras na área religiosa, tende a produzir um esvaziamento do simbólico, o que, por sua

¹¹⁸ FOWLER, 1997, p.119.

¹¹⁹ PAULA, Blanches de. **A fé como suporte nas crises**. In: Redes de apoio na crise. São Leopoldo: EST & ABAC, 2003, p.89.

¹²⁰ FOWLER, 1997, p.131.

vez, pode gerar conflitos significativos no desenvolvimento adolescente, entre eles, sintomas depressivos.¹²¹

5.2.5 Estágio 4. Fé indutiva-Reflexiva

Consolidada na fase adulta, esta fé é caracterizada pelo encontro de uma fé própria, individual, separada do grupal. Há questionamentos de ideias, construção de novos valores e reflexões a partir da experiência pessoal e de outras pessoas.¹²²

Como resultado destes questionamentos, esta etapa do desenvolvimento da fé, pode ser marcada por tensões que transitam entre as identificações grupais e aquelas que de cunho individual. Dito de outro modo, é comum o conflito entre o continuar crendo em valores absolutos ou considerar valores relativos.

5.2.6 Estágio 5. Fé Conjuntiva

Estabelecida geralmente na meia idade, este estágio caracteriza-se pela integração de valores e pela flexibilidade de pensamento. Consegue reconhecer, no âmbito da fé e de outras vivências humanas, que não há valores ou verdades absolutas, nem sequer os suas. Isto proporciona ao sujeito condições de se corrigir e se aperfeiçoar, constantemente.

5.2.7 Estágio 6. Fé Universalizante

Enquanto há, no estágio anterior, uma preocupação do indivíduo com seu bem estar individual, nesta etapa, sua fé se torna mola propulsora para a vivência do amor e da justiça conforme valores e pressupostos cristãos.

Há uma compreensão de fé absoluta que lhe proporciona se doar em prol de causas e princípios que transpassam o individualismo e culminam no universal.

Cabe dizer, que poucos são aqueles que alcançam o estágio da fé Conjuntiva e da Universalizante. Para Fowler, entre os poucos que as alcançaram, estão Gandhi, Martin Luther King, Madre Tereza de Calcutá e Dietrich Bonhoeffer.¹²³

¹²¹ FOWLER, 1997, p.139.

¹²² FOWLER, 1997, p.150.

¹²³ FOWLER, 1997, p.170.

Os estágios, aqui expressos, bem evidenciam o aspecto complexo e multifacetado da fé, anteriormente já citado. Por outro lado, trazem a luz toda sua beleza, potência e riqueza subjetiva, oriunda, justamente, de toda essa multiplicidade.

5.3 INTER-RELAÇÃO ENTRE FÉ E QUALIDADE DE VIDA NA DEPRESSÃO

Quando falamos em qualidade de vida, nos referimos à forma de mensurar as condições de vida do ser humano. É um conjunto de condições que contribuem para o bem estar físico, psíquico e espiritual do sujeito dentro de uma coletividade.

Múltiplos estudos apontam para a fé como potencializadora da qualidade de vida em pacientes com doenças graves¹²⁴. Tanto as pesquisas realizadas no âmbito hospitalar, quanto estudos realizados em pacientes com doenças crônicas, apontam resultados bastante positivos em relação aos aspectos religiosos e espirituais.

Para Calvetti, Muller e Nunes (2008), a Psicologia da Saúde considera os aspectos relacionados a fé como possíveis vias de subjetivação e sublimação do sofrimento. Compreende-se também como fonte de apoio social no enfrentamento da doença, especialmente em enfermidades crônicas, bem como nos conflitos inerentes ao cotidiano do indivíduo. Pesquisas relacionadas à Psicologia Positiva, e já aqui citadas, corroboram com tal afirmação, indicando que as emoções positivas, como a fé e a espiritualidade, podem auxiliar no desenvolvimento, bem como na manutenção de aspectos e comportamentos sadios das vivências humanas

Todavia, cabe ressaltar, que tais estudos apontam para a importância de que o desenvolvimento de tais aspectos emocionais relacionados à fé, não sirvam como resistência ao enfrentamento da depressão ou de qualquer outra doença. Ao contrário, possam contribuir como apoio no processo curativo.

¹²⁴ MONTEIRO, Daiane Daitx; REICHOW, Jeverson Rogério Costa; SAIS, Helenice de Freitas Sais; Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. **Acad. Paul. Psicol.** vol.40 no.98 São Paulo jan./jun. 2020. Acesso em: 12 jul. 2023.

5.4 A IGREJA TERAPÊUTICA E O CUIDADO PSICANALÍTICO

A igreja é uma comunidade terapêutica. A palavra *terapêutica* é oriunda do verbo grego *therapeuō*, que significa “servir” e, tendo em vista o serviço médico, “servir a uma pessoa doente”, “dar tratamento médico”; por conseguinte, “fazer bem” e “curar”.¹²⁵ No Novo Testamento, *therapeuō* aparece ocasionalmente nas palavras de Jesus (Mt 8.7; Lc 14.3), mas principalmente nas narrativas, em resumos e notas redacionais (Mc 1.34; 3.10; 6.5,13; Mt 4.23-24; 8.16; 12.22; 14.14; 15.30; 19.2; 21.14; Lc 4.40; 5.15; 6.18; 7.21; 8.2). É empregado tanto para exorcismos (Mt 4.24; 12.22; 17.16; Lc 6.18; 8.2) quanto para a cura de doenças físicas, como cegueira e claudicação (Jo 5.10).

Em termos eclesiológicos, adotar a palavra *terapêutica* para a igreja é afirmar que ela é uma comunidade que está a serviço das pessoas, para o bem delas, para a cura ou restauração de vidas. Nesse sentido, Sidnei Noé comenta: “Em termos teológicos, “comunidade terapêutica” é uma redundância. Se for comunidade de Jesus Cristo, ela necessariamente precisa ser terapêutica.”¹²⁶ Portanto, a igreja possui um ministério terapêutico que lhe é intrínseco e essencial a sua existência como igreja de Jesus.

No entanto, nos parece importante enfatizar que esse processo terapêutico, isto é, curativo, deve apontar para a qualidade de vida dentro da observação e respeito a subjetividade psíquica do sujeito. Papel este, semelhante ao do cuidado psicológico, que tem por premissa este olhar singular ao sujeito em seu sofrimento. Caso Contrário, tanto a Igreja, como o tratamento psicológico se prestariam ao controle social e não a um processo ético de cuidado curativo. Atribuímos, conforme Canguilhem, ao ser singular, o direito e a responsabilidade de distinguir “o ponto em que começa a doença”¹²⁷. Dito de outro modo, em termos terapêuticos, o indivíduo deve sempre ser tomado como ponto de referência, considerando o contexto cultural em que está inserido.

Como já expresso neste trabalho, os indicadores diagnósticos, no seu campo nosológico, pode servir para enquadramento e estigmatização da pessoa

¹²⁵ GRIMM, W. θεραπεύω. In: BALZ, Horst; SCHNEIDER, Gerhard (eds.). **Exegetical Dictionary of the New Testament**. Grand Rapids: Eerdmans, 1991. v. 2, p. 143.

¹²⁶ NOÉ, Sidnei Vilmar. Ideias Introdutórias ao Conceito Comunidade Terapêutica. In: HOCH, Lothar Carlos; NOÉ, Sidnei Vilmar (orgs.). **Comunidade terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda**. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2003. p. 10.

¹²⁷ CANGUILHEM, 2022, P.125.

com depressão. O tratamento psicológico assim, pode servir como uma espécie de guardiã da ordem social, reduzindo à inaptidão uma questão complexa, multiforme, e colocando as crianças e os adolescentes no rebanho da normalidade. Da mesma forma, a igreja, quando não respeitando a singularidade da fé e a subjetividade individual, podem servir aos mesmos propósitos de controle social.

Isso posto, nos parece fundamental a ênfase no “servir”, do terapêutico, por meio da escuta atenta e ativa, bem como do respeito às subjetividades. Algo que aproxima o cuidado psicológico (em especial o psicanalítico) com a atuação da igreja, apontando verdadeiramente para fins curativos, pois o trabalho terapêutico não pode ser entendido somente como uma técnica ou um instrumento utilizado por um profissional ou instituição, mas sim como preservação da sua essência de servir ao outro.

5.5 JESUS CRISTO: O SERVO

Jesus é apresentado no Novo Testamento como “servo”, como aquele que veio para “servir”. Por exemplo, no hino cristológico de Filipenses 2.6-11, considerado comumente na pesquisa como pré-paulino e anterior aos evangelhos,¹²⁸ Jesus é descrito como quem “[...] se esvaziou, assumindo a forma de servo [doulou] [...]” (v. 7). Ele possuía a “[...] forma de Deus [...]” (v. 6) em seu estado preexistente, mas ao tornar-se ser humano tornou-se um servo ou escravo (doulos), isto é, “[...] a natureza de servo é o que caracteriza a sua encarnação.”¹²⁹

O evangelho de Marcos relata que o próprio Jesus disse aos discípulos que aquele que quer tornar-se grande deve se colocar a serviço dos outros e das outras, ser servo de todos e de todas (Mc 10.43-44). Ele acrescenta: “Pois o próprio Filho do Homem não veio para ser servido [diakonēthēnai], mas para servir [diakonēsai] e dar a sua vida em resgate por muitos.” (Mc 10.45). Robert Stein observa que o “[...] Evangelista mostra como a grandeza (Jesus é o Cristo, o Filho de Deus) envolve

¹²⁸ Mesmo que consideremos o hino paulino, ainda seria anterior aos evangelhos porque Filipenses foi escrita antes dos evangelhos.

¹²⁹ SILVEIRA, Thiago Almeida. **Kyrios Jesus**: o hino cristológico de Filipenses 2.6-11. São Leopoldo, RS, 2018. 151 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdades EST, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, 2018. p. 83.

tornar-se servo (Jesus dá sua vida e resgate por muitos).¹³⁰ Rodolfo Gaede Neto diz que “Jesus entende o seu envio a este mundo como serviço (diaconia) [...]”.¹³¹

O verbo empregado em Marcos 10.45 para o “servir” de Jesus (“Filho do Homem”) é *diakoneō*, uma palavra que comumente indica o trabalho de pessoas escravas ou de mulheres.¹³² As pessoas escravas e as mulheres encontravam-se na mais baixa posição social no mundo greco-romano, incluindo o judaico.¹³³ Gaede Neto observa que ao escolher *diakoneō*, “Jesus [...] o adota para descrever o sentido de seu envio messiânico, [e] acolhe com o termo toda a sua carga de indignidade, opressão e injustiça, identifica-se com as pessoas que são submetidas a essa carga de indignidade, opressão e injustiça.”¹³⁴

Jesus rompeu com as expectativas messiânicas de seu tempo. A partir exílio babilônico, fomentada principalmente pela Revolta dos Macabeus (séc. II a.C.), o judaísmo espera a vinda de um Messias guerreiro, que libertaria Israel da dominação estrangeira e instauraria o reino de Deus através da força e das armas.¹³⁵ No entanto, André Reinke comenta que o reino de Deus “[...] veio com o poder do servo e a força do amor. Por isso, servir estava no centro da visão de reino de Jesus. Sim, ele era o Messias, mas não o rei que vem para dominar. Como rei, ele veio para servir seu povo.”¹³⁶

Um dos atos de Jesus que ilustra muito bem que ele veio para servir é o lava-pés (Jo 13.1-20). Embora seja afirmado que lavar os pés era serviço de pessoas escravas gentias, portanto, não sendo exigido de pessoas escravas judaicas,¹³⁷ Rudolf Schnackenburg elucidada: “Não era simplesmente o dever de um escravo. Era também um dos deveres que uma esposa tinha que cumprir com seu

¹³⁰ STEIN, Robert H. **Marcos**: comentário exegético. São Paulo: Vida Nova, 2022. p. 596-597.

¹³¹ GAEDE NETO, Rodolfo. **A diaconia de Jesus**: contribuição para a fundamentação teológica da diaconia na América Latina. 2. ed. rev. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2021. p. 75.

¹³² GAEDE NETO, 2021, p. 68-72.

¹³³ STEGEMANN, Ekkehard W.; STEGEMANN, Wolfgang. **História social do protocristianismo**: os primórdios no judaísmo e as comunidades de Cristo no mundo mediterrâneo. São Leopoldo: Sinodal, São Paulo: Paulus, 2004. p. 132-133.

¹³⁴ GAEDE NETO, 2021, p. 72.

¹³⁵ REINKE, André Daniel. **Aqueles da Bíblia**: história, fé e cultura do povo bíblico de Israel e sua atuação no plano divino. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2021.p. 321-322.

¹³⁶ REINKE, 2021, p. 368.

¹³⁷ HAENCHEN, Ernst. **John**. Philadelphia: Fortress, 1984. v. 2, p. 110.

marido e filhos e filhas com seu pai.”¹³⁸ (tradução nossa). As crianças, juntamente com as pessoas escravas e as mulheres, encontravam-se na mais baixa posição social no mundo judaico.¹³⁹

Aqui é preciso abrir um pequeno parêntese sobre a relação de Jesus com as crianças. A passagem mais importante é Marcos 10.13-16 (e paralelos). Segundo o relato, algumas crianças foram levadas para que Jesus as abençoasse, mas os discípulos repreendiam (epetimēsan) os pais e mães por levarem as crianças até ele.¹⁴⁰ O verbo aoristoepetimēsan (de epitimaō) é usado em outras passagens de Marcos para a expulsão de demônios (1.25; 3.12; 9.25), para os oponentes da vontade de Deus (4.39; 8.30-33) e para a censura franca (10.13,48).¹⁴¹ Aqui provavelmente indica uma ação enérgica por parte dos discípulos, como observa Larry Hurtado.¹⁴²

O relato não indica o motivo da repreensão, mas Jesus indignou-se (ēganaktēsen) diante da atitude dos discípulos. “O desprazer de Jesus aqui revela sua compaixão e defesa dos indefesos, vulneráveis e impotentes.”¹⁴³ Então ele disse: “[...] Deixem que os pequeninos venham a mim; não os impeçam, porque dos tais é o Reino de Deus. Em verdade lhes digo: Quem não receber o Reino de Deus como uma criança de maneira nenhuma entrará nele.” (10.14-15). Trataremos do reino de Deus abaixo, mas aqui é preciso entender o sentido geral das palavras de Jesus (bem como a interpretação do evangelho de Marcos sobre o dito).

Em primeiro lugar, Jesus quer que as crianças não sejam impedidas de vir até ele porque delas é o reino de Deus. Exegetas discutem o que isso significa. Edwards argumenta convincentemente que “[...] as crianças não são abençoadas por virtudes, mas por aquilo que *não têm*: vêm como são – pequenas, sem poder,

¹³⁸ *It was not simply the duty of a slave. It was also one of the duties that a wife had to perform for her husband and sons and daughters for their father.* SCHNACKENBURG, Rudolf. **The Gospel according to St. John**. New York: Crossroad, 1982. v. 3, p. 17, n. 41.

¹³⁹ GAEDE NETO, 2021, p. 97.

¹⁴⁰ James Edwards pensa que as crianças é que são repreendidas. EDWARDS, James R. **O comentário de Marcos**. São Paulo: Shedd Publicações, 2018. p. 384. Stein convincentemente que são os pais e as mães. STEIN, 2022, p. 565.

¹⁴¹ EDWARDS, 2018, p. 384.

¹⁴² HURTADO, Larry W. **Mateus**. São Paulo: Vida, 1995. p. 180.

¹⁴³ EDWARDS, 2018, p. 384.

sem sofisticação, como os ignorados pela sociedade e os despossuídos da sociedade.”¹⁴⁴ Hans-Ruedi Weber observa que o

[...] amor gracioso de Deus, assegurado às crianças nas palavras e ações proféticas de Jesus, subverte os valores gregos e judaicos. Confere-se às crianças uma posição de superioridade quando a realidade humana é considerada do ponto de vista do reino de Deus.¹⁴⁵

Em segundo lugar, Jesus afirma que as crianças são um modelo de comportamento para as pessoas adultas no que se relaciona a entrar no reino de Deus.¹⁴⁶ “Receber o reino de Deus como uma criança significa implorar e reclamar este reino como uma criança clama por comida e amor. Significa recebê-los de mãos vazias.”¹⁴⁷ Por conseguinte, quem não receber o reino de Deus como uma criança de “maneira nenhuma entrará nele”. No texto grego há um subjuntivo de negação enfático (ou *mē eiselthē*), que é a forma grega mais forte possível de negar algo.¹⁴⁸ Algo como “Não há absolutamente nenhuma maneira de ele/ela chegar a entrar nele” [...].¹⁴⁹

Em terceiro lugar, é muito provável que Marcos 10.13-16 também tenha o propósito de demonstrar “[...] um flagrante interesse de que as pessoas cristãs às quais ele se dirige receberam crianças desassistidas.”¹⁵⁰ Como Jesus acolheu em seus braços e abençoou as crianças (10.16), seus discípulos e suas discípulas não podem ignorar as crianças, especialmente aquelas que necessitam de acolhimento e amor. Além disso, Adolf Schlatter disse: “Se as crianças fossem mantidas longe de Jesus e se o cristianismo fosse algo só para os homens, então o resultado seria outro evangelho, e não aquele de Jesus; e outra igreja, e não a dele.”¹⁵¹

Agora podemos retornar ao lava-pés. Lavar os pés era um serviço de extrema humildade.¹⁵² Jesus quer mostrar aos discípulos que o serviço humilde ao próximo e a próxima é o que caracteriza sua missão e é o que deve caracterizar a vida e atuação de seus seguidores e suas seguidoras. Por isso, Jesus diz: “Ora, se

¹⁴⁴ EDWARDS, 2018, p. 385.

¹⁴⁵ WEBER, Hans-Ruedi. **Jesus e as crianças**: subsídios bíblicos para estudo e pregação. São Leopoldo: Sinodal, 1986. p. 21.

¹⁴⁶ STEIN, 2022, p. 565.

¹⁴⁷ WEBER, 1986, p. 30.

¹⁴⁸ STEIN, 2022, p. 565.

¹⁴⁹ STEIN, 2022, p. 565.

¹⁵⁰ GAEDE NETO, 2021, p. 138.

¹⁵¹ SCHLATTER, 1900 *apud* EDWARDS, 2018, p. 387.

¹⁵² GAEDE NETO, 2021, p. 97.

eu, sendo Senhor e Mestre, lavei os pés de vocês, também vocês devem lavar os pés uns dos outros. Porque eu lhes dei o exemplo, para que, como eu fiz vocês façam também.” (Jo 13.14-15).¹⁵³ Além disso, o lava-pés é uma prefiguração da cruz. Gaede Neto observa:

Todo o Evangelho é testemunho da disposição de autoentrega de Jesus. O caminho em direção a Jerusalém aponta para a necessidade de um servir que exige autodoação em toda a sua radicalidade. O gesto do lava-pés é um marco nessa caminhada e com certeza encaminha a narrativa do servir de Jesus para a sua culminância na cruz [...].¹⁵⁴

O servir de Jesus “[...] constitui toda a sua atuação, morrer representa, para ele, servir para libertar e resgatar. [...]. Seu morrer não é um fim digno de comiseração, mas a coroação de seu serviço.”¹⁵⁵ O servir de Jesus tem seu ponto culminante na cruz, que é uma demonstração do amor de Jesus pelos seres humanos. Isso é claramente evidenciado pela passagem do “novo mandamento” (Jo 13.31-35), que continua o relato do lava-pés. Trata-se do mandamento do amor, que “[...] é a forma de Jesus assegurar a permanência de seu espírito entre seus discípulos.”¹⁵⁶

Raymond Brown comenta que o amor é mais do que um mandamento; é um dom que vem do Pai através de Jesus as pessoas que crêem nele.¹⁵⁷ Ele diz o seguinte: “A marca que distingue o amor de Deus [...] inclusive das mais nobres formas do amor humano é que ele é espontâneo e não motivado, dirigido aos homens que são pecadores e indignos do amor [...].”¹⁵⁸ O amor de Deus é perfeito (e gracioso) porque é o amor de Deus, que é um ser perfeito em seu ser e obras de fato, o apóstolo João lembra que “[...] Deus é amor.” (1Jo 4.8).

O amor é um mandamento novo porque tem um novo padrão (“como eu os amei”) e um novo exemplo (Jesus no lava-pés).¹⁵⁹ Além disso, quando o intérprete da lei perguntou a Jesus qual era o grande mandamento da lei de Moisés, ele

¹⁵³ F. F. Bruce comenta: “[...] Jesus lavou os pés deles para que aprendessem do seu exemplo, e prestassem serviços semelhantes aos outros.” BRUCE, F. F. **João**: introdução e comentário. São Paulo: Mundo Cristão, Vida Nova, 1987.p. 243.

¹⁵⁴ GAEDE NETO, 2021, p. 98.

¹⁵⁵ BRANDT, Wilhelm. O serviço de Jesus. In: NORDSTOKKE, Kjell (org.). **A diaconia em perspectiva bíblica e histórica**. São Leopoldo: Sinodal, Escola Superior de Teologia, 2003. p. 17.

¹⁵⁶ BROWN, Raymond E. **Comentário ao evangelho segundo João (13-21)**. Santo André: Academia Cristã; São Paulo: Paulus: 2020. v. 2, p. 977.

¹⁵⁷ BROWN, 2020, v. 2, p. 983.

¹⁵⁸ BROWN, 2020, v. 2, p. 985.

¹⁵⁹ CARSON, D. A. **O comentário de João**. São Paulo: Shedd Publicações, 2007.p. 484-485.

respondeu com as seguintes palavras: “[...] “Ame o Senhor, seu Deus, de todo o seu coração, de toda a sua alma e de todo o seu entendimento.” Este é o grande e primeiro mandamento. E o segundo, semelhante a este, é: “Ame o seu próximo como você ama a si mesmo.” Destes dois mandamentos dependem toda a Lei e os Profetas.

5.6 O NORMAL, O PATOLÓGICO E O PROCESSO DE CURA

Dando seguimento aos conceitos fundamentais, no que diz respeito à fé no processo curativo, bem como aos cuidados referentes a ética terapêutica, nos parece necessário trazer a luz, aspectos relacionados à normalidade, ao patológico e ao próprio entendimento de cura dentro da dinâmica do desenvolvimento infantil.

Para Georges Canguilhem há uma homogeneidade entre o normal e o patológico, sendo, o processo patológico, nos organismos vivos, um fenômeno caracterizado por variações quantitativas, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes. Nesta concepção, o patológico é concebido a partir do normal, isto é, não marcado por *a* ou *dís*, mas sim como *hiper* ou *hipo*.

O delírio, a loucura e a depressão, por exemplo, oferecem à psicologia um campo bem mais fecundo que seu estado ordinário, pois são percebidos de maneira muito mais sensíveis na sua exageração. Da mesma forma, “o físico não estuda o galvanismo nas quantidades reduzidas em que se apresenta na natureza, mas multiplica-o pela sua experimentação, certo, aliás, de que as leis estudadas neste estado exagerado são idênticas às do estado natural”¹⁶⁰

Isso posto, transportando tal conceito para o tema aqui exposto, podemos entender que a tristeza e a apatia, percebidas na depressão infantil, só são identificadas em seu aspecto quantitativo, isto é, na exageração da intensidade, frequência e prejuízo percebido e vivenciado pela criança.

Entendemos também, considerando as premissas até aqui apresentadas, que se mostra impossível determinar o “ser doente” no que diz respeito a seu conteúdo, mas perfeitamente possível quando se trata de uma norma individual. “Não devemos, portanto, nos limitarmos a estabelecer a comparação com uma

¹⁶⁰ CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Editora Forense, Rio de Janeiro: 2022, p.14.

norma resultante da média, e sim, na medida do possível, com as condições do indivíduo examinado”¹⁶¹.

Nesta direção, se o que consideramos normal, não segue uma padronização da maneira de ser e estar no mundo, mas sim uma flexibilidade da norma, a imprecisão nas diferenciações entre o normal e o patológico são naturais. Essa fronteira é imprecisa para a maioria das pessoas, principalmente nas crianças, considerados simultaneamente, mas perfeitamente precisa quando encarada de forma individual sucessivamente. Aquilo que é normal em determinadas condições, como a tristeza no caso do luto, pode se tornar patológico em outras, como uma apatia intensa e extensiva diante da perda. É preciso que se entenda que a criança, assim como o sujeito adulto, tem condição de identificar e avaliar esta transformação, pois é ela que vivencia suas consequências, principalmente diante da incapacidade de realização de tarefas cotidianas que a nova situação lhe impõe.

Portanto, é coerente pensar, no que diz respeito à relação normal e patológica, que a doença, aqui especificamente a depressão infantil, não se reduz à ausência de uma norma, pois se apresenta, ela própria, como norma de vida, no sentido que não comporta nenhum desvio das condições válidas, por sua incapacidade de se transformar em outra norma¹⁶².

5.6.1 A cura

Expostos os fundamentos do normal e patológico, bem como os pressupostos acerca da fé, religião e espiritualidade, cabe explicitar questões acerca da compreensão do processo de cura.

Esta expressão, “cura”, conta uma história. Aliás, as palavras tem esse poder em suas raízes etimológicas, ou seja, possui história. Para Winnicott¹⁶³, a cura aponta para uma relação estreita entre a prática médica e a religiosa. Cura, em suas raízes, significa cuidado, sentido esse que sofre modificações a partir do século XVII designando tratamento médico. Demoraria mais um século para acrescentar-lhe a aplicação do desfecho bem-sucedido. Assim, a ideia de doença passa a se

¹⁶¹ CANGUILHEM, 2022, p.126

¹⁶² CANGUILHEM, 2022, p.127.

¹⁶³ WINNICOTT, Donald Woods. **Tudo começa em casa**. Martins Fontes, São Paulo, 1989.

relacionar com a restauração da saúde no paciente. Se “expulsa o espírito maligno” e a doença é destruída¹⁶⁴.

Sabemos que na contemporaneidade, a cura como erradicação da doença e sua causa por meio do tratamento médico, é predominante frente ao pressuposto do cuidado, mesmo o ato de cuidar sendo proveniente da prática médica. De um lado o profissional da saúde, seja ele quem for, se vê na posição de um auxiliador social, muito próximo a da prática religiosa. De outro, este profissional é um técnico, tanto em fazer o diagnóstico, quanto na aplicação do tratamento.

O que propomos não é a exclusão da posição técnica acerca do processo de cura, mas sim a ênfase no olhar de cuidado e na conceituação de cura fundamentada na minimização dos sintomas e na produção de qualidade de vida diante da prática da fé, que por sua vez, vai para além da prática religiosa, como já explicitado, pois pressupõe o ato direcionado para a descoberta de significado, de fonte de sentido diante das incertezas, da tragédia e das perdas inerentes a vida.

Tal entendimento, nos coloca diante de duas formas de curar: o “cuidar-curar” e a “cura-tratamento”. No que tange ao nosso tema, temos no primeiro conceito um fundamento ético mais sólido, que se apresenta como uma extensão do conceito de “segurar”. Tal conceito se inicia com o bebê intrauterino, depois com o bebê no colo, ocorrendo um enriquecimento no processo de crescimento da criança, a partir do conhecimento da mãe acerca da mesma, o que possibilita condições para esse enriquecimento.

Soma-se a isso o aspecto da identidade pessoal, que, para a criança, só se desenvolve como resultado de uma maternagem satisfatória somado a uma condição ambiental do tipo de “segurar” em meio aos estágios de imaturidade¹⁶⁵. Sendo assim, se falamos em cura, como “cuidar-curar”, nos remetemos ao movimento do profissional da saúde de responder às necessidades dos pacientes. Compreendido em termos “da dependência natural do indivíduo imaturo, que evoca, nas figuras parentais, a tendência a fornecer condições que incrementem o crescimento individual”¹⁶⁶.

Acreditamos que no âmbito social o “cuidar-curar” apresenta valor muito mais significativo que a “cura tratamento”. Encontramos aqui um contexto adequado

¹⁶⁴ WINNICOTT, 1989, p.87.

¹⁶⁵ WINNICOTT, 1989, p.92.

¹⁶⁶ WINNICOTT, 1989, p.93.

para aplicação de princípios que aprendemos no início de nossas vidas, quando nos foi dado um “cuidar-curar” satisfatório e cura antecipada, por nossas mães suficientemente boas e por nossos pais.

5.7 A DEPRESSÃO INFANTIL E SEU ASPECTO CURATIVO

Este estado afetivo traz consigo a introspecção e a hipocondria¹⁶⁷. Sendo assim, a criança deprimida tem consciência de seus sintomas, bem como do funcionamento do corpo afetado. Apesar do valor atribuído aqui a depressão, é necessário enfatizar que as crianças, neste estado afetivo, sofrem, podendo trazer prejuízos a si mesmo ou as pessoas que lhe cercam.

Para Winnicott, a depressão traz em si mesma o germe da recuperação. Diz isso, dada a vinculação da depressão com o sentimento de culpa e o processo de luto. E, cabe pontuar, a capacidade da criança ou da pessoa adolescente de sentir culpa evidencia um desenvolvimento infantil saudável. Essa tendência de recuperação deriva do fato de que o traço depressivo está intrínseco no processo de maturação infantil, que por sua vez conduz à maturidade adulta que representa a qualidade de vida por meio da produção de saúde.

Chega um momento, logo após o suporte egóico dado pela mãe, em que a criança se torna uma unidade, isto é, se percebe separado da figura materna. Na formação de um interior próprio, a criança também se torna capaz de sentir-se deprimida. E, esta, é uma condição resultante do crescimento individual.

Em síntese, nosso entendimento de depressão, está estreitamente ligado aos conceitos de formação do ego e estabelecimento do self, da construção de uma identidade pessoal. Nesse sentido que atribuímos valor a depressão. A produção do humor deprimido é oriunda novas experiências de destrutividade e de ideias destrutivas que desaparecem com o amor. Essas experiências demandam uma reavaliação interna, e é essa reavaliação que encaramos como depressão¹⁶⁸.

Para a criança deprimida o alívio não se dá por meio da oferta de sorrisos, ou pela via medicamentosa somente. Aliás, corremos o risco de passar por tolos ao instigar uma criança melancólica para perceber “a beleza da vida”. Contudo, e aqui está um ponto fundamental de nosso trabalho, pode-se auxiliar uma criança

¹⁶⁷ WINNICOTT, 1989, p.55.

¹⁶⁸ WINNICOTT, 1989, p.59

depressiva a tolerar seus sintomas até que eles se dissipem naturalmente. Sim, defendemos que a depressão infantil, como implica a força do ego, tende a se dissipar, enfraquecer ou desaparecer à medida que as fases de maturação vão se desenvolvendo e a criança deprimida tende a se recuperar em direção à saúde mental.

Elucidamos que certas condições e recursos utilizados neste processo de recuperação espontânea podem influenciar significativamente em seu desfecho. Se a entendemos como fenômeno que se relaciona com o luto, ou seja, as perdas da vida, com a capacidade de sentir culpa e com os processos de maturação, cremos também que todo recurso que vá ao encontro da produção de sentido para o sofrimento, pode se apresentar como potencializador da saúde mental e da qualidade de vida¹⁶⁹.

Não podemos perder de vista, que o desenvolvimento infantil se dá por meio de um vazio constitutivo do sujeito e que o comportamento autodestrutivo faz parte da vivência humana. A prática da fé, como a entendemos neste trabalho, vai ao encontro da qualidade de vida uma vez que minimiza os efeitos próprios do processo de maturidade no desenvolvimento infantil. Mesmo que não complete o vazio, faz girá-lo, apontando, tal percepção de insatisfação, para algo produtivo. Soma-se a isso, o fato da fé, ir ao encontro da produção amorosa, compreendendo amor como capacidade de privar-se de questões pessoais em prol de um outro, seja esse outro quem for. O ato amoroso minimiza o comportamento autodestrutivo da criança e aponta para um auxílio na construção de relações sociais que influenciam no desfecho dos sintomas depressivos percebidos pela criança.

Apresenta-se, assim, a fundamental importância da fé no processo de cura como ato de cuidado, como um “cuidar-curar”. A depressão infantil pode ser severa e incapacitante para algumas crianças, mas para a maioria delas, pode se apresentar apenas como um estado de humor passageiro de tristeza e apatia¹⁷⁰. Por fim, a depressão pode ser encarada como fenômeno comum, relacionado ao luto, à capacidade de sentir culpa e ao processo de maturação infantil. Tal fenômeno sempre implica a força do ego, por esta razão, tende a se dissipar e a criança deprimida tende a se recuperar em direção à saúde mental.

¹⁶⁹ BARANGER, W.; BARANGER, M, 1969.

¹⁷⁰ WINNICOTT, 1989, p.61

5.8 CUIDADO, POIMÊNICA, ACONSELHAMENTO PASTORAL E A FÉ NO PROCESSO DE CURA

Fundamentados no que levantamos até agora, problematizamos a prática da fé no processo curativo. Para tal, expomos o conceito de cuidado, poimênica e aconselhamento pastoral.

5.8.1 O cuidado

Como percebe-se, a noção de cuidado é muito significativa em nossa pesquisa, principalmente, por seu entrelaçamento com o que entendemos como processo de cura. O ser humano, desde de seu nascimento até sua morte, é um ser carente de cuidado. Sem este cuidado, não sobreviveríamos aos primeiros momentos de nossa vida. Vivemos e nos relacionamos em sociedade, a partir das relações de cuidado mútuo.

Colocamos em evidência, que, para Boff, cuidado, libertação, compaixão, solicitude, solidariedade e generosidade, estão sempre em consonância.¹⁷¹ Em suma, cuidar é, essencialmente, o ato de “ocupação, preocupação, de responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro”.¹⁷² Alguém que vive indiferente ao ato do cuidado, perde uma fração do calor humano e se aproxima da frieza das máquinas.¹⁷³

No latim, cura significa cuidado. Neste sentido, há uma aproximação entre essa expressão e a própria vocação da igreja. Por esta razão, o cuidado com a qualidade de vida das pessoas é compromisso cristão fundamental. É atitude que transforma toda criação divina em algo extremamente relevante¹⁷⁴, pois “a igreja do cuidado é aquela que é edificada sobre o fundamento do cuidado de Deus”.¹⁷⁵

¹⁷¹ BOFF, 2008, p.91

¹⁷² BOFF, 2008, p.33

¹⁷³ BOFF, 2008, p.34

¹⁷⁴ BOFF, 2008, p.100

¹⁷⁵ GAEDE NETO, 2007, p.68

5.8.2 A Poimênica

Oriunda do termo poimen, que significa pastor, esta expressão é geralmente utilizada para designar o cuidado pastoral.¹⁷⁶ Pode ser entendida como o exercício prático do ato de pastorear o rebanho, buscar a ovelha perdida e curar aquela que se encontra doente.¹⁷⁷

Para Schneider-Harpprecht, a poimênica se apresenta como o “ministério de ajuda da comunidade cristã para seus membros e para outras pessoas que a procuram na área da saúde através da convivência diária no contexto da igreja”.¹⁷⁸ Para Lutero, nos Artigos de Esmalcalde, é descrita como “diálogo mútuo e consolação entre irmãos”.¹⁷⁹

Dentro do que propomos, considerando o processo de cura, enfatizamos a relevância, tanto da poimênica, quanto do aconselhamento pastoral, no que diz respeito ao sofrimento, a fragilidade humana e, de acordo com a abordagem do presente trabalho, a depressão. Ambos se apresentam como “formas de cuidado que traduzem a boa-nova para a linguagem dos relacionamentos, permitindo ao pastor, a comunicação de uma mensagem de cura aos enfermos, por meio do estabelecimento de relações saudáveis, verdadeiras e profundas”.¹⁸⁰

5.8.3 Aconselhamento pastoral

Compreende-se o aconselhamento pastoral como uma das dimensões da poimênica, apresentando-se como “a utilização de uma variedade de métodos de cura (terapêuticos) para ajudar as pessoas a lidar com seus problemas e crises de uma forma mais conducente ao crescimento e, assim, a experimentar a cura de seu quebrantamento”.¹⁸¹ Portanto, o firme fundamento do aconselhamento pastoral é justamente o sofrimento humano, seja individual ou coletivo.

¹⁷⁶ CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento Pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento**. 4. Ed. São Leopoldo: EST/Sinodal, 2007. P.11.

¹⁷⁷ HOCH, 1998, p.21

¹⁷⁸ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Cristoph. **Teologia prática no contexto da América Latina**. São Leopoldo: Sinodal, São Paulo: ASTE, 2005. p.291.

¹⁷⁹ LUTERO, Martin. Os Artigos de Esmalcalde. In: **LIVRO DE CONCÓRDIA: as confissões da Igreja Evangélica Luterana**. 4. Ed. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 1993. p.305-341.

¹⁸⁰ CLINEBELL, 2007, p.11,12

¹⁸¹ CLINEBELL, 2007, p.25

O termo aconselhamento deriva do latim, *consilium*, que além de remeter a ideia de conselho, aponta também para discussão conjunta sobre um determinado problema e seu possível resultado.¹⁸² Mostra-se relevante enfatizarmos o sentido aplicado ao termo conselho neste trabalho. Entendemos conselho, na ideia aqui proposta, como forma solidária e comprometida de acompanhamento, a partir da fé, que objetiva auxiliar as pessoas no enfrentamento de conflitos cotidianos, de forma que a mesma, por meio do diálogo e da troca afetiva, se empodere, se fortaleça e se liberte daquilo que lhe aprisiona.¹⁸³ Tal conceito vai ao encontro da ênfase na importância de indivíduos, famílias e grupos assumirem seus próprios processos de desenvolvimento, sem uma tutela, isto é, com maior autonomia.

Já o termo pastoral, se não compreendido de maneira correta, pode passar uma ideia reducionista, centralizada na figura pastoral ou sacerdotal. Contudo, não é este o sentido aqui utilizado. O acompanhamento é pastoral, não porque apresenta característica pastorcêntrica, mas sim pelo fato de a igreja ser uma comunidade do exercício do cuidado entre as pessoas que a integram.¹⁸⁴ Nesta direção, o exercício pastoral de cuidado se amplia e se consolida em seu âmbito comunitário, podendo ser exercido, desde que aja o devido preparo de acordo com a instituição religiosa correspondente, por qualquer membro vocacionado para tal ministério. O cuidador pastoral é o representante de Deus, sendo ele oriundo de uma comunidade de fé.

A junção destes dois termos (aconselhamento + pastoral), que se consolida uma ação de cuidado curativo, onde a igreja se apresenta como sua base social. Importante que se enfatize que, ao falar de cuidado pastoral, não falamos de algo exercido exclusivamente pelo líder religioso, vinculado a uma ideia de dar conselhos ou gerar dependência, tampouco se trata de uma relação de poder, mas sim de uma troca afetiva, dialogal, entre pares. Para Hoch,

à arte do aconselhamento pastoral e psicológico consiste justamente em oportunizar relações significativas com as pessoas atendidas de modo que elas, experimentando uma nova forma de relação interpessoal, sejam capazes de adquirir consciência dos modelos opressivos de interação a que estavam submetidas e, aos poucos, ensaiar novos modelos de relacionamento.¹⁸⁵

¹⁸² SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p.291

¹⁸³ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p.10

¹⁸⁴ **Dicionário brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008, p.10.

¹⁸⁵ HOCH, 2003, p.97.

Isso posto, devemos compreender o aconselhamento pastoral como uma vocação, pela qual a igreja, como um todo, é chamada para cuidar das pessoas por meio do convívio solidário e fraterno entre os mesmos. Em síntese, podemos dizer que toda a essência do aconselhamento pastoral, bem como da psicoterapia, se fundamenta na ideia de “ajudar o outro por meio de um relacionamento de cuidado”¹⁸⁶ Tal premissa, vai ao encontro das orientações pastorais do apóstolo Paulo à igreja de Corinto: “para que não haja divisão no corpo, mas que os membros tenham igual cuidado uns dos outros. De maneira que, se um membro padece, todos os membros padecem com ele; e se um membro é honrado, todos os membros se regozijam com ele” (1 Coríntios 12:25,26).

Concluimos assim, que a poimênica é ato prático do aconselhamento pastoral, “sendo resposta à necessidade que cada pessoa tem de calor, sustento, apoio e cuidado”.¹⁸⁷ É o próprio exercício do cuidado ao qual se recorre quando as relações humanas estão fragilizadas devido as múltiplas situações da vida.

5.9 ACONSELHAMENTO PASTORAL NO PROCESSO DE CURA DA DEPRESSÃO: CONCEPÇÃO PRÁTICA

Observamos, ao longo deste trabalho, algumas particularidades acerca do desenvolvimento infanto-juvenil, o cuidado ao diagnosticar psicopatologias nesta fase da vida, os aspectos relacionados à infância e às características da sociedade contemporânea, bem como as questões vinculadas ao desenvolvimento psicossocial e neurológico. Também colocamos em evidência, entre outros, pontos fundamentais, de cunho pedagógico e educacional, associados à depressão na infância, questões inerentes à fé, espiritualidade e religião e sua pertinência dentro do processo de cura. Por fim, problematizamos o próprio conceito de cura, normalidade e patologia e sua interlocução com a prática do cuidado, isto é, com poimênica e aconselhamento pastoral.

¹⁸⁶ HURDING, Roger F. **A árvore da cura**: modelos de aconselhamento e de psicoterapia. São Paulo: Vida nova, 1995. p.35.

¹⁸⁷ CLINEBELL, 2007, p.43.

Isso posto, dado os conceitos aqui utilizados, procuramos, neste capítulo, problematizar pressupostos que relacionam a fé ao processo de cura, por meio do aconselhamento pastoral, e suas particularidades, próprias do desenvolvimento infantil.

Para tal, é importante que se diga, que há a necessidade da consideração de princípios interdisciplinares de múltiplos campos do saber, como psicologia, sociologia, teologia, medicina, entre outros, para compreensão ampla do ser humano em seu contexto de desenvolvimento, adoecimento e cura.

Lembramos, inicialmente, alguns sintomas inerentes à depressão que, comumente, nos servem como guia para exercício de uma intervenção humor melancólico, perda de prazer, redução de energia, ansiedade, adversidades relacionadas ao sono e alimentação, bem como dificuldades de concentração. Apesar de presente em pessoas adultas, são sintomas comuns no público infanto-juvenil, a perda de interesse em atividades cotidianas, a perda no sentido da vida, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida.¹⁸⁸

O conhecimento acerca do quadro sintomatológico configura critério significativo para adequado exercício de cuidado das pessoas com depressão. O agente pastoral, que estiver inteirado de tal quadro, certamente enriquece suas possibilidades de intervenção, o que por sua vez, resulta em um cuidado mais efetivo. Contudo, cabe lembrar o aspecto subjetivo da depressão e todas as variações sintomatológicas inerentes ao desenvolvimento infantil. Tais aspectos nos conduzem ao fato de que na poimênica não existe “passo a passo”, tampouco manual pré estabelecido, pois o cuidado pastoral se dá no resultado do respeito ao encontro único, oriundo de duas pessoas também únicas, no qual palavras, gestos, ações e afetos, desempenham papel preponderante.¹⁸⁹

Como resultado de tal premissa, chega-se ao entendimento de que, dentro do cuidado pastoral, o centro das atenções de qualquer intervenção é o ser humano e não o sintoma. Dito de outro modo, o agente pastoral cuida da criança (pessoa) não da doença. É desta forma, que tal forma de cuidado, pode proporcionar à criança a percepção de que a depressão não lhe caracteriza como um todo, mas faz parte de um tempo, ou, de uma característica, que precisa ser enfrentada em prol de

¹⁸⁸ KAPLAN; SADOCK, 2007, p.590-591.

¹⁸⁹ FÉDIDA, 2009, p.31.

sua saúde mental,¹⁹⁰ lembrando que, se tal cuidado, ou enfrentamento, aponta para minimização de sintomas e/ou diminuição do sofrimento, estamos falando de um cuidado curativo.

Chamamos a atenção para o fato de que tudo o que é realizado pelo agente pastoral carrega uma dimensão terapêutica de poimênica e cuidado. Esta condição é dotada de uma profundidade tão significativa que, apesar do clérigo ter a opção de não a realizar, ele pode ocorrer por meio das várias dimensões (membros do corpo), que compõem a igreja. O instrumento básico para o cuidado à criança e à pessoa adolescente que sofre de depressão, é a escuta atenta e a fala sensata. Ambos, se prestam a dar voz ao sofrimento infantil, auxiliando, assim, na construção articulada de ações.¹⁹¹ A ideia de conversação, de diálogo, pressupõe uma reflexão sobre o conteúdo do que é dito, o que, por sua vez, exige capacidade de escuta por parte do cuidador. Tal capacidade somada ao conhecimento acerca do quadro sintomatológico, bem como contexto sociocultural daquele que sofre, produz a capacidade da pessoa se compreender minimamente a partir do que sente, do que diz e do que silencia, apontando, assim, para um cuidado curativo.¹⁹²

Outra questão prática, relacionada ao cuidado direcionado ao sofrimento depressivo, diz respeito à visitação. Para que ocorra conversação, contato, fala, escuta e reflexão, é necessário que haja o encontro. Apesar de parecer uma obviedade, tal questão toma proeminência uma vez que os sintomas depressivos, comumente, impedem o sujeito de praticar simples ações de locomoção. Desta forma, a visitação se torna importante ferramenta de cuidado, colocando a criança em condição de perceber-se valorizada e encorajada a ressignificar seu quadro de sofrimento.¹⁹³

Por fim, o cuidado que aponta para fins curativos deve considerar o espaço da comunidade como potencializador curativo. Lutero, ao refletir sobre o cuidado, afirma que a pessoa deve ser protegida por seu irmão, fazendo o mesmo por ele, formando, assim, um muro protetor, uma fortaleza sagrada, para que nenhum mal seja causado ao outro.¹⁹⁴ Essa é a essência da comunidade como espaço de

¹⁹⁰ HOCK, 2007, p.72.

¹⁹¹ SCHENEIDER-HARPPRECHT, 2005, p.308, 309, 316.

¹⁹² CLINEBELL, 2007, p.72.

¹⁹³ CLINEBELL, 2007, p.34.

¹⁹⁴ LUTERO, 1993, p.422, 423.

cuidado, esta é a própria igreja do cuidado, que “existe onde pessoas de fé se colocam a serviço do cuidado de Deus, permitindo que este cuidado chegue às pessoas em sua realidade cotidiana, em suas necessidades, sejam elas necessidades do corpo, sejam da alma, em todos os ciclos da vida”¹⁹⁵, principalmente, na infância.

¹⁹⁵ GAEDE NETO, 2007, p.68.

6 CONCLUSÃO

O conceito de depressão passa por múltiplas transformações ao longo da história humana, mas sempre vinculada a sintomas melancólicos e de mania que carregam certa subjetividade, que também se transforma de acordo com as características sociais. Portanto, a depressão, apesar de não se apresentar como uma nova patologia, se renova, de acordo com as marcas de cada período histórico.

Colocamos, em evidência, o fato da capacidade da criança de sentir-se depressiva, ser um aspecto inerente ao processo de maturação infantil. Sua compreensão como um problema a ser exterminado, pode estar relacionado a própria concepção, contemporânea, de patologia. Compreensão esta, que aponta para o ideal de normalização e padronização da dinâmica de desenvolvimento infantil, bem como um pressuposto curativo de restauração da condição anterior, entendida como normal, ou de eliminação dos sintomas considerados patológicos.

Desta forma, a concepção de cura atual, se aproxima da representação do sacerdote religioso que se propõe a “exorcizar o mal”, reestabelecendo, ao crente, uma condição de “normalidade”. Enfatizamos não ser esta nossa concepção.

Partimos, no que tange a concepção de patológico, do respeito e consideração ao processo subjetivo de maturação infantil, que comporta certa instabilidade. O que define tal concepção, direcionada a ideia de depressão infantil, está relacionada a intensidade do sintoma e sua duração, considerando, fundamentalmente, o sofrimento gerado a criança. Soma-se a isso que a cura, dentro do que propomos, não aponta para eliminação ou “expulsão” de nenhum mal, mas sim, para o controle dos sintomas melancólicos e para a construção de um contexto estrutural que proporcione a criança condição de se desenvolver de maneira saudável dentro das instabilidades e sofrimento, inerente ao processo de maturação infantil.

Pontuamos ainda, que a fé pode se apresentar como recurso importante na construção deste contexto, uma vez que auxilia na produção de sentido e atribuição de valor as vivências cotidianas, pois o vazio, constitutivo do sujeito, tende a ser percebido com mais intensidade no processo melancólico inerente a adolescência. Portanto, a fé, dentro do que propomos, se apresenta como o diálogo entre a

segurança e orientação do vínculo institucional religioso e a subjetividade resultante da construção de princípios e valores singulares, característicos da prática da espiritualidade.

A influência da fé no processo curativo, se dá, além do já explicitado, por meio do cuidado poimênico dentro do aconselhamento pastoral. Tal processo seria resultado do aspecto prático de algumas ações, como o conhecimento sintomatológico por parte do agente pastoral, a capacidade de escuta e diálogo, que proporcione a criança condições de se compreender para além da depressão. A importância da visitação pastoral, bem como do contexto comunitário onde o indivíduo está inserido, como forma de identificação e produção de qualidade de vida, também são enfatizados.

A depressão na infância e adolescência, quando não enquadrada dentro do processo natural e comum de maturação infantil, aqui já exposto, se torna intensamente nocivo e seu prejuízo é claro para o desenvolvimento neurobiológico e psicossocial de crianças e adolescentes. Além disso, a depressão na infância e adolescência afeta profundamente a vida familiar, de modo que muitas pessoas sofrem e tem seu dia a dia marcado por preocupação e dúvidas, sobretudo nos casos de depressão de longa duração e, por exemplo, onde a ideação suicida se faz presente.

Destacamos que o diagnóstico da depressão em crianças de cinco a dez anos é mais difícil do que em adolescentes, sendo que nestes a depressão é bastante semelhante à de adultos, embora possa ser confundida com características da adolescência. No entanto, para um tratamento adequado é imprescindível que o diagnóstico seja realizado o mais cedo possível, evitando-se, assim, maiores danos no futuro e também a hipótese de banalização do diagnóstico por meio de critérios e indicadores que não consideram o processo contínuo do desenvolvimento infantil, tão pouco os processos de neuroplasticidade cerebral nesta fase da vida.

No que diz respeito às suas origens e causas, nos deparamos com uma gama de possibilidades múltiplas e complexas. Pois a produção de seus sintomas, que se relacionam com a tristeza intensa e prolongada da criança, é resultado do entrelaçamento de fatores biopsicossociais-espirituais, onde tomam proeminência as relações coletivas que constituem o sujeito psíquico e se apresentam como

produtoras de sentido de vida nas experiências cotidianas. Dito de outro modo, a depressão nasce onde morre o sentido de vida, mesmo na infância e adolescência.

Chamamos a atenção para o fato da depressão infantil, se apresentar comum em grande parte do número de crianças, sendo vinculado ao luto, a capacidade de sentir culpa e ao processo de maturação infantil. Por ser um fenômeno que implica a força do ego, tende a se dissipar e a criança deprimida apresenta a tendência de recuperação rumo a saúde mental. É nesse sentido que acreditamos que a depressão carrega consigo o germe da recuperação.

Pontuamos que a psicanálise problematiza a depressão enquanto fenômeno que, marcado pela estruturação psíquica do sujeito, ocorre de maneira singular. Desta forma, sua prática deve se voltar ao sujeito e não a patologia, possibilitando que este se perceba enquanto sujeito de desejo e interrogue-se sobre a relação estabelecida com seu sintoma. Para tal, percebemos a primazia do espaço para a fala, bem como para a prática da fé, especificamente aqui, a cristã, que pode apontar para qualidade de vida do sujeito depressivo, bem como de seu contexto sociofamiliar. Pois, em concomitante com outros cuidados, auxilia no melhor manejo dos sintomas, apontando, assim, para fins curativos.

Nesta direção, o trabalho inclui uma crítica à ideia de completude, um afã pela busca do preenchimento de um vazio, que, por ser falta constitutiva do sujeito, apresenta-se como impossível de ser preenchida.

Ao contrário, todo movimento de cuidado voltado a criança e ao adolescente, deve atuar contribuindo para o giro do discurso, entendendo que é o desejo, sustentado exatamente na falta, em sua constante insatisfação, que pode impulsionar o sujeito as mais belas construções, que permite, a criança e ao adolescente que sofre de depressão, ser criativa, inventiva, enfim, que pode possibilitar a construção de vias que apontem para o processo curativo.

Neste sentido, nos parece ético, de acordo com os referenciais aqui utilizados, que o psicólogo não contribua com a ideia de “completar o vazio”, mas sim de pensar possibilidades de encontro do sujeito com seu desejo. Dito de outra forma, não se trata de completar, mas sim, de inventar, de possibilitar que este sujeito crie o rumo do movimento de seu processo de subjetivação.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Guilherme de. **Poesia Vária**. São Paulo: Editora Cultrix, 1963.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Guia essencial de depressão**. São Paulo: Aquariana, 2002.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais:DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BANDIM, J. M. **Rendimento escolar em crianças com sintomas depressivos no nordeste brasileiro**. Dissertação (Mestrado) – Departamento de psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1997.
- BARANGER, W.; BARANGER, M. **Problemas del campo psicoanalítico**. Buenos Aires: Agierman, 1969.
- BARBOSA, Genário Alves et al. Escala para avaliação de depressão em crianças-revisada (CDRS-R): uma análise exploratória. **Infanto**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 15-18, 1997.
- BARBOSA, Genário Alves; LUCENA, Aline. Depressão infantil. **Infanto**, São Paulo v. 2, n. 1 p. 23-30, 1995.
- BECK, Aaron T.; ALFORD, Brad A. **Depressão: causas e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BOFF, Leonardo. **A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997
- BRANDT, Wilhelm. O serviço de Jesus. In: NORDSTOKKE, Kjell (org.). **A diaconia em perspectiva bíblica e histórica**. São Leopoldo: Sinodal, Escola Superior de Teologia, 2003.
- BROWN, Raymond E. **Comentário ao evangelho segundo João (13-21)**. Santo André: Academia Cristã; São Paulo: Paulus: 2020. v. 2.
- BRUCE, F. F. **João: introdução e comentário**. São Paulo: Mundo Cristão, Vida Nova, 1987.
- CÂMARA, Patrícia. **Depressão na infância e relações objetais**. Lisboa, 2005.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Editora Forense, Rio de Janeiro: 2022.
- CARSON, D. A. **O comentário de João**. São Paulo: Shedd Publicações, 2007.
- CHIDA, Yoichi; STEPTOE, Andrew. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. **Psychosomatic medicine**, Georgetown, v. 70, n. 7, p. 741-756, 2008.
- CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento Pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento**. 4. Ed. São Leopoldo: EST/Sinodal, 2007.
- CRUVINEL, Miriam; BORUCHOVITCH, Evely. **Compreendendo a depressão infantil**. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.
- DICIONÁRIO BRASILEIRO DE TEOLOGIA. São Paulo: ASTE, 2008.

- DUFOUR, Dany Robert. **O Divino Mercado: a revolução cultural Liberal**. Rio de Janeiro. Companhia de Freud, 2008.
- EDWARDS, James R. **O comentário de Marcos**. São Paulo: Shedd Publicações, 2018. p. 384. Stein convincentemente que são os pais e as mães.
- ELIA, Luciano. **O conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- FÉDIDA, Pierre. **Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia**. São Paulo: Escuta. 2009.
- FELINTO, Marilene. **As Mulheres de Tijuco Papo**. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- FOWLER, James W. **Estágios da fé – a psicologia do desenvolvimento humano e a busca de sentido**. São Leopoldo: Sinodal, 1997.
- FREIRE, C. F; Moreira, V. Psicopatologia e religiosidade no lugar do outro: uma escuta levinasiana. **Psicologia em Estudo**, 8(2), 93-98, 2003.
- FREUD, Sigmund. **Luto e Melancolia**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. 14.
- FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Jayme Salomão, trad. vol. 21, p. 81-148). Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. **Sobre o narcisismo: uma introdução**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Jayme Salomão, trad., Vol. 14, p. 81-108). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FRIZZERA, Emilia Helena da Silva. **Depressão infantil: para além do diagnóstico**. Curitiba: Appris, 2015.
- GAEDE NETO, Rodolfo. **A diaconia de Jesus: contribuição para a fundamentação teológica da diaconia na América Latina**. 2. ed. rev. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2021.
- GIOVANETTI, J. P. O sagrado e a experiência religiosa na psicoterapia. In: M. MAHFOUD, & M. MASSIMI, (Eds.). **Diante do Mistério: psicologia e senso religioso**. São Paulo, SP: Loyola, 1999.
- GOMES, Antonio Maspoli de Arajo. Um olhar sobre a relação entre depressão e religião numa perspectiva pastoral. In: WONDRACEK, HOCH, Lothar Carlos; HEIMANN, Thomas (orgs.). **Sombras da alma: tramas e tempos da depressão**. São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2012.
- GOUVEIA, Rildésia S. V.; GOUVEIA, Valdiney V. **Depressão na infância e adolescência: conceituação, medida e tratamento**. São Paulo: Vetor, 2013.
- GRIMM, W. θεραπεία. In: BALZ, Horst; SCHNEIDER, Gerhard (eds.). **Exegetical Dictionary of the New Testament**. Grand Rapids: Eerdmans, 1991. v. 2.
- HAENCHEN, Ernst. **John**. Philadelphia: Fortress, 1984. v. 2.
- HURDING, Roger F. **A árvore da cura: modelos de aconselhamento e de psicoterapia**. São Paulo: Vida nova, 1995.
- HURTADO, Larry W. **Mateus**. São Paulo: Vida, 1995.
- JERUSALINSKY, Julieta. **Criação da criança brincar gozo e fala entre a mãe e o bebê**. São Paulo, Agalma, 2014.

JORGE, Marco Antônio Coutinho. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: a prática analítica.** São Paulo, Zahar, 2017.

KEHL, Maria Rita. Drogas. **Café Filosófico.** Youtube, 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=DSOMRi1HJeQ>. Acesso em 20 jul. 2023.

LANCZIK, M.; BECKMANN, H. **Aspectos históricos de los transtornos afectivos.** Chichester, Inglaterra. John Wiley & Sons, 1991.

LAWSON, Michael. **Depressão: ajuda espiritual, psicológica e médica para a cura.** São Paulo: Sheed Publicações, 2012.

LIAS, A. C. A. **Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens e espiritualidade.** Psicologia Ciência e Profissão, 23(1), 92-97, 2003.

LIRA, Margaret Olinda de Souza Carvalho et al. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2017.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da Loucura.** Rio de Janeiro: Garamound, 2001.

LUTERO, Martin. Os Artigos de Esmalcalde. In: **LIVRO DE CONCÓRDIA: as confissões da Igreja Evangélica Luterana.** 4. Ed. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 1993.

MACLEAN, Paul D. Psychosomatic disease and the "visceral brain": Recent developments bearing on the Papez theory of emotion. **Psychosomatic medicine**, Georgetown, v. 11, n. 6, p. 338-353, 1949.

MAIA, Ana Paula Ferreira. Depressão na infância e na adolescência. In: FU-I, Lee; BOARATI, Miguel Angelo; MAIA, Ana Paula Ferreira. **Transtornos afetivos na infância e adolescência: diagnóstico e tratamento.** Porto Alegre, RS: Artmed, 2012.

MATHEUS, Marck. **How did pre-twentieth century theories of the aetiology of depression develop?** Disponível em: <<http://priory.com/homol/dephist.htm>>. Acesso em: 4 de jul. 2023.

MERCADANTE, Marcos Tomanik. O impacto da depressão ao longo do desenvolvimento. In: LACERDA, Acioly Luiz Tavares de (org.). **Depressão: do neurônio ao funcionamento social.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

MONTEIRO, Daiane Daitx; REICHOW, Jeverson Rogério Costa; SAIS, Helenice de Freitas Sais; Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. Acad. Paul. Psicol. vol.40 no.98 São Paulo jan./jun. 2020. Acesso em: 12 jul. 2023.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade & Saúde Mental: O desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. **Zen Review**, 1-6, 2009. Disponível em: <http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/M_autores/MOREIRA. Acesso em: 15 out. 2022.

ALMEIDA_Alexander_tit_Espiritualidade_e_Saude_Mental.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.

NAKAMURA, Eunice. **Depressão na infância: uma abordagem antropológica.** São Paulo: 1.ed. Hucitec: Fapesp, 2016.

NOÉ, Sidnei Vilmar. Ideias Introdutórias ao Conceito Comunidade Terapêutica. In: HOCH, Lothar Carlos; NOÉ, Sidnei Vilmar (orgs.). **Comunidade terapêutica:**

cuidando do ser através de relações de ajuda. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2003.

PARGAMENT, K.I. **Religion and Coping**: The Current State of Knowledge. In: S. Folkman (Ed.), Oxford library of psychology. The Oxford handbook of stress, health, and coping. Reino Unido: Oxford University Press, p. 269-288, 2010.

PAULA, Blanches de. **A fé como suporte nas crises**. In: Redes de apoio na crise. São Leopoldo: EST & ABAC, 2003.

PEREIRA, J. **A fé como fenômeno psicológico**. São Paulo, SP: Escrituras, 2003.

RAMOS, Renato T. Neurobiologia das emoções. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 94, n. 4, p. 239-245, 2015.

REINKE, André Daniel. **Aqueles da Bíblia**: história, fé e cultura do povo bíblico de Israel e sua atuação no plano divino. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2021.

SANTOS, Flávia H. dos; ANDRADE, Viviam.; BUENO, Orlando F.A. **Neuropsicologia hoje**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

SCHNACKENBURG, Rudolf. **The Gospel according to St. John**. New York: Crossroad, 1982. v. 3, p. 17, n. 41.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Cristoph. **Teologia prática no contexto da América Latina**. São Leopoldo: Sinodal, São Paulo: ASTE, 2005.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Fé na prevenção**: prevenção do uso de drogas por instituições religiosas e movimentos afins. Brasília, 2014.

SILVEIRA, Thiago Almeida. **Kyrios Jesus**: o hino cristológico de Filipenses 2.6-11. São Leopoldo, RS, 2018. 151 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdades EST, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, 2018.

SOLOMON, Andrew. **O demônio do meio-dia**: uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2018.

SOUZA, Márcio Gerhardt de; VIEIRA, Rodrigo Machado. Neurobiologia do transtorno depressivo maior. In: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (orgs.). **Depressão**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

STEGEMANN, Ekkehard W.; STEGEMANN, Wolfgang. **História social do protocristianismo**: os primórdios no judaísmo e as comunidades de Cristo no mundo mediterrâneo. São Leopoldo: Sinodal, São Paulo: Paulus, 2004.

STEIN, Robert H. **Marcos**: comentário exegético. São Paulo: Vida Nova, 2022.

WEBER, Hans-Ruedi. **Jesus e as crianças**: subsídios bíblicos para estudo e pregação. São Leopoldo: Sinodal, 1986.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, Donald Woods. **Tudo começa em casa**. Martins Fontes, São Paulo, 1989.