

ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

FERNANDO JOSÉ MATIAS

ACONSELHAMENTO PASTORAL COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPRESSÃO:

Um estudo teórico na perspectiva da prática do cuidado

São Leopoldo

2014

FERNANDO JOSÉ MATIAS

ACONSELHAMENTO PASTORAL COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPRESSÃO:
Um estudo teórico na perspectiva da prática do cuidado

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

Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Gaede Neto

São Leopoldo

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M433a Matias, Fernando José

Aconselhamento pastoral com pessoas em situação de depressão : um estudo teórico na perspectiva da prática do cuidado / Fernando José Matias ; orientador Rodolfo Gaede Neto. – São Leopoldo : EST/PPG, 2014.

166 p. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Faculdades EST. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2014.

1. Aconselhamento pastoral. 2. Depressão mental. 3. Aconselhamento pastoral a doentes. I. Gaede Neto, Rodolfo. II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

FERNANDO JOSÉ MATIAS

**ACONSELHAMENTO PASTORAL COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE
DEPRESSÃO: UM ESTUDO TEÓRICO NA PERSPECTIVA DA PRÁTICA DO
CUIDADO.**

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: 18 de dezembro de 2014

Prof. Dr. Rodolfo G. Neto (Presidente)

Rodolfo G. Neto

Prof. Dr. Júlio C. Adam (EST)

Júlio C. Adam

Prof. Dr. Arno V. Scheunemann (ULBRA)

Arno V. Scheunemann

RESUMO

A depressão é um dos transtornos, condições e estados mais frequentes entre a humanidade contemporânea, tanto assim que foi chamada de “resfriado da psicopatologia”. Vivemos em tempos de depressões. Essa sua prevalência faz com que se imponha como uma das situações mais desafiadoras na sociedade atual, revelando, assim, a necessidade de alternativas que sejam metodologicamente refletidas e aprofundadas pelas mais variadas áreas do saber, especialmente as das Ciências Humanas. Na área da teologia, optamos no presente trabalho pelo aconselhamento pastoral. Isso porque o mesmo tem a sua principal inquietação e interação relacionada com o sofrimento humano, seja ele individual ou coletivo. Nesse sentido, o aconselhamento pastoral, que tem como base a fé cristã e a comunidade eclesial como espaço terapêutico de cuidado, apresenta preciosas ferramentas que, como ação prática e metodologicamente refletida, visam interagir, entender e intervir também no que se passa com quem está sofrendo por depressão. Conseqüentemente, a presente pesquisa analisa como a poimênica e o aconselhamento pastoral podem se desenvolver como formas de cuidado com pessoas em situação de depressão. Para tanto, averigua as principais implicações, influências e características das depressões e dos estados de depressividade na vida humana, e o faz especialmente através de contribuições das áreas da Psiquiatria e da Psicologia, estabelecendo, assim, um diálogo interdisciplinar de ambas com a teologia, na construção e no aperfeiçoamento daquilo que envolve a tarefa do saber cuidar. A presente dissertação está ligada especialmente à área da Teologia Prática, mais especificamente ao cuidado, à poimênica e ao aconselhamento pastoral com pessoas fragilizadas pelas mais diversas formas de depressões, sejam elas visíveis ou invisíveis, mantendo-se firme na busca por promoção de vida digna, transformada e liberta.

Palavras-chave: Depressão. Depressões. Cuidado. Poimênica, Aconselhamento pastoral.

ABSTRACT

Depression is one of the most frequent disorders, conditions and states within contemporary humanity, so much so that it has been called the “psychopathology cold”. We live in times of depressions. This prevalence has caused it to impose itself as one of the most challenging situations in current society, thus revealing the need for alternatives which are methodologically reflected upon and deepened in the various areas of knowledge, especially the Human Sciences. In the area of theology, we have opted to focus this present work on pastoral counseling. This because it has its main concerns and interactions related to human suffering, be it individual or collective. In this sense pastoral counseling, which has as a base the Christian faith and the ecclesial community as a therapeutic space of care, presents precious tools, which, as a practical and methodologically reflected action, aim at also interacting, understanding and intervening in what goes on with the person suffering with depression. Therefore, the present research analyzes how pastoral care and pastoral counseling can be developed as ways of caring for people in situations of depression. For this, it verifies the main implications, influences and characteristics of depressions and the states of depression in human life and it does this especially through contributions from the areas of psychiatry and psychology, thus establishing an interdisciplinary dialog of both of these with theology in the construction and improving that which involves the task of knowing how to care for someone. This present thesis is especially tied to the area of Practical Theology, more specifically to caring, pastoral care and pastoral counseling of people weakened by various forms of depression, be they visible or invisible, maintaining itself firm in seeking the promotion of a dignified, transformed and liberated life.

Keywords: Depression, depressions, care, pastoral care, pastoral counseling.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
I DEPRESSÃO.....	11
1.1 Breve histórico	11
1.2 Como se entende a depressão em nossos tempos?.....	18
1.2.1 <i>Compreensão psiquiátrica sobre a depressão</i>	20
1.2.2 <i>Compreensão psicológica sobre a depressão</i>	39
II CAUSAS DA DEPRESSÃO E O SEU IMPACTO NA SOCIEDADE.....	47
2.1 Causas da depressão	47
2.1.1 <i>Perdas</i>	49
2.1.2 <i>Abuso físico ou sexual</i>	54
2.1.3 <i>Sentimento de culpa</i>	56
2.1.4 <i>Depressão e substâncias psicoativas</i>	58
2.1.5 <i>Depressão e hereditariedade/gene</i>	59
2.1.6 <i>As exigências e pressões da vida contemporânea</i>	61
2.2 Seu impacto na sociedade	75
2.2.1 <i>Depressão e gênero</i>	78
2.2.2 <i>Depressão em crianças e adolescentes</i>	80
2.2.3 <i>Depressão em idosos</i>	83
2.2.4 <i>Depressão e suicídio</i>	84
III CUIDADO, POIMÊNICA E ACONSELHAMENTO PASTORAL.....	89
3.1. Cuidado.....	89
3.2 Poimênica	92
3.3 Aconselhamento pastoral	94
3.3.1 <i>Aconselhamento</i>	95
3.3.2 <i>Pastoral</i>	96
3.3.3 <i>Aconselhamento pastoral</i>	97
3.4 Raízes bíblico-antropológicas do cuidado, da poimênica e do aconselhamento pastoral..	100
3.4.1 <i>No Antigo Testamento</i>	100
3.4.2 <i>No Novo Testamento</i>	106
IV ACONSELHAMENTO PASTORAL COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPRESSÃO: PERSPECTIVA PRÁTICA	117
4.1 Considerações iniciais.....	117
4.2 Perspectivas para o aconselhamento pastoral em contexto latino-americano.....	120
4.3 Princípios do aconselhamento pastoral com pessoas em situação de depressão.....	126
4.3.1 <i>A conversação baseada na sensibilidade da escuta</i>	126
4.3.2 <i>A conversação baseada na sensibilidade do diálogo</i>	130
4.3.3 <i>O contato através da visitação</i>	133
4.4 A comunidade como espaço de cuidado	136
4.4.1 <i>O cuidado compartilhado na comunidade</i>	137
4.4.2 <i>O culto como espaço de cuidado</i>	140
4.5 Considerações finais.....	145
CONCLUSÃO.....	147
REFERÊNCIAS.....	153

INTRODUÇÃO

A depressão é um dos transtornos condições e estados mais frequentes entre a humanidade na contemporaneidade, tanto assim que foi chamada de “resfriado da psicopatologia”. Essa sua prevalência faz com que se imponha como uma das situações mais desafiadoras na sociedade atual, revelando, assim, a necessidade de alternativas que sejam metodologicamente refletidas e aprofundadas pelas mais variadas áreas do saber, especialmente as das Ciências Humanas.

Em vista disto, este trabalho analisa como a poimênica e o aconselhamento pastoral podem se desenvolver como formas de cuidado com pessoas em situação de depressão. Para tanto, averigua as principais implicações, influências e características da depressão e dos estados de depressividade na vida humana, e o faz especialmente através de contribuições das áreas da Psiquiatria e da Psicologia, estabelecendo, assim, um diálogo interdisciplinar de ambas com a Teologia, na construção e no aperfeiçoamento daquilo que envolve a tarefa do saber cuidar. A presente dissertação está ligada especialmente à área da Teologia Prática, mais especificamente ao cuidado, à poimênica e ao aconselhamento pastoral com pessoas fragilizadas pelas mais diversas formas de depressões.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que tem como principais referenciais teóricos: a) na área da Psiquiatria: os manuais diagnósticos da área da saúde, o DSM-IV e o CID 10; o Compêndio de psiquiatria de Kaplan e Sadock; e autores contemporâneos da área como Nardi, Souza, Lacerda, Tolman, entre outros. b) na área da psicologia: Freud, Jung, Fédida, Frankl e autores contemporâneos como Kehl, Safra, Wondracek, entre outros. c) na área teológica do cuidado, poimênica, aconselhamento pastoral: Frankl, Clinebell, von Rad, Wolff, Schneider-Harpprecht, Boff, Adam, Brakemeier, Sathler-Rosa, Gaede Neto, Westhelle, Hoch, entre outros do contexto Europeu, Norte-Americano, Latino-Americano e Brasileiro.

O estudo parte das seguintes indagações: a) agentes pastorais que conhecerem a problemática podem contribuir de forma mais eficaz e otimizada no processo de cuidado e recomposição do ser humano fragilizado pela depressão? b) o estudo sobre as depressões no âmbito eclesial contribui para a compreensão e intervenções ante essa crescente patologia e aos impactos por ela causados na vida humana? c) um programa específico de atenção a pessoas com depressão pode auxiliar na identificação dos casos específicos e nas possíveis intervenções? d) o estudo e a pesquisa sobre o aconselhamento pastoral com pessoas acometidas por depressão pode aperfeiçoar e fortalecer a prática do cuidado pastoral? e) o aconselhamento pastoral, em inter-relação com outras áreas do saber, pode contribuir no

processo de cura, diminuição, libertação prevenção, consolo e fortalecimento de pessoas com depressão?

Diante dessas questões, pode ser formulada a hipótese de que o aconselhamento pastoral, na perspectiva do cuidado, pode contribuir e ser instrumento para intervenções no processo de recomposição pessoal do ser humano, em casos de depressão. Essas são algumas questões que motivam a pesquisa e que perpassam o texto.

Deste modo, no primeiro capítulo será apresentado um breve histórico que trata sobre as diferentes compreensões desenvolvidas através dos séculos em torno da depressão, como os povos antigos, a Idade Média, a Idade Moderna e os tempos atuais a compreendem e quais as suas abordagens terapêuticas. Entrementes, esta parte introduz e apresenta a temática das depressões e, assim, aproxima paulatinamente o leitor à problemática. Este movimento é desenvolvido neste ponto especialmente a partir das contribuições da Psiquiatria e da Psicologia, de forma que mesmo alguém leigo, que não seja das áreas acima citadas, possa compreender os meandros da problemática.

O segundo capítulo descreve questões relativas a possíveis causas das depressões e analisa o seu impacto na sociedade contemporânea, trazendo informações e estatísticas de suas manifestações e particularidades entre os diferentes grupos de pessoas, tais como homens, mulheres, crianças, adolescentes, pessoas adultas e idosas. Nesta parte do trabalho entende-se que depressões têm causas. Pontua-se que o próprio estilo de vida em que as pessoas estão inseridas pode se apresentar como frágil, vulnerável e adoecido. Nesta direção, as depressões podem ser compreendidas como resultado de condições externas presentes numa estrutura social adoecida. Sendo assim, as depressões denunciam um mal-estar estrutural do meio em que a pessoa vive e faz com que ela adoença, de modo que as depressões possam ser compreendidas também como resultado do “pecado estrutural” e não necessariamente interno e/ou individual.

Dentre as causas, a segunda parte do trabalho disserta ainda sobre as perdas, abuso físico e sexual, sentimento de culpa, uso de substâncias psicoativas, hereditariedade e pressões da vida contemporânea. Destaca-se que estas causas desenvolvidas ao longo do capítulo estão longe de contemplar o todo quando se fala de possíveis causas das depressões, pois as mesmas podem ser compreendidas como uma patologia, estado ou condição em um ser que é único. A partir das contribuições da fenomenologia, compreende-se que cada indivíduo sente, experimenta e vive cada situação de forma singular.

Numa perspectiva teológica, o terceiro capítulo disserta sobre princípios da poimênica e alguns de seus desdobramentos, esclarecendo conceitos centrais e termos atuais, à luz de

suas raízes bíblico-antropológicas, culminando no aconselhamento pastoral que se desenvolve sob o signo da cruz, pois a base sobre a qual o aconselhamento pastoral tem a sua inquietação e interação é o sofrimento humano, seja ele individual ou coletivo. Destaca-se aqui que o aconselhamento pastoral e a poimênica como formas de cuidado não são funções únicas e exclusivas de ministros e ministras ordenados, mas um chamado feito a toda comunidade, à *koinonia*, porque a Igreja é nas suas origens comunidade pastoral do mútuo cuidado. Assim, a fragilidade e condição de pessoas em estado de sofrimento, seja ele causado por depressões ou por qualquer outra condição, se apresenta como desafio a todas as pessoas que integram a grande casa comum. O bem-estar e cuidado é compreendido a partir da integralidade do ser humano. A própria antropologia bíblica fundamenta e dá sustentação a essas teses, o que fica claro no terceiro capítulo.

Por fim, depois de percorrer algumas trilhas e caminhos entre a Psicologia, Psiquiatria e Teologia, o quarto e último capítulo – que considera princípios dos modelos “holístico de libertação e crescimento”, do modelo “sistêmico” e o ensaio do modelo “contextual de uma poimênica de libertação”, e que considera e faz uso também aportes, princípios e fragmentos de outros autores, como, por exemplo, Ward, Alves e Bonhoeffer – oferece alguns subsídios práticos e contextualizados para o aconselhamento pastoral com pessoas em estados de depressividade. O referido capítulo aponta pistas e princípios para um possível trabalho conjunto de acompanhamento a pessoas fragilizadas por depressão. Entre os subsídios estão, por exemplo, a conversação baseada na sensibilidade da escuta e do diálogo, a visitação, o desenvolvimento da comunidade eclesial e do culto comunitário como espaços genuinamente do cuidado.

Espero que a presente pesquisa motive outras produções acadêmicas que despertem, otimizem e impulsionem para um trabalho de edificação de comunidade através do cuidado junto ao povo sofrido e fragilizado, como formas de ser e existir e não apenas como atos isolados e desconexos. Desejo ainda que ela nos ajude no processo de prevenção, de acompanhamento, de consolação, de denúncia e de anúncio ante aos tantos casos visíveis e invisíveis de depressões em nossos tempos, na busca por promoção de vida digna, transformada e liberta.

I DEPRESSÃO

1.1 Breve histórico

Quem primeiro definiu os problemas relacionados a transtornos mentais foram os egípcios e posteriormente os gregos. Hipócrates, considerado o pai da medicina, utilizou o termo melancolia¹ como sinônimo do que chamamos hoje de depressão. Interessantemente atual, a melancolia² para Hipócrates mesclava fatores internos e externos, ambientais.³ Segundo Hipócrates, a melancolia era uma condição do ser humano, desencadeada pelo excesso da “bile negra”⁴ e, esse excesso, causava o desequilíbrio nos quatro humores do organismo (bile, fleugma, sangue e bile negra)⁵, o que explicaria o estado de humor e as emoções, bem como a formação da personalidade dos indivíduos.⁶ Esse desequilíbrio dos humores poderia ser genético, a pessoa já nascia com uma predisposição; ou, então, poderia ser desencadeado e causado por traumas.⁷ No entanto, esse pensamento diferia da visão filosófica e religiosa de sua época.

Os povos e nações do mundo antigo (Assíria, Babilônia, Caldéia, Egito, Grécia, Judéia, Roma, etc.) consideravam a depressão como uma manifestação divina ou demoníaca. [...]. Nessa perspectiva espiritual, busca-se estabelecer uma relação de casualidade entre doença depressiva e problemas espirituais tais como demônios, pecado, ira de Deus, a falta de fé, etc. A Bíblia Sagrada de modo geral mantém essa perspectiva. [...]. Os povos da Bíblia relacionavam a depressão com os fatores a seguir: a) influências do mundo sobrenatural, através de forças espirituais, representada pelos deuses, anjos e/ou demônios; b) a ação de forças malignas da natureza; c) a culpa pela iniquidade e pecado; d) a maldição pela manifestação da ira e castigos impostos por Deus.⁸

¹ “Hipócrates utilizou os termos *mania* e *melancolia* para descrever transtornos mentais”. KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamim J. **Compêndio de psiquiatria**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 572.

² O termo melancolia provém do grego e significa bile negra, (*Melan* significa negro e *colis* significa bñlis, ou seja, bile negra). KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 572.

³ SOLOMON, Adrew. **O demônio do meio dia**: uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010. p. 431.

⁴ Bile negra: “um dos principais humores, ou fluidos corporais, que os antigos gregos acreditavam ser secretada pelos rins ou pelo baço e que produzia a depressão, irritabilidade ou tristeza [...] Hipócrates estuda a depressão há 2500 anos e acreditava que ela surgia de específicas alterações do sangue e dos humores: ‘os melancólicos desenvolvem a sua doença quando o sangue está contaminado por amargura e muco, seu estado mental fica perturbado, e muitos até mesmo enlouquecem’.” STONE, Howard W. **Depressão e esperança**. Novas visões para o aconselhamento pastoral. São Paulo: Paulus, 2010. p. 20. É interessante que, de fato, a bile negra não existe. “A bile amarela, produzida vesícula biliar, pode adquirir tons marrons, mas nunca negros, e parece improvável que a descolorida bile amarela fosse o *melaina chole* descrito. A bile negra, hipotética ou não, era péssima; dizia-se que causava não apenas a depressão como também epilepsia, hemorroidas, dor de estômago, disenteria e erupções na pele.” SOLOMON, 2010, p. 432.

⁵ SOUZA, Thaís Rabanea de; LACERDA, Acioly Luiz Tavares de. Depressão ao longo da história. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 17; GOMES, Antônio Máspoli de Araújo. A depressão no contexto da psicologia analítica de Carl Gustav Jung e do aconselhamento pastoral solidário. In.: GOMES, Antônio Máspoli de Araújo (Org.). **Eclipse da alma**: a depressão e seu tratamento sob o olhar da psiquiatria, da psicologia e do aconselhamento pastoral solidário. São Paulo: Fonte Editorial, 2010. p. 165.

⁶ SOUZA; LACERDA, 2013, p. 17-18.

⁷ SOLOMON, 2010, p. 431.

⁸ **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. p. 270.

O pensamento filosófico e religioso girava em torno de questões metafísicas e transcendentais antes, durante e, por alguns grupos, até mesmo depois de Hipócrates. Mas para ele e para os seus seguidores e seguidoras, o cérebro era o centro das funções mentais e de suas patologias, não anjos ou demônios.⁹ Com isso, atribui-se a Hipócrates e seus seguidores e seguidoras uma clara divisão entre a Medicina e a Filosofia/Religião.

Assim, a partir da perspectiva hipocrática, a melancolia passa a não ser mais vista apenas dentro de uma compreensão que gira em torno de questões sobrenaturais, mas, sim, em termos naturais, como: a) patologia e enfermidade do cérebro, influenciada e desencadeada por fatores internos (por exemplo, desequilíbrios genéticos, biológicos, perda de energia hipotalâmica) e externos, ambientais (por exemplo, traumas, estresses, lutos, desamparos, etc.); b) a melancolia não mais está ligada e centrada no coração como sede das emoções, mas no cérebro, como centro do humor, das emoções e da formação do ser humano como tal.¹⁰ De acordo com Hipócrates, é do cérebro que derivam prazeres, alegrias, risos, sofrimentos, pesares, dores, choro, etc. “Também do cérebro provém os sentimentos, o medo e o terror. O mesmo cérebro produz loucos e delirantes. Tudo o que fazemos e sentimos provém deste órgão.”¹¹

Temos, assim, uma divisão entre o pensamento médico, que identifica a melancolia como uma patologia cerebral que influencia no temperamento e nas emoções do ser; e o ponto de vista filosófico-religioso daquela época que associava a doença a forças místicas, castigo e pagamento por desvios de conduta, pecados.¹²

Para Hipócrates, nenhuma doença é especialmente divina ou natural: os deuses podem até causar as doenças, mas o médico deve descobrir a sua causa natural. A explicação das doenças mentais era baseada na teoria dos humores: a deficiência do *fleuma* engendra as paralisias, os obstáculos à circulação do *pneuma* causam as epilepsias, enquanto a melancolia, para Hipócrates, corresponde a ação da bÍlis negra (ou atrabilis).¹³

O pensamento hipocrático que trata o cérebro como centro das emoções, bem como das patologias emocionais, perdura até o século V d.C. Com a queda do Império Romano do Ocidente e como início da Idade Média, o pensamento Greco-romano e o seu desenvolvimento científico, inclusive sobre a Medicina, é abandonado e, em seu lugar, vigora “uma visão religiosa edificada sobre a ubiquidade de uma entidade divina e um modelo maniqueísta.”¹⁴ A

⁹ SOUZA; LACERDA, 2013, p. 17.

¹⁰ SOUZA; LACERDA, 2013, p. 17.

¹¹ GOMES, 2010, p. 165.

¹² GOMES, 2010, p. 165.

¹³ DEUS, PÉRSIO GOMES RIBEIRO DE. A depressão no contexto da psiquiatria e da religião. In.: GOMES, Antônio Máspoli de Araújo (Org.). **Eclipse da alma**: a depressão e seu tratamento sob o olhar da psiquiatria, da psicologia e do aconselhamento pastoral solidário. São Paulo: Fonte Editorial, 2010. p. 32.

¹⁴ SOUZA; LACERDA, 2013, p. 18.

busca por conhecimento científico e as possibilidades de classificações foram ofuscadas e em seu lugar ressurgiram as explicações místicas, metafísicas e religiosas.¹⁵

Neste período, a depressão era novamente compreendida como manifestação da fúria ou do desfavor de Deus, “uma indicação de que o sofredor estava excluído do bem-aventurado conhecimento da salvação divina.”¹⁶ Com isso, os transtornos mentais passam a ser entendidos novamente dentro do campo da demonologia. “Foi nessa época que a doença foi estigmatizada; em episódios extremos, os que sofriam com dela eram tratados como infiéis”.¹⁷

No período medieval a melancolia passa a ser chamada de *acídia* pelos monges e tem as seguintes características: descuido, apatia, preguiça, indolência, negligência e enfraquecimento. Aqui, a melancolia ou *acídia* é considerada um dos sete pecados capitais, logo sujeito a penitência. Esse novo-velho pensamento se arrasta até o período da Inquisição, período em que pessoas com problemas mentais podiam ser condenados à morte, já que o assunto estava novamente ligado a questões demonológicas. Entre os condenados à morte estavam as pessoas acometidas por depressão, pois estas estariam sofrendo castigo divino ou, então, estavam possuídas por maus espíritos.¹⁸ Além disso, durante a inquisição, muitas pessoas com depressão eram incluídas na categoria de feiticeiros.¹⁹

Robert Burton em seu livro “A anatomia da depressão” (1621), publica a primeira obra do Renascimento sobre depressão, rebuscando de forma clínica pormenorizada conceitos orgânicos e psicológicos, como contraponto ao pensamento religioso da época. Esse pensamento ganha força e Philippe Pinel (1796) insere a melancolia no campo das alienações mentais, opondo-se também ao pensamento popular em torno da patologia.²⁰ Pinel defendia, ainda, a humanização no tratamento de pessoas em situação de vulnerabilidade mental.²¹

Na Idade Moderna, a visão religiosa humanista sobre a vulnerabilidade mental, manifestada através de condição depressiva, passa a ser reconsiderada numa perspectiva biológica, fisiológica e psicológica. No século XVIII, focado no racionalismo, através do Iluminismo, busca-se fundamentação empírica para abstrações dedutivas e pessoas com depressão eram caracterizadas como pessoas com perturbação da razão e deterioração cognitiva, loucas.²² Logo, na Idade da Razão, os “sem razão” foram novamente estigmatizados e tratados como se fossem animais de laboratórios ou como animais selvagens a serem domados, separados da

¹⁵ NARDI, Antonio Egidio. **Questões atuais sobre depressão**. São Paulo: Lemos, 2006. p. 30.

¹⁶ SOLOMON, 2010, p. 429.

¹⁷ SOLOMON, 2010, p. 429.

¹⁸ SOUZA; LACERDA, 2013, p. 18-19.

¹⁹ NARDI, 2006, p. 31.

²⁰ NARDI, 2006, p. 31.

²¹ SOUZA; LACERDA, 2013, p. 21.

²² NARDI, 2006, p. 31.

sociedade e jogados em hospitais ou sanatórios específicos para eles. “Sujeira, esqualidez, tortura e miséria eram o quinhão do melancólico na Era da Razão e na Regência.”²³

No século XIX o termo depressão emergiu e se consolidou paulatinamente nas décadas seguintes como referência para falar da psicopatologia. A palavra depressão, aqui usada como sinônimo de melancolia, tem a sua origem nas traduções das obras de Hipócrates para o latim. Nessas traduções aparecem a expressão *premere* (pressionar para baixo)²⁴, referindo-se à melancolia. “A doença era chamada de melancolia e o sintoma, depressão”.²⁵ Neste período ocorreram também distintas classificações para os transtornos de humor, as descrições sobre a patologia começam a ser esboçadas de acordo com o conceito atual e a Psiquiatria foi aceita no meio universitário, trazendo reflexões sobre possíveis causas das depressões e sobre seus sintomas. Silvia Peixoto (1837) foi a primeira brasileira a classificar as depressões, baseada na escola francesa.²⁶

Emil Kraepelin (1899) em seu “Tratado de Psiquiatria” faz avanços e traz contribuições nosológicas, subsidiando a sintetização do pensamento de seu período e direcionando pesquisas e estudos posteriores. Assim, no século XX temos descobertas sobre a depressão como psicopatologia, bem como sobre a saúde mental. Alguns nomes como, o já citado, Emil Kraepelin (Psiquiatria científica fundamentada em bases neurobiológicas) e Sigmund Freud (Psicanálise e fundamentos psicológicos) são destaque deste período. De Freud temos seu clássico, “Luto e Melancolia”, onde descreve o luto como reação frente à perda do objeto amado, que pode ser uma pessoa, uma ideia, um ideal, assunto que retomaremos mais adiante.²⁷

Freud resgata, através das contribuições da Psicanálise, “o entendimento das então chamadas ‘psicoses maníaco-depressivas’”. Ele utilizou o significante “melancolia” para diferenciar a Psicanálise da Psiquiatria do século XIX e inícios do século XX. “Com isso, ao mesmo tempo em que ampliou o campo de intervenção da clínica psicanalítica, Freud rompeu com a longa tradição ocidental para a qual o melancólico era entendido como um sujeito que ocupava uma posição excepcional, ou excêntrica, no laço social.”²⁸

A teoria freudiana da melancolia promoveu duas rupturas simultâneas: no plano clínico, o texto de 1915 trouxe a melancolia do campo da medicina psiquiátrica para o da clínica psicanalítica; no outro plano, o da história das ideias, o texto de Freud acabou por afastar definitivamente a melancolia da longa tradição pré-moderna das

²³ SOLOMON, 2010, p. 465-467.

²⁴ GOMES, 2010, p. 165.

²⁵ GOMES, 2010, p. 165.

²⁶ NARDI, 2006, p. 31, 32.

²⁷ FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**. São Paulo: Cosacnaify, 2011.

²⁸ KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009. p. 22.

representações, predominantemente sublimes, atribuídas aos homens de carácter melancólico desde a Antiguidade grega.²⁹

Ainda sobre Freud, é importante destacar que inconsciente é a priori o objeto da Psicanálise. A sua proposta sobre a origem e influência do inconsciente, em relação às queixas e autoacusações melancólicas, estava ligada ao ódio recalcado por um objeto de amor precocemente perdido. Esse é mais um dos rompimentos com tradição de pensamento em torno da melancolia “que remonta à Antiguidade, passa pela Idade Média, pelo Renascimento e vem desaguar nas vertentes decadentistas do Romantismo do século XVIII e início do século XIX”³⁰ e é nesse contexto de mudança de paradigmas que nasce o seu escrito, “Luto e melancolia”. Com isso,

Freud rompeu com os limites das ciências médicas de seu tempo ao deslocar as investigações sobre as chamadas doenças mentais da classificação dos sintomas e dos estudos sobre o córtex cerebral para a escuta das falas aparentemente desconexas de histéricos e psicóticos, reveladoras das formações do inconsciente. Ao revelar a universalidade do inconsciente que fraturava o indivíduo, Freud a um só tempo desmistificou as pretensões de soberania da razão entre os herdeiros do Iluminismo e ofereceu uma possibilidade de integração de uma parte do recalcado – mas não todo! – pela via da palavra.³¹

Consequentemente, no século XX, temos uma divisão em torno desses dois nomes, Kraeplin e Freud, nas práticas relacionadas à saúde mental. De um lado a Psiquiatria científica, fundamentada em bases neurobiológicas e que culminou nas definições de síndromes depressivas da prática psiquiátrica, utilizadas e descritas tanto no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (o atual DSM-IV) quanto na Classificação internacional das doenças (a atual CID-10). De outro lado temos a Psicanálise que se alicerça em fundamentos psicológicos e que se desenvolveu no campo das psicoterapias como formas de cuidado e intervenção de pessoas em situação de sofrimento.³²

Nos anos de 1940 e 1950 surge o tratamento da eletro-convulsoterapia (ECT), “que se tornou a base das intervenções biológicas indicadas para o tratamento dos transtornos psiquiátricos durante”³³ o referido período. Também neste período dos anos 50 foram acidentalmente³⁴ descobertos os primeiros medicamentos antidepressivos e a partir dessa descoberta outros antidepressivos tricíclicos, e mais tarde os inibidores, foram desenvolvidos. Nesta época houve uma grande revolução no mercado psicofarmacológico e na Psiquiatria e, por isso, “a década de 50 é frequentemente considerada a ‘década de ouro’ da

²⁹ KEHL, 2009, p. 40.

³⁰ KEHL, 2009, p. 41.

³¹ KEHL, 2009, p. 43.

³² SOUZA; LACERDA, 2013, p. 22.

³³ SOUZA; LACERDA, 2013, p. 23.

³⁴ Uma vez que os primeiros medicamentos antidepressivos foram descobertos acidentalmente no tratamento de um grupo de pessoas que sofriam de tuberculose. SOLOMON, 2010, p. 501; SOUZA; LACERDA, 2013, p. 25.

psicofarmacologia mundial.”³⁵ Concomitantemente a descoberta dos medicamentos antidepressivos, desenvolveu-se a teoria sobre os neurotransmissores, sobre a influência da noradrenalina, serotonina e da norepinefrina nos estados de humor.³⁶ A partir dessas descobertas, “a ECT deixou de ser a única alternativa de tratamento biológico eficaz disponível”³⁷ até então. Desde lá, a indústria farmacêutica é uma das que mais cresce no mundo. Em termos de faturamento, só perde para a indústria bélica.³⁸

Na Psicologia dos anos de 1960 surgem novas descobertas consideradas eficazes no tratamento de pessoas com depressão. O psicólogo Aaron Beck propõe uma nova técnica de tratamento psicológico, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), que focaliza distorções cognitivas e busca “desenvolver formas alternativas, flexíveis e positivas de pensar; e ensaiar novas respostas cognitivas e comportamentais”³⁹ com objetivo de aliviar e prevenir a recorrência de episódios depressivos.⁴⁰

Mesmo um breve resumo histórico, como o exposto até aqui, ajuda-nos a perceber que desde Hipócrates até o século XXI, muita coisa se passou e o entendimento, a compreensão sobre a depressão têm passado também por vários estágios, às vezes indo até determinado ponto e às vezes recuando. É fato que a sua estigmatização não é coisa da atualidade. Já foi vista como possessão, como castigo, como loucura, como fraqueza, como fluidos sexuais não liberados⁴¹, como pecado, como preguiça (*acedia*), como indicadora de sabedoria e profundidade.⁴²

Assim segue a pesquisa, “a forma e a particularidade da depressão já passaram por mil reviravoltas, e o tratamento da doença alterou-se entre o ridículo e o sublime.” O que se sabe atualmente sobre a melancolia ou depressão é que: a) de acordo com a Psiquiatria, é uma patologia do cérebro (o que Hipócrates já havia dito no século V a.C.); e que ela, na maior parte do tempo, sofreu e sofre estigmatização e preconceito, que precisa ser tratada como tal; b) de acordo com a Psicologia, que ela está relacionada à psique, à vida psíquica e é um

³⁵ SOUZA; LACERDA, 2013, p. 25.

³⁶ SOUZA; LACERDA, 2013, p. 25.

³⁷ SOUZA; LACERDA, 2013, p. 25-26.

³⁸ **Subsídios para a campanha: Não à medicalização da vida: medicalização da educação.** Disponível em:<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf>. Acesso em 08 de Set. 2014.

³⁹ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 600, 602.

⁴⁰ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 599-602.

⁴¹ SOLOMON, 2010, p. 438.

⁴² A depressão virar moda é algo diferenciado, mas aconteceu e, como exemplo, lembremos o personagem Hamlet, de Shakespeare. “Na época em que Hamlet foi encenado, a melancolia era tanto um privilégio quanto uma doença. Numa peça de meados do século XVII, um moroso barbeiro queixa-se de sentir melancolia e é severamente repreendido. ‘Melancolia? Nossa, que absurdo, *melancolia* é palavra para a boca de um barbeiro? Você devia dizer pesado, obtuso e tolo: melancolia é penacho das armas do cortesão!’” SOLOMON, 2010, p. 452. Já em Aristóteles aparece uma relação entre genialidade e brilhantismo e a melancolia. SOUZA; LACERDA, 2013, p. 19.

estado de sofrimento e de angústia que pode surgir como resultados de perdas, lutos, desamparos e traumas não resolvidos. Diante de grandes traumas, a vida psíquica se recolhe em si, como que num sono de hibernação, para preservar a vida frente a grandes excitações.⁴³ Para Freud, a depressão está vinculada a sombra do objeto amado-perdido que cai sobre o eu. É a não aceitação da perda do objeto que se volta e cai para dentro de si como uma sombra que se volta sobre o ego.⁴⁴

Acreditamos que com o desenvolvimento que alcançamos até aqui no século XXI, seja possível construir meios de cuidados e de tratamentos integrados que possam contribuir no processo de cuidado integral junto à pessoa que sofre com depressão.⁴⁵ Podemos assim afirmar que um resumo histórico, mesmo sendo breve e incompleto, é importante para compreendermos que essa psicopatologia, essa “dor da alma” de uma vida psíquica quebrantada, possui uma complexa carga em torno de si e que estamos, mais uma vez, diante de uma nova fase sobre a sua compreensão, bem como sobre formas de cuidado em relação a pessoas por ela fragilizadas.

A depressão ou melancolia, os estudos e pesquisas em torno da mesma, não são novidades exclusivas ou descobertas de nossos tempos, muito pelo contrário. Ela está relatada, por exemplo, em documentos muito antigos como no caso do rei Saul, no Antigo Testamento⁴⁶; do profeta Elias⁴⁷ (1Reis 19); assim como na história do suicídio de Ajax, na *Ilíada* de Homero⁴⁸ e, por isso, foi e é sempre importante perscrutar sobre seu desenvolvimento histórico para, sempre de novo, buscar compreender o que ela é e o que ela quer revelar em cada sociedade, com seus estilos e modelos de vida. Façamos isso na perspectiva de encontrar caminhos que tragam consigo possibilidades de formas otimizadas integradas de cuidado.

Nós recebemos um legado de conceitos, teorias, pensamentos e reflexões das pessoas que nos antecedem nessa caminhada. O que se busca novamente, motivado por suspeitas contemporâneas, são hipóteses e possíveis questionamentos atuais que tragam consigo propostas de formas de cuidado de pessoas que sofrem por depressão e compreensões aprofundadas sobre a depressão e as suas formas de manifestação.

⁴³ FÉDIDA, Pierre. **Dos benefícios da depressão**: elogio da psicoterapia. São Paulo: Escuta, 2009. p. 34.

⁴⁴ FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**. São Paulo: Cosacnaify, 2011.

⁴⁵ SOLOMON, 2010, p. 429-506.

⁴⁶ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 572.

⁴⁷ BUTZKE, Paulo Afonso. Crise e depressão – exercício meditativo de 1 Reis 19. In.: WONDRACEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma**: Tramas e tempos da depressão. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012. p. 137; GOMES, 2010, p. 163.

⁴⁸ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 572.

1.2 Como se entende a depressão em nossos tempos?

Na realidade esta é uma questão complexa⁴⁹, pois é necessário que levemos em conta as diferentes compreensões em torno desta patologia ou condição. Na Psiquiatria, por exemplo, a ideia é de que a depressão é causada por desequilíbrio cérebro (neurotransmissores, neurorreceptores, hipotálamo, etc.). Na Psicologia ela é compreendida como resultado de fraturas da alma, de uma vida psíquica ferida por traumas, desamparos, perdas, etc. que fazem com que o “eu” fique fragilizado e vulnerável.

A complexidade em torno do referido assunto também se funda no fato de que não podemos falar apenas de depressão, mas em depressões que se manifestam de formas distintas, em diferentes pessoas, dentro de seus diferentes contextos⁵⁰, pois cada indivíduo sofre influência de fatores sociais, culturais, políticos, econômicos, religiosos e psicológicos.⁵¹

Atualmente diz-se que depressão é uma patologia do cérebro ou um estado da psique, que pode ser desencadeada por fatores internos (biológicos, genéticos, psicológicos, etc.) ou externos (traumas, estresse, perdas, etc. que, por sua vez, podem causar alterações no funcionamento do ser), e como tal, ela deve ser examinada a partir do histórico pessoal e sob diferentes pontos de vista: biológico, psicológico, genético, cognitivo, social, econômico e espiritual.⁵² Fato é que a depressão causa grave impacto no corpo e nas relações, interferindo na vida da pessoa e sendo estimada como um dos principais fatores de incapacitação no mundo.⁵³

Andrew Solomon relata uma metáfora que ajuda a compreender melhor o estado de uma pessoa profundamente deprimida, e faz isso a partir da sua própria experiência de fragilidade causada pela depressão. Por isso, antes de adentrarmos ao assunto referente aos sintomas, estados e possíveis causas da depressão e com o objetivo de nos aproximarmos da problemática e tentar entendê-la a partir de um exemplo específico, cito e redijo literalmente como Solomon viveu, sentiu e definiu a sua depressão ou estado depressivo a partir de sua própria experiência.

Há pouco tempo, voltei a um bosque em que brincara quando criança e vi um carvalho, enobrecido por cem anos, em cuja sombra eu costumava brincar com meu irmão. Em vinte anos uma enorme trepadeira grudara-se a essa sólida árvore e quase a sufocava. Era difícil dizer onde a árvore terminava e a trepadeira começava. Esta enrolara-se tão completamente em torno da estrutura dos galhos da árvore que suas folhas a distância pareciam as folhas da árvore. Só bem de perto se podia ver como haviam sobrado poucos ramos vivos, e quão poucos e desesperados gravetos brotavam

⁴⁹ Por exemplo, o DSM-IV tem pelo menos 15 subtipos de transtornos de humor que levam a mais de 50 combinações de códigos diagnósticos. TOLMAN, Anton. **Depressão em adultos**: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 20.

⁵⁰ SOLOMON, 2010, p. 29,30, 259-260.

⁵¹ TOLMAN, 2009, p. 17.

⁵² MALTA, Dâmaris Cristina de Araújo. Angústia, fé e sentido da vida na pós-modernidade. In.: GOMES, Antônio Máspoli de Araújo (Org.). **Eclipse da alma**: a depressão e seu tratamento sob o olhar da psiquiatria, da psicologia e do aconselhamento pastoral solidário. São Paulo: Fonte Editorial, 2010. p. 60.

⁵³ TOLMAN, 2009, p. 9.

do carvalho, espetando-se como uma fileira de polegares do tronco maciço, suas folhas continuando o processo de fotossíntese ao modo ignorante da biologia mecânica.⁵⁴

O referido autor usa com plasticidade a imagem de um grande e nobre carvalho tomado por uma trepadeira que lhe sufoca e lhe tira a força vital. No entanto, num primeiro olhar, era difícil definir o que era o carvalho e o que era a trepadeira. Ambos pareciam uma unidade e apenas um olhar clínico apurado seria capaz de identificar onde começava um e onde terminava o outro. A partir de um olhar retrospectivo o autor faz a seguinte análise:

Minha depressão crescera sobre mim como aquela trepadeira dominara o carvalho. Fora uma coisa sugadora que se embrulhara à minha volta, feia e mais viva do que eu. Com vida própria, pouco a pouco asfixiava toda a minha vida. No pior estágio de uma grande depressão, eu tinha estados de espírito que não reconhecia como meus; pertenciam à depressão, tão certamente quanto as folhas naqueles altos ramos da árvore pertenciam à trepadeira. Quando tentei pensar claramente sobre isso, senti que minha mente estava emparedada, que não podia se expandir em nenhuma direção. Eu sabia que o sol estava nascendo e se pondo, mas pouco de sua luz chegava a mim. Sentia-me afundando sob algo mais forte do que eu. Primeiro, não conseguia usar os tornozelos, depois não conseguia controlar os joelhos e a seguir a minha cintura começou a se vergar sob o peso do esforço, e então os ombros se viraram para dentro. No final, eu estava compactado e fetal, esvaziado por essa coisa que me esmagava sem me abraçar. Suas gavinhas ameaçavam pulverizar minha mente, minha coragem e meu estômago, quebrar-me os ossos e ressecar meu corpo. Ela continuava a empanturrar-se de mim quando já parecia não ter sobrado mais nada para alimentá-la.⁵⁵

É interessante analisar, há uma luta que se segue relatada nessa metáfora e, simultaneamente, uma identificação entre dois seres que estão sendo sufocados. O ser humano sufocado se identifica com o estado daquela árvore. Contudo, o nobre carvalho estava tomado por uma trepadeira visível; mas a pessoa estava tomada por uma trepadeira invisível que, mesmo sendo invisível, continuava a lhe sugar a “seiva vital” e não permitir que os “raios do sol” tocassem, iluminassem e aquecessem aquela vida que estava sendo sufocada sob a sombra de uma dor invisibilizada. O autor segue o relato de sua luta e de seu profundo dilema.

Eu não era forte o suficiente para parar de respirar. Sabia que jamais poderia matar essa trepadeira da depressão. Assim, tudo que eu almejava era que ela me deixasse morrer. Mas ela se apoderara de minha energia. Eu precisaria me matar, ela não me mataria. Se meu tronco estava apodrecendo, essa coisa que se alimentava dele estava agora forte demais para deixá-lo cair. Ela tornara-se um apoio alternativo para o que destruíra. No canto mais apertado da cama, rachado e atormentado por essa coisa que ninguém parecia ver, eu rezava para um Deus no qual nunca acreditara inteiramente e pedia libertação. Teria ficado feliz com uma morte dolorosa, embora estivesse letárgico demais até para conceber o suicídio. Cada segundo da vida me feria. Porque essa coisa drenava tudo que fluía em mim, eu não podia sequer chorar. Até a minha boca estava ressecada. Eu pensava que, quando nos sentimos pior, lágrimas jorrassem, mas a pior dor possível é a dor árida da violação total que chega depois de todas as lágrimas já terem se esgotado. A dor que veda cada espaço através do qual outrora você entrava em contato com o mundo, ou o mundo com você. Essa é a presença da depressão severa.⁵⁶

⁵⁴ SOLOMON, 2010, p. 22-23.

⁵⁵ SOLOMON, 2010, p. 22-23.

⁵⁶ SOLOMON, 2010, p. 22-23.

Essa metáfora nos dá uma ideia do que é estar diante de uma pessoa acometida por depressão. Obviamente ela não pode ser aplicada a todos os diversos casos de depressões, mas ajuda a compreender e perceber o poder que exerce sobre pessoas que por ela são acometidas, pessoas com a alma ferida, que vivem sob a sombra de seus fantasmas internos ou externos.

A situação e o comportamento de pessoas com depressão são bem particulares, pessoais; entretanto é necessário que se saiba de antemão que a pessoa acometida por depressão, em muitas ocasiões, não consegue fazer quase nada, ou nada, para merecer o amor de outras pessoas ou o seu desejo de que lhe ofereçam alguma forma de cuidado. Enquanto a pessoa estiver sob as “garras da depressão”, vivendo sob a sombra de uma alma ferida e machucada, ela é capaz de receber apenas um amor imerecido, de graça. Isso porque não tem condições de retribuir expectativas projetadas sobre ela naquele momento. Saber disso é um passo interessante e importante para quem lida com pessoas acometidas por depressão.⁵⁷

O que parece ser consenso entre a maioria, é o fato de a depressão não ser meramente um momento específico de tristeza, de desesperança⁵⁸, embora esses sentimentos possam ser alguns dos seus sintomas. Aliás, cabe lembrar que tristeza e desesperança, em devidas proporções, são sentimentos normais entre as pessoas saudáveis.⁵⁹ Depressão é diferente do luto, embora o luto e o sentimento de perda possam fazer parte do diagnóstico ou, até mesmo, serem desencadeadores da mesma.⁶⁰

É necessário atentar ao fato de que a depressão é uma psicopatologia que deve ser levada a sério, é uma ferida profunda da vida psíquica, da alma, em um ser fragilizado, que necessita, em cada caso específico, de tratamentos e terapias específicos e apropriados. Assim, aproximemo-nos inicialmente da compreensão psiquiátrica sobre a depressão e, em seguida, voltemos a nossa atenção a ela sob o olhar da Psicologia.

1.2.1 Compreensão psiquiátrica sobre a depressão

Obviamente não se pretende aqui analisar e averiguar todos os desdobramentos advindos de diferentes linhas psiquiátricas em torno da compreensão sobre a depressão. O que buscaremos aqui é examinar e expor como a Psiquiatria fundamenta e compreende o Transtorno Depressivo como consequência de um desequilíbrio cerebral.

⁵⁷ SOLOMON, 2010, p. 167, 168.

⁵⁸ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 590.

⁵⁹ CHENIAUX, Elie. Psicologia e diagnóstico de depressão. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 39.

⁶⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 351.

Baseada no DSM-IV-TR e na CID-10, a Psiquiatria usa o termo “Transtorno Depressivo Maior” (TDM) para falar do que chamamos de depressão. O DSM-IV-TR enquadra a depressão entre os transtornos de humor, que “estão divididos em Transtornos Depressivos (depressão unipolar); Transtornos Bipolares e dois transtornos baseados na etiologia – Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno de Humor Induzido por Substância.”⁶¹ Nos casos de transtornos depressivos monopolares (Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação), não pode haver registros de Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco. Essas são características de Transtornos Bipolares.⁶² Isso significa que pessoas “afligidas somente por episódios depressivos maiores têm transtorno depressivo maior ou depressão unipolar.”⁶³

Este transtorno está relacionado a alterações nas funções mentais que interferem nas funções afetivas e volitivas, o que faz com que seja enquadrada, até o presente momento, entre os transtornos de humor.⁶⁴ “Todavia, mais recentemente isso tem sido questionado, e as alterações relacionadas à energia vital e à atividade psicomotora têm sido apontadas por alguns autores como sendo, na verdade, as fundamentais.”⁶⁵ Fato é que para a Psiquiatria a depressão é resultado de um desequilíbrio bioquímico que acontece nas sinapses dos neurônios que são responsáveis pelo estado de humor de uma pessoa e isso faz com que essa pessoa se torne uma pessoa patologicamente deprimida.⁶⁶

Entre os neurorreceptores e os neurotransmissores que estão especialmente envolvidos no processo de desequilíbrio cerebral e diretamente ligados aos transtornos de humor e à depressão⁶⁷, destacam-se a serotonina, a norepinefrina⁶⁸, a dopamina e a noradrenalina.⁶⁹

A depressão manifesta-se quando determinados sistemas de transmissão entre as células do cérebro, ou seja, os neurônios, se alteram. Com efeito, para que o sistema nervoso funcione bem, é necessário que a transmissão das mensagens elétricas de um neurônio para o outro ocorra através do ponto de contato entre uma célula e outra, que se designa por sinapse. Quando uma mensagem elétrica enviada por um neurônio chega à sinapse, provoca a liberação de determinadas substâncias químicas, os neurotransmissores, que funcionam como mensageiros, depois de passarem ao neurônio seguinte, onde provocam a saída de um novo sinal elétrico. Conseqüentemente, quando a atividade de alguns neurotransmissores se altera, podem ocorrer “transmissões perturbadas”.⁷⁰

⁶¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 345.

⁶² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 345.

⁶³ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 573.

⁶⁴ CHENIAUX, 2013, p. 39.

⁶⁵ CHENIAUX, 2013, p. 39.

⁶⁶ GOMES, 2010, p. 173.

⁶⁷ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 576-578.

⁶⁸ “A norepinefrina e a serotonina são os dois neurotransmissores mais implicados na fisiopatologia dos transtornos de humor”. KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 574-578.

⁶⁹ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 574-578.

⁷⁰ GOMES, 2010, p. 174.

Entre essas transmissões perturbadas do cérebro, é importante registrar que a Psiquiatria parte da lógica da complexidade e da pessoalidade da estrutura cerebral de cada ser humano. O que significa um complexo processo para se chegar a um diagnóstico seguro relacionado ao desequilíbrio nesse importante órgão humano. Afinal, o cérebro humano funciona como uma teia ou uma rede de interligação e comunicação entre bilhões de neurônios que se desenvolvem de forma única em cada pessoa.

Ele contém de 10 bilhões a 100 bilhões de neurônios. A proporção que você pensa, sente e age, seus neurônios transmitem mensagens através de todo o cérebro. Eles viajam sob a forma de impulsos elétricos a uma incrível velocidade – levando menos de 1/5.000 de segundos para passar de um neurônio para outro. Essa velocidade permite que o cérebro reaja rapidamente, fazendo-o rir de uma piada ou gritar de dor antes de pensar em fazê-lo conscientemente. [...] Cada neurônio consiste em um corpo celular, uma fibra longa e fina chamada axônio e um conjunto de fibras mais curtas que se ramificam, chamadas dendritos. Sempre que uma mensagem passa pelo seu cérebro [...] muitos impulsos nervosos saltam de um neurônio para o seguinte. [...] Cada neurônio possui numerosos dendritos que pegam mensagens e cada um chega a ter mil ramificações na extremidade de seu axônio para passar as mensagens adiante. [...] Antigamente, os cientistas achavam que as ligações entre os neurônios se fixavam no nascimento e nunca eram afetados pela experiência. Hoje em dia, sabem que os eventos na nossa vida – a quantidade de carinho que recebemos quando bebês, por exemplo – exercem um grande impacto sobre a quantidade dessas ligações que é criada. A proporção que você aprende coisas novas e sente novas emoções, sua rede de neurônios constantemente forma novas conexões. Por esse motivo, as conexões entre os neurônios do seu cérebro são só suas.⁷¹

Para a Psiquiatria, nem sempre existe ou se mantém o equilíbrio nessa rede complexa de constante comunicação entre os neurônios cerebrais. Tal desequilíbrio nas sinapses pode ser desencadeado por acontecimentos traumáticos e estressantes da vida do indivíduo e desencadear, por exemplo, um tipo de depressão. No entanto, tais acontecimentos não podem ser responsabilizados pela manutenção da patologia.⁷²

Suspeita-se ainda que, assim como essa teia ou uma rede de interligação e comunicação entre bilhões de neurônios se desenvolve de forma única em cada pessoa, também a depressão, em sua manifestação patológica, não se repete da mesma forma em mais de uma pessoa. Ou seja, cada caso de depressão se configura como um caso específico. Ela resulta de uma contínua interação entre genes, ambiente, padrões internos de pensamento e fatores sociais que se combinam de formas únicas para que o ser seja aquilo que é.⁷³ Isso significa que a estrutura cerebral formada em cada indivíduo, bem como as suas patologias, revelam que cada pessoa, através do contato com o seu lugar existencial, com as suas diversas relações e com as suas experiências de vida estressantes e traumáticas, podem desencadear a sua forma patológica de depressão. Portanto, essa depressão precisa ser analisada dentro do seu ciclo existencial e vivencial.

⁷¹ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Guia essencial de depressão**. São Paulo: Aquariana, 2002. p. 84.

⁷² **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. p. 271.

⁷³ TOLMAN, 2009, p. 11.

A depressão configura-se, assim, como uma patologia biológica e genética, inicialmente desencadeada por fatores externos, mas que a partir de determinado ponto pode se manifestar independentemente dos acontecimentos externos. A partir desse desencadeamento reativo a fatores traumáticos e estressantes em pessoas predispostas e vulneráveis à patologia⁷⁴, o cérebro tem dificuldades de processar corretamente as informações pós-sinápticas.

As dificuldades da vida entrelaçadas com as informações pós-sinápticas “perturbadas” distorcem a maneira como as pessoas veem a sua realidade e faz com que a pessoa perceba tudo em sua volta de forma descolorida, rebaixada, triste e melancólica. Inclusive pode lhe ocorrer frequentes pensamentos sobre morte ou mesmo ideação ou tentativas de suicídio.⁷⁵ Essa pessoa, independente dos fatos reais e dos esforços externos, só verá o lado sombrio da vida.⁷⁶ Esse desequilíbrio interferirá também no sistema de cognição, pois as capacidades de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões sofrem grandes prejuízos.⁷⁷

Essa atividade cerebral “desregulada” afetará os eventos cotidianos da vida, assegurando que a pessoa veja apenas o lado ruim de cada situação e isso desencadeará uma reação de estresse no corpo, na expressividade, afetando o cérebro e levando ao desenvolvimento da depressão.⁷⁸ “Os indivíduos deprimidos têm percepções negativamente distorcidas de tudo o que está ao seu redor.”⁷⁹

Estudos realizados na área da Psiquiatria indicam que em casos de alterações nas estruturas dos neurônios, em que as quantidades de neurotransmissores e neuroreceptores estão em desordem e descompasso de comunicação entre si (diminuição da capacidade dos receptores ou excesso de envio dos transmissores para que aconteça a sinapse), ocorre uma mudança orgânica na constituição cerebral da pessoa e, nestes casos, a medicação farmacológica apropriada e o tratamento psicológico⁸⁰ oferecem correções bioquímicas para repor e suprir o possível descompasso entre receptores e transmissores e corrigir possíveis mudanças constitucionais.⁸¹

A utilização da farmacoterapia específica quase dobra a chance de que um paciente deprimido se recupere em um mês. A despeito disso, há ainda problemas no tratamento do transtorno depressivo maior. Alguns pacientes não respondem ao

⁷⁴ **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. p. 271.

⁷⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 350.

⁷⁶ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002, p. 115.

⁷⁷ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 350.

⁷⁸ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002, p. 112-113.

⁷⁹ STONE, 2010, p. 28.

⁸⁰ GOMES, 2010, p. 174.

⁸¹ WHITE, John. **As máscaras da melancolia**: Um psiquiatra cristão aborda a problemática da depressão e do suicídio. São Paulo: editora ABU, 1987. p. 109-110.

primeiro tratamento. [...] A principal indicação para os antidepressivos é um episódio depressivo maior.⁸²

Podemos então registrar que os fatos psicossociais mudam os elementos biológicos em pessoas vulneráveis, através de estímulos ocorridos em eventos externos; e que a partir de determinado momento o estado depressivo pode se manifestar independentemente dos acontecimentos externos como parte constitucional do ser.⁸³

Há uma antiga e duradoura observação clínica de que acontecimentos estressantes da vida mais frequente precedem o primeiro episódio de transtorno de humor, em vez dos subsequentes. [...]. Uma teoria proposta para explicar tal observação é que estresse acompanhando o primeiro episódio leva a modificações duradouras na biologia do cérebro. Essas modificações podem alterar os estados funcionais de vários neurotransmissores e os sistemas intraneurais de sinalização, modificações que podem até incluir a perda de neurônios e a redução excessiva de contatos sinápticos. Como resultado, o indivíduo fica com um alto risco de desenvolver episódios de um transtorno de humor mesmo sem um estressor externo.⁸⁴

Aqui percebemos uma diferença entre as nomenclaturas e classificações. Hora se fala em Transtorno Depressivo Maior, hora em Episódios depressivos. A diferença é a seguinte, nos manuais de Psiquiatria o Transtorno Depressivo Maior (TDM) - depressão - manifesta-se através de episódio (único) ou episódios (recorrente) depressivo(s). Vejamos, então, como a Psiquiatria categoriza e analisa o(s) episódio(s) depressivo(s).

1.2.1.1 Episódios depressivos

Tanto o DSM-IV-TR⁸⁵, quanto a CID-10⁸⁶, bem como o Compêndio de Psiquiatria⁸⁷ apontam para o fato de que as depressões se manifestam através de episódio(s) depressivo(s), que podem ser únicos ou recorrentes. Se ele se repete, a CID-10 o classifica como Transtorno Depressivo Recorrente. “O DSM-IV-TR requer que episódios distintos sejam separados por, pelo menos dois meses, durante os quais o paciente não tem sintomas significativos de depressão.”⁸⁸

Um episódio depressivo não-tratado dura de 6 a 13 meses; a maioria dos episódios tratados dura cerca de três meses. A retirada dos antidepressivos antes desse período quase sempre leva ao retorno dos sintomas. À medida que o curso do transtorno progride, os pacientes tendem a ter episódios cada vez mais frequentes, que duram cada vez mais. Em um período de 20 anos, o número médio de episódios é de cinco ou seis.⁸⁹

Os episódios depressivos podem ser desencadeados por alguma vivência traumática, mas isso não é regra, pois podem aparecer e reaparecer sem nenhuma causa aparente e em

⁸² KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 604.

⁸³ SOLOMON, 2010, p. 94.

⁸⁴ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 579.

⁸⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 348-355.

⁸⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 117-125.

⁸⁷ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 590-591.

⁸⁸ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 581.

⁸⁹ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 596.

qualquer idade, da infância à senilidade, e durar semanas ou meses.⁹⁰ Se os episódios depressivos variam entre rebaixamento de humor, melancolia e euforia podem ser que se trate de transtorno bipolar.⁹¹ Sentimentos apenas de caráter melancólico (tristeza, apatia, melancolia, angústia, culpa, etc.) e sem histórico de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos caracterizam a depressão unipolar.⁹²

Episódios depressivos são momentos de crise que tem a duração de, no mínimo, duas semanas consecutivas em que a pessoa tem um humor deprimido ou perde o interesse em ou o prazer em quase todas as atividades, inclusive daquelas que antes lhe proporcionava algum prazer.⁹³ “O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.”⁹⁴ Nas pessoas com episódios depressivos mais leves o funcionamento e as relações podem parecer normal, mas tudo vai exigir um esforço acentuadamente grande para as mesmas.

De acordo com a CID-10, no episódio depressivo leve os sintomas mais típicos são: o humor deprimido, a perda de interesse, de prazer, o cansaço mesmo em atividades simples. Junto a esses sintomas devem se fazer presente ao menos mais dois daqueles citados anteriormente⁹⁵, porém nenhum deles deve se manifestar de forma intensa. Este episódio deve ainda durar no mínimo duas semanas consecutivas.⁹⁶ Neste caso, a pessoa, mesmo angustiada, será capaz de desempenhar a maior parte de suas atividades cotidianas profissionais e sociais, porém com um grau acentuadamente aumentado de esforço.⁹⁷

No episódio depressivo moderado, geralmente estão presentes dois ou três dos sintomas típicos descritos nos casos de episódio depressivo leve. E ainda juntos a esses sintomas típicos mais três ou quatro dos outros sintomas descritos, porém agora de forma mais acentuada ou marcante por, no mínimo, duas semanas.⁹⁸ Quando se trata de um episódio

⁹⁰ **Depressão: tipos.** Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=54>>. Acesso em 12 de Nov. 2013.

⁹¹ “Este transtorno é caracterizado por episódios repetidos (isto é, pelo menos dois) nos quais o humor e os níveis de atividade do paciente estão significativamente perturbados; esta alteração consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (mania ou hipomania) e em outras de um rebaixamento do humor e diminuição de energia e atividade (depressão). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011, p. 115.

⁹² “Diz-se que pacientes afligidos somente por episódios depressivos maiores têm o transtorno depressivo maior ou depressão unipolar.” KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 572.

⁹³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011, p. 118.

⁹⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 349.

⁹⁵ Humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços apenas leves é comum. Outros sintomas são: a) concentração e atenção reduzidas; b) autoestima e autoconfiança reduzidas; c) ideias de culpa e de inutilidade (mesmo em um tipo leve de episódio); d) visões desoladas e pessimistas do futuro; e) ideias ou atos autolesivos ou suicídio; f) sono perturbado; g) apetite diminuído.

⁹⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011, p. 119.

⁹⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011, p. 119.

⁹⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011, p. 120.

depressivo moderado, deve-se levar em conta que a pessoa terá consideráveis dificuldades em desempenhar suas atividades sociais, profissionais e/ou domésticas.

Já no caso de episódio depressivo grave, “a pessoa normalmente apresenta angústia ou agitação considerável, a menos que retardo seja um aspecto marcante”.⁹⁹ Além disso, outros sintomas podem ser percebidos, como: a perda da autoestima e ideias de abandono e culpa. As ideias sobre suicídios são bem comuns nos casos de episódios depressivos graves.

No episódio depressivo grave, os três sintomas típicos citados nos casos leves e moderados devem estar presentes. Além desses típicos, devem ainda se juntar a eles pelo menos quatro sintomas dos outros descritos, dos quais alguns devem se apresentar de forma acentuadamente grave. Esse episódio também deve durar pelo menos duas semanas, mas se os sintomas são extremamente graves, perceptíveis e de rápido início, justifica-se fazer um diagnóstico com menos de duas semanas.¹⁰⁰

De acordo com essa classificação da CID-10, no caso específico de um episódio depressivo grave, é muito improvável que a pessoa possa continuar com suas atividades sociais, profissionais e/ou domésticas. O DSM-IV-TR também trabalha com especificadores para descrever a condição clínica e as características do episódio depressivo através dos níveis: leve, moderado e grave. Cada um com suas particularidades e subdivisões.¹⁰¹

O transtorno é considerado leve, moderado ou grave, com base no número de sintomas dos critérios, sua gravidade e grau de sofrimento e incapacitação funcional. Os episódios *leves* caracterizam-se pela presença de apenas cinco ou seis sintomas depressivos e incapacitação leve ou capacidade de funcionar normalmente, porém com esforço substancial e incomum. Os episódios *Graves Sem Características Psicóticas* caracterizam-se pela presença da maioria dos sintomas dos critérios e de uma incapacitação claramente observável (p. ex., incapacidade de trabalhar ou cuidar dos filhos). Os Episódios *Moderados* têm uma gravidade intermediária entre o leve e grave.¹⁰²

Como se pode perceber, há algumas diferenças entre a CID-10 e o DSM-IV-TR em relação aos critérios usados para avaliar e categorizar o episódio depressivo, o que contribui para a também complexidade do diagnóstico. No caso da depressão, obter um resultado e um diagnóstico consistente é mesmo complexo, “a causa e a resposta ao tratamento também se encontram mais relacionadas ao indivíduo do que à condição clínica em si”.¹⁰³ Por isso, a observação é sempre importante e pode revelar sinais depressivos. Se a pessoa, por exemplo, se sente mal sem motivo algum durante a maior parte do tempo, é possível que esteja, de alguma forma, deprimida. Caso se sinta mal a maior parte do tempo com motivo, deve

⁹⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011, p. 120.

¹⁰⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011, p. 121.

¹⁰¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 366.

¹⁰² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 402.

¹⁰³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 402.

também ficar atenta ao fato e, o quanto antes, buscar ajuda.¹⁰⁴ “No que diz respeito aos órgãos, o cérebro é muito importante, e seu funcionamento deve ser tratado adequadamente.”¹⁰⁵ Sobre isso, Kaplan e Sadock alertam,

[...] cerca de 50% dos pacientes experimentando o primeiro episódio de transtorno depressivo maior exibiram sintomas depressivos significativos antes do primeiro episódio identificado. Essa observação implica que a identificação precoce e tratamento dos sintomas iniciais podem prevenir o desenvolvimento do episódio pleno. [...] O primeiro episódio depressivo ocorre antes dos 40 anos em cerca de 50% dos casos. Início mais tardio se associa a ausência de história familiar de transtornos de humor, transtorno de personalidade anti-social [*sic*] ou abuso do álcool.¹⁰⁶

Um dado importante registrado a ser considerado é o fato de que na medida em que se experimentam cada vez mais episódios depressivos, o tempo entre eles diminui e a sua gravidade tende a aumentar.¹⁰⁷ Ou seja, quando mais episódios a pessoa tem, mais vulnerável estará a outros episódios e esse é o grande drama dos casos de recorrência dos episódios depressivos.

Dentro desse bloco da depressão unipolar descrito pela compreensão psiquiátrica, analisaremos o Transtorno Distímico, pois a distímia é ainda pouco conhecido e mesmo pouco diagnosticado.

1.2.1.2 *Distímia*

De acordo com o DSM-IV, a distímia se enquadra como forma de manifestação do transtorno depressivo unipolar e, de acordo com literaturas mais recentes, muitos autores não encontram distinções clínicas entre Distímia e Depressão Maior. Na realidade se distingue pela gravidade, cronicidade, persistência¹⁰⁸ e não pela sintomatologia.¹⁰⁹ Estudos mostram que “mais de 95% dos pacientes com distímia terão pelo menos um episódio depressivo ao longo de suas vidas”.¹¹⁰ Em muitos casos o transtorno distímico coexiste com o Transtorno Depressivo Maior (TDM). Há muita proximidade e mesmo semelhanças entre a Distímia e o TDM.¹¹¹

O transtorno distímico/distímia é uma forma de depressão caracterizada por humor deprimido na maior parte do tempo e por sintomas crônicos e menos graves que persistem por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças e, nestes casos, qualquer intervalo dos sintomas depressivos não duram mais que dois meses.¹¹²

¹⁰⁴ SOLOMON, 2010, p. 24-25.

¹⁰⁵ SOLOMON, 2010, p. 26.

¹⁰⁶ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 596.

¹⁰⁷ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 597.

¹⁰⁸ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 370.

¹⁰⁹ MORENO, Doris Hupfeld; MORENO, Ricardo Alberto. Diagnóstico e quadro clínico. In.: MORENO, Ricardo Alberto; CORDAS, Táki Athanássios; NARDI, Antonio Egídio (Orgs.). **Distímia: do mau humor ao mal humor: diagnóstico e tratamento.** Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 55.

¹¹⁰ MORENO; MORENO, 2010, p. 51.

¹¹¹ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 611.

¹¹² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 345, 370, 373.

A distímia é um tipo de depressão que implica em prejuízos graves à própria pessoa, a seus familiares e à sociedade. Ela costuma se instalar vagarosa e paulatinamente na vida humana. Discreta e brandamente vai tomando o seu espaço ao ponto da pessoa nem perceber que há de errado consigo. A pessoa com distímia pensa que aquele é o seu jeito natural de ser, que nasceu assim, que a vida é mesmo triste e infeliz a maior parte do tempo, e que não há o que possa ser feito para mudá-la porque tudo é um fracasso. A queixa, a crítica e a autocrítica são companheiras constantes e por isso a preocupação e o sentimento de culpa dominam os pensamentos.¹¹³ A pessoa é capaz de trabalhar e participar de eventos sociais. Em muitas ocasiões, é até capaz de sorrir, mas não é mais a mesma pessoa e, mesmo sem perceber, coisas que costumavam lhe dar alegria e prazer já não lhe dão satisfação alguma. A pessoa se tornou uma pessoa cansada, irascível, negativa e ainda acha que esse é o seu jeito natural de ser.¹¹⁴

A pessoa com a distímia sofre com os seguintes sintomas:

[...] apetite diminuído ou hiperfagia, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa auto-estima [*sic*], fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões e sentimento de desesperança. Os indivíduos podem notar a presença proeminente de baixo interesse e de autocrítica, frequentemente vendo a si mesmos como desinteressantes ou incapazes. Como esses sintomas tornaram-se parte uma parte tão presente na experiência cotidiana do indivíduo, (p. ex., “Sempre fui deste jeito”, “É assim que eu sou”), eles em geral não são relatados, a menos que diretamente investigados pelo entrevistador.¹¹⁵

De acordo com a CID-10¹¹⁶, a distímia não preenche os critérios de gravidade sintomatológicos para ser classificada como um transtorno depressivo recorrente, mas se não for tratada pode se desenvolver e se manifestar futuramente como depressão maior em algum momento da vida do indivíduo, pois ela indica haver uma predisposição biológica para tal.¹¹⁷

As pessoas que sofrem com distímia relatam períodos de dias ou semanas em que estão bem, mas na maior parte do tempo o sentimento mais comum é cansaço, tristeza e depressão. Para as pessoas distímicas, as tarefas, as atividades e interações sociais exigirão um grande esforço e nada será prazerosamente desfrutável. “Eles se preocupam e se queixam, dormem mal e sentem-se inadequados, mas usualmente são capazes de lidar com as exigências do dia a dia”.¹¹⁸

Sofrer de distímia é como sofrer de uma infecção bacteriana crônica: você pode continuar funcionando, mas se sente péssimo – e há um risco significativo de a situação piorar, e até se tornar fatal, se você não tomar uma atitude. Muitos casos de distímia evoluem para uma depressão grave, e até 17 por cento das depressões não tratadas terminam em suicídio.¹¹⁹

¹¹³ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002, p. 55-56.

¹¹⁴ THASE, Michael E.; LANG, Susan S. **Sair da depressão: novos métodos para superar a distímia e a depressão branda crônica**. Rio de Janeiro: Imago, 2005. p. 19.

¹¹⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 373.

¹¹⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011, p. 127-128.

¹¹⁷ TOLMAN, 2009, p. 25.

¹¹⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011, p. 127.

¹¹⁹ THASE; LANG, 2005, p. 24.

O compêndio de Psiquiatria relata que o termo distímia é recente e foi introduzido no ano 1980. Originalmente a palavra distímia significa mal-humorado. Os sentimentos mais típicos e comuns entre pessoas com distímia, são: “sentimentos de inadequação, culpa, irritabilidade e raiva; reclusão da sociedade; perda de interesse; inatividade e falta de produtividade”.¹²⁰ Kaplan e Sadock alertam ainda para o seguinte fato: “O transtorno distímico muitas vezes coexiste com outros transtornos mentais, particularmente transtorno depressivo maior; nas pessoas com transtorno depressivo maior, há menos probabilidade de remissão completa entre os episódios”.¹²¹

No caso da distímia é importante que se observe o histórico familiar, pois é comum que neste histórico apareçam parentes de primeiro grau com Transtorno Depressivo Maior. Muitas vezes, esse histórico familiar é também repleto de casos em de Transtorno Depressivo Unipolar ou Bipolar. Esse é um fator importante e “um dos achados mais consistentes a apoiar seu elo com os transtornos primários de humor”.¹²² Segundo Kaplan e Sadock, “a maioria dos casos é de início precoce, começando na infância ou na adolescência e certamente na época em que os pacientes atingem os 20 anos de idade”.¹²³

Os sintomas da distímia podem se apresentar em crianças, em jovens, em pessoas adultas ou idosas, mas ela é bem menos prevalente e caracterizada em populações de meia-idade e geriátricas. Em termos de gênero, ela é mais comum entre mulheres com idade inferior a sessenta e quatro anos de idade, que entre homens em qualquer idade. No entanto, a distímia é muito frequente e diagnosticada entre pessoas jovens, solteiras e com baixa renda.¹²⁴

Quando os sintomas são diagnosticados antes dos vinte e um anos de idade, são considerados de início precoce. E estas pessoas são mais propensas a desenvolverem episódios depressivos maiores subsequentes.¹²⁵

Em crianças, parece ocorrer igualmente em ambos os sexos e com frequência compromete o desempenho escolar e a interação social. As crianças e os adolescentes afetados geralmente se mostram irritáveis e ranzinzas, bem como deprimidos, e podem ter baixa autoestima e fracas habilidades sociais, sendo também pessimistas.¹²⁶

Quando os sintomas são diagnosticados depois dos vinte um anos de idade, são considerados de início tardio.

¹²⁰ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 611.

¹²¹ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 611.

¹²² KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 611.

¹²³ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 611.

¹²⁴ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 611.

¹²⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 373.

¹²⁶ LIMA, Bruno; MORENO, Ricardo Alberto. Distímia. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 116.

Na idade adulta, as mulheres estão 2 a 3 vezes mais propensas a desenvolver a distímia do que os homens. Ela é mais comum em pessoas solteiras e, quando acomete indivíduos casados, esses tendem a apresentar relacionamentos insatisfatórios.¹²⁷

Há ainda a possibilidade de categorizá-la como sendo de características atípicas.¹²⁸

Com características atípicas deve-se observar se o padrão sintomático dos dois últimos dois anos seguem tais critérios:

Reatividade do humor (o humor melhora em resposta a eventos positivos reais ou potenciais). Duas (ou mais) das seguintes características: ganho de peso ou aumento do apetite significativos; hipersonia; sensação de peso nos membros (paralisia “de chumbo” nos braços ou nas pernas); padrão persistente de sensibilidade à rejeição interpessoal (não limitado aos episódios de perturbação do humor), que resulta em prejuízo social ou ocupacional significativo. Não são satisfeitos os critérios para com características melancólicas ou com características catatônicas durante o mesmo episódio.¹²⁹

O diagnóstico da distímia é difícil devido a algumas questões básicas. Um dos motivos é o fato da sua recente identificação clínica, pois muitos clínicos gerais e até mesmo psiquiatras ainda não estão familiarizados com o seu diagnóstico e tratamento.¹³⁰ Outro motivo que já foi descrito anteriormente é o fato de que as pessoas com distímia acham que “são assim mesmo”, que “estão em seu estado normal” e, por isso, não procuram ajuda profissional. A distímia vai se instalando de forma tão discreta e branda que a pessoa pode nem perceber mais que há de errado consigo.

Você passa a enxergar a vida com uma tonalidade acinzentada, mas, como vai vivendo, pensa que aquele é o seu jeito, que a vida é assim mesmo e que não há nada que possa fazer a respeito; ainda participa de coisas e até sorri de vez em quando, mas talvez não perceba que o que costumava lhe trazer alegria já não lhe dá mais um grande prazer. Você virou uma pessoa cansada, irascível, negativa.¹³¹

Esse tipo de pessoas suportam seus sintomas por longos períodos e geralmente quando buscam ajuda médica, a buscam entre clínicos gerais com queixas de dores, mal-estar, fadiga, etc., sem saber defini-las bem.¹³²

Poucos distímicos procuram tratamento com queixas claras e evidentes de alteração de humor. Talvez isso ocorra porque não acreditam que alguns de seus sentimentos sejam fruto de uma condição médica, isto é, uma doença. Consequentemente também não acham que os “sintomas” sejam passíveis de um tratamento psiquiátrico, procurando, na maioria das vezes, clínicos gerais ou médicos de diferentes especialidades, com queixas de cansaço, pouca energia, alterações de sono e dores difusas e variadas, como, por exemplo, dor de cabeça persistente ou recorrente, dores nas costas, cólicas abdominais, entre outras.¹³³

¹²⁷ LIMA; MORENO, 2013, p. 116.

¹²⁸ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 373.

¹²⁹ LIMA; MORENO, 2013, p. 118.

¹³⁰ MOCHCOVITCH, Marina D.; NARDI, Antonio Egidio. Tratamento farmacológico da distímia. In.: MORENO, Ricardo Alberto; CORDAS, Táki Athanássios; NARDI, Antonio Egidio (Orgs.). **Distímia: do mau humor ao mal humor: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 87.

¹³¹ THASE; LANG, 2005, p. 19.

¹³² LIMA; MORENO, 2013, p. 116-117.

¹³³ MOCHCOVITCH; NARDI, 2010, p. 87.

Essa realidade difusa não é exclusiva apenas da distímia, mas dos transtornos de humor como um todo. Estima-se que de 40 a 60% das pessoas com depressão que buscam ajuda em serviços de saúde de atenção primária devido a sintomas físicos, junto a clínicos gerais, não são diagnosticados corretamente e não encontram a causa primária de suas dores e dilemas.¹³⁴

Nesse sentido é interessante observar o que também relata Ballone, psiquiatra e professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da PUC - Campinas, sobre pessoas com distímia.

A despeito da imensa população de distímicos, esses pacientes não procuram ou relutam muito em procurar tratamento específico para a questão emocional, apesar de se manterem sempre muito queixosos e insatisfeitos com a vida. Trata-se de uma alteração afetiva bastante incômoda, não só do ponto de vista emocional, fazendo sofrer o paciente e, comumente, quem com ele convive, como também do ponto de vista orgânico, se manifestando por inúmeros sintomas físicos, os quais acabam fazendo com que os pacientes procurem os médicos com queixas vagas e mal definidas, tais como mal-estar, letargia e fadiga.¹³⁵

A distímia representa um dos quadros clínicos comumente encontrados na prática médica geral. Pessoas distímicas necessariamente procurarão com mais frequência os serviços de saúde que lhes estiverem disponíveis e também usarão mais medicamentos em busca de possíveis soluções, mesmo sem terem um diagnóstico correto.¹³⁶

Ao que tudo indica a distímia é ainda pouco conhecida; entretanto é seriamente debilitante e normalmente associada a comorbidades psiquiátricas e clínicas. Ela causa grandes prejuízos nos relacionamentos pessoais, interpessoais e com o meio em que se vive. As sequelas causadas pela distímia são essencialmente sequelas sociais. Alguns autores alertam explicitamente para o fato de a distímia comprometer gravemente os relacionamentos em nível amoroso e, neste caso, implicaria em um dos motivos para um maior número de separações¹³⁷ e divórcios.¹³⁸

Outro grande prejuízo está relacionado a maiores taxas de tentativas de suicídio, de hospitalizações entre os distímicos. Apesar de a distímia ser menos intensa que o Transtorno Depressivo Maior (TDM), o seu curso longo, o acúmulo de vários sintomas, as comorbidades e o isolamento fazem com que o risco do suicídio aumente nessa população.¹³⁹

¹³⁴ RAZZOUK, Denise; ALVAREZ, Cristiano Estevez; MARI, Jair de Jesus. O impacto econômico e o custo social da depressão. In.: LACERDA, Acioly Luiz Tavares de (Org.). **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 29.

¹³⁵ **Distímia**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=343>>. Acesso em 12 de Nov. 2013.

¹³⁶ LIMA; MORENO, 2013, p. 116.

¹³⁷ COSTA, Luis Felipe de Oliveira; ROSO, Mireia C. Desfechos físicos, psicológicos e sociais. In.: MORENO, Ricardo Alberto; CORDAS, Táki Athanássios; NARDI, Antonio Egidio (Orgs.). **Distímia: do mau humor ao mal humor, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 60.

¹³⁸ THASE; LANG, 2005, p. 22.

¹³⁹ COSTA; ROSO, 2010, p. 61.

Vale ressaltar a importância de estar atento a um possível diagnóstico que seja precoce e que possibilite tratamentos terapêuticos o quanto antes. Essa atitude ajuda a tratar e evitar possíveis sequelas pessoais, psíquicas, sociais e relacionais. O diagnóstico e as intervenções coerentes e precoces também ajudam a evitar que a distímia possa “evoluir” ou coexistir com outras enfermidades físicas ou psíquicas ou vir a se desenvolver, por exemplo, como uma Depressão Maior, já que estatísticas mostram que 95% das pessoas com distímia poderão ter pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida.

O seu risco de mergulhar numa depressão grave dentro de um ano é de 10 por cento – e 75 por cento em cinco anos. É possível que a depressão grave se torne algo muito sério – que, se não for tratada, pode inclusive constituir risco de morte: mais da metade dos deprimidos sem tratamento tenta suicídio.¹⁴⁰

O acompanhamento, a observação e o diagnóstico precoce sobre a distímia possibilitam uma excelente oportunidade de intervenção preventiva em relação a possíveis episódios depressivos, outros transtornos de humor e até mesmo sobre o suicídio.¹⁴¹

Sobre a distímia podemos resumidamente dizer que: a) temos um lado pessoas com humor deprimido, irritadas, com baixa autoestima, negativistas, desesperançadas, mal-humoradas, socialmente isoladas. Pessoas fragilizadas e vulneráveis na maior parte do tempo, por pelo menos dois anos. Durante esse tempo de no mínimo dois anos, pensam que são assim mesmo, que esse é o seu estado normal de funcionamento e, por isso, não buscam ajuda profissional¹⁴²; b) de outro lado, clínicos gerais e mesmo profissionais da área da saúde mental que ainda não sabem exatamente como diagnosticar ou tratar a Distímia, o que faz com que ela seja ainda um grande desafio a ser estudado.¹⁴³

1.2.1.3 Análise da compreensão psiquiátrica sobre a depressão

O que se observa na compreensão psiquiátrica atual é o fato de ela trabalhar sobre o Transtorno Depressivo Maior - depressão - quase que exclusivamente como resultado de um desequilíbrio nas sinapses cerebral. É um órgão do corpo humano que está em mau funcionamento. Essa compreensão, apesar de trazer contribuições, peca por ignorar questões relacionadas à vida psíquica ser. A proposta psiquiátrica contemporânea baseia-se basicamente na correção, através intervenções medicamentosas, do funcionamento de um dos órgãos do corpo humano, o cérebro. Com esse reducionismo, acaba passando de largo das “dores da alma” em um ser que pode estar psiquicamente fragilizado.

¹⁴⁰ THASE; LANG, 2005, p. 22.

¹⁴¹ MORENO; MORENO, 2010, p. 51, 55.

¹⁴² TOLMAN, 2009, p. 25.

¹⁴³ MOCHCOVITCH; NARDI, 2010, p. 87-88.

Os materiais referenciais que apresentam a nosografia e classificações psiquiátricas – DSM-IV-TR e a CID-10 – mostram-se muito complexos. Em termos de definições, estão muito próximos um do outro, entretanto não existe equidade entre ambos, o que se torna alvo de críticas em relação à fundamentação de um diagnóstico que parta apenas do uso desses materiais, sem antes analisar o caso específico e particular de cada pessoa. Entre essas críticas podemos citar a de Solomon:

Ineptamente define a depressão como presença de cinco ou mais de uma lista de nove sintomas. O problema dessa definição é que ela é inteiramente arbitrária. Não há nenhuma razão especial para qualificar cinco sintomas como constituindo depressão; quatro sintomas são mais ou menos depressão e cinco sintomas são menos severos do que seis. Até mesmo um só sintoma é desagradável. Ter versões ligeiras de todos os sintomas pode ser menos problemático do que ter versões severas de dois sintomas. Após passar pelo diagnóstico, a maioria das pessoas busca a causa da doença, mesmo que o fato de você saber por que está doente não tenha nenhuma relação imediata com o tratamento.¹⁴⁴

A crítica parece apontar para a complexidade da psicopatologia e, ao mesmo tempo, para a dificuldade e para a complexidade de um possível diagnóstico correto que se baseie única e exclusivamente nos números citados nesses materiais, pois o ser humano é mais que números e categorizações. Entretanto é necessário destacar que esses materiais são alguns dos meios que se firmaram e se consolidaram no meio psiquiátrico para categorizar a depressão.

A CID-10 e o DSMIV introduziram classificações puramente descritivas, não-etiológicas, com categorias definidas operacionalmente, baseadas em critérios diagnósticos com confiabilidade comprovada em estudos internacionais. A uniformização da comunicação, tanto em pesquisa quanto na psiquiatria clínica, propiciada por essas classificações, certamente representou um marco na história da psiquiatria como um todo e no tratamento das morbidades psiquiátricas em particular.¹⁴⁵

Deduz-se disso que o resultado e o diagnóstico da depressão não podem ser obtido usando como base única e exclusivamente materiais e referenciais bibliográficos, por melhores que venham a ser. Tanto assim que, Bello, ao tratar sobre as dimensões da singularidade e universalidade humana, baseada numa reflexão fenomenológica fundamentada especialmente em Edmund Husserl e Edith Stein, faz o seguinte questionamento: “será que o DSM pode capturar e definir a singularidade e a subjetividade do ser humano através de seus códigos e classificações?”¹⁴⁶

De qualquer forma, tanto para a Psicologia quanto para a Teologia, é importante buscar compreender a interpretação psiquiátrica sobre a depressão, pois ela também traz contribuições à saúde do ser humano em sua integralidade. Entretanto, deixando para a

¹⁴⁴ SOLOMON, 2010, p. 25.

¹⁴⁵ BRANCO, Bianca de Moraes et al. Depressão: considerações diagnósticas e epidemiológicas. In.: LACERDA, Acioly Luiz Tavares de (Org.). **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 14.

¹⁴⁶ BELLO, Angela Ales. **A pessoa humana entre fenomenologia e psicopatologia**. São Paulo, UNIFESP, 22 set. 2014. Palestra ministrada no I Congresso Internacional "Pessoa e Comunidade: fenomenologia, psicologia e teologia".

Psiquiatria aquilo que lhe cabe no processo terapêutico de cuidado integral do ser humano fragilizado, temos que seguir por outros caminhos do que aquele por ela escolhido nessa busca pelo saber cuidar. É necessário ir um pouco mais adiante da concepção de depressão como resultado de um órgão do corpo adoecido, obviamente sem ignorar ou desqualificar as contribuições trazidas pela saber psiquiátrico. Entretanto, a possível contribuição terapêutica da Psiquiatria à problemática vai necessariamente culminar na medicação, na possível “correção” de um órgão em mau funcionamento que se dá através de psicofármacos¹⁴⁷, sem tocar as dores da alma e em questões relacionadas à vida psíquica. Destaca-se que, em relação ao tratamento medicamentoso, a escolha inicial sobre qual medicação usar, normalmente, baseia-se nos efeitos colaterais. Ao que tudo indica, existem poucas bases científicas para a escolha específica de um tipo de antidepressivo para uma pessoa específica, o que levanta algumas suspeitas sobre seu uso correto.¹⁴⁸

Mesmo reconhecendo a importância das descobertas científicas sobre a teoria da influência dos neurotransmissores e dos neurorreceptores nos estados de depressão, Solomon adverte:

É reconfortante pensar que conhecemos a relação entre os neurotransmissores e o estado de ânimo, mas não a conhecemos. O mecanismo parece ser indireto. Pessoas com muitos transmissores esbarrando-se dentro do cérebro não são mais felizes do que as pessoas que possuem poucos neurotransmissores. [...] Colocar serotonina extra no cérebro não provoca absolutamente um bem imediato.¹⁴⁹

A ação dos antidepressivos nos casos de hipofuncionamento dos neurotransmissores parece ser rápida e não levar muito tempo para que haja novamente o reequilíbrio cerebral entre neurotransmissores e neurorreceptores. Entretanto a melhora percebida como experiência vivencial da pessoa pode demorar semanas ou meses. Ou seja, a rápida eficácia dos medicamentos para regular os níveis de serotonina, dopamina e da noradrenalina não se reflete de forma sincronizada na experiência vivencial ser. Mesmo que os níveis de neurotransmissores e neurorreceptores estejam regulados, os sintomas ainda podem permanecer.¹⁵⁰

A idéia [*sic*] de que outros mecanismos podem estar envolvidos na origem da *Depressão* começou a ser melhor pensada depois de se constatar que os níveis dos neurotransmissores aumentam 3 horas depois de tomados os antidepressivos, mas a melhora da depressão só acontece de 2 a 3 semanas depois. Porque essa discrepância entre aumento de neurotransmissores e melhora da depressão? Isso não se sabe ao certo.¹⁵¹

Para alguns pesquisadores, reduzir a relação entre depressões e a falta de serotonina não passa de um mito criado pela indústria farmacêutica.¹⁵² Neste caso, os efeitos dos

¹⁴⁷ **Dicionário de psicologia Dorsch.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p. 235.

¹⁴⁸ SOLOMON, 2010, p. 173.

¹⁴⁹ SOLOMON, 2010, p. 168, 169.

¹⁵⁰ SOLOMON, 2010, p. 170, 171.

¹⁵¹ **Depressão: fisiopatologia.** Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=57>>. Acesso em 18 de Nov. 2013.

¹⁵² KEHL, 2009, p. 55.

medicamentos seriam indiretos e os mecanismos do cérebro seriam, no fundo, desconhecidos em sua complexidade? Segundo Frazer, “há a ação imediata da medicação, que leva a uma caixa preta da qual não conhecemos nada, que leva a uma cura.”¹⁵³ E segue, “você obtém o mesmo tipo de resultado aumentando a serotonina ou aumentando a norepinefrina. Elas levam a duas caixas pretas? Levam à mesma caixa preta? Uma coisa leva a outra que leva a uma caixa preta?”¹⁵⁴ Ao que tudo indica, a pergunta permanece aberta e que “só Deus sabe o que está realmente acontecendo no cérebro.”¹⁵⁵

Fédida, atento à integridade da psíquica vida, alerta que um psiquiatra deveria conhecer de forma profunda as drogas antidepressivas e as suas modalidades de ação antes de prescrevê-las a alguém, pois, se forem utilizadas num período não conveniente, podem favorecer “a superação de uma inibição à ação, mas essa ação (talvez de natureza alucinatória) realizada com facilidade, não deixa de ter efeitos sobre a vida psíquica protegida pela depressividade.”¹⁵⁶ E segue,

Não seria de modo algum aberrante pensar que a depressão tem uma função de regulação do cérebro que não deixa, constantemente, de se construir. O tratamento por antidepressivo tem, ainda hoje, muito a aprender sobre os tempos próprios a esta doença do tempo que é a depressão.¹⁵⁷

Em nossa ânsia e impaciência de extirpar a depressão a qualquer custo através do tratamento medicamentoso¹⁵⁸, na obrigação imposta de sermos felizes¹⁵⁹, acabamos por sugerir que ela sucede independente da realidade externa e psíquica, mas isso não é verdade.¹⁶⁰

Os meios farmacoterápicos dos quais dispomos atualmente possibilitam o desaparecimento de muitos sintomas da depressão, o que contribui quando tais sintomas impedem e prejudicam, por exemplo, um trabalho analítico. Entretanto, o profissional da área que receita tais medicamentos deveria ser “dotado de observação clínica suficientemente refinada para apreciar não somente a escolha do medicamento, mas também a dinâmica do tratamento em seu conjunto. É sob essa observação que a Psiquiatria clínica conserva toda a sua legitimidade.”¹⁶¹

Para Kehl, um grande perigo na atualidade é o fato de muitos interpretarem a tristeza como uma espécie de doença a ser combatida a qualquer custo. Medicalizar indiscriminadamente a tristeza do ser humano é o mesmo que roubar-lhe a possibilidade e o tempo necessário para enfrentar e reconstruir novas referências e até mesmo novas normas de vida.¹⁶²

¹⁵³ FRAZER apud SOLOMON, 2010, p. 170.

¹⁵⁴ FRAZER apud SOLOMON, 2010, p. 171.

¹⁵⁵ SOLOMON, 2010, p. 171.

¹⁵⁶ FÉDIDA, 2009, p. 30.

¹⁵⁷ FÉDIDA, 2009, p. 30.

¹⁵⁸ SOLOMON, 2010, p. 509.

¹⁵⁹ KEHL, 2009, p. 31.

¹⁶⁰ SOLOMON, 2010, p. 509.

¹⁶¹ FÉDIDA, 2009, p. 193.

¹⁶² KEHL, 2009, p. 31, 32.

É necessário que aprendamos a tratar as dores sem extraí-las do ser pela força anestésica dos medicamentos, ao arrancar forçosamente a dor do ser, pode ir junto com ela o seu sentido maior de existência. É necessário dialogar com as dores e encontrar força resiliente, mesmo na fraqueza. Como bem disse Solomon, “travar guerra contra é depressão é lutar contra si mesmo, e é importante saber disso antes das batalhas.”¹⁶³

O projeto pseudocientífico de subtrair o sujeito – sujeito de desejo, de conflito, de dor, de falta – a fim de proporcionar ao cliente uma vida sem perturbações acaba por produzir exatamente o contrário: vidas vazias de sentido, de criatividade e de valor. Vidas em que a exclusão medicamentosa das expressões da dor de viver acaba por inibir, ou tornar supérflua, riqueza do trabalho psíquico – o único capaz de tornar suportável e conferir algum sentido à dor inevitável diante da finitude, do desamparo, da solidão humana.¹⁶⁴

O relato de uma pessoa que consumiu medicamentos antidepressivos durante uma década ininterrupta revela esse dilema, diz ela ao seu analista: “Já não sinto nem a depressão nem mais nada.”¹⁶⁵ Essa pessoa se sentia amortecida e anestesiada durante dez anos de sua vida.

Em muitos casos o tratamento medicamentoso faz, sim, desaparecer a dor, mas junto dela sacrifica uma vida psíquica.¹⁶⁶ O uso indiscriminado de psicofármacos “contribui para o apagamento do conflito psíquico ao agir no lugar do sujeito”¹⁶⁷ e assim o sujeito se torna objeto de sua medicação. O uso hegemônico de antidepressivos serve para que as pessoas depressivas ignorem e sacrifiquem a sua temporalidade e condição em função das exigências do tempo do outro. Elas devem cumprir as suas tarefas dentro das exigências e expectativas dos tempos do outro e ignorar sua temporalidade e condição próprias, o que se configura como uma agressão aos estados de depressividade.¹⁶⁸

Diante de tudo isso, poderíamos nos perguntar o porquê de tanto consumo medicamentoso? Em primeiro lugar é necessário saber que realmente muitas dependem desses medicamentos em momentos específicos da vida, que, se usados no momento certo e dentro de um prazo correto, trazem benefícios a pessoas que deles precisam.¹⁶⁹ Como bem relatou Kehl, disse ela em entrevista:

O antidepressivo, embora seja em muitos casos importante, vital até, não quero aqui falar contra os avanços da indústria farmacêutica, embora o antidepressivo às vezes salve vidas, deva ser tomado por pessoas que correm risco até de se matar ou então de morrer por não dizer, não consegue nem ir a um consultório de analista. O

¹⁶³ SOLOMON, 2010, p. 54.

¹⁶⁴ KEHL, 2009, p. 53.

¹⁶⁵ KEHL, 2009, p. 55.

¹⁶⁶ FÉDIDA, 2009, p. 19; KEHL, 2009, p. 220.

¹⁶⁷ KEHL, 2009, p. 219.

¹⁶⁸ KEHL, 2009, p. 222.

¹⁶⁹ GRÜN, Anselm. **O tratamento espiritual da depressão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. p. 10, 11; SOLOMON, 2010, p. 120, 121.

antidepressivo não cura, ele ajuda o depressivo a ter energia e ânimo para fazer algumas coisas e aí ele tem que se tratar.¹⁷⁰

Para algumas pessoas o medicamento pode significar a possibilidade de se erguer e de continuarem vivas, como foi o caso de Josuran:

Durante muito tempo, recusei-me a aceitar auxílio medicamentoso porque era contra o meus princípios. Eu não conseguia aceitar, de maneira alguma, que alguns miligramas de uma determinada substância pudessem desfazer quaisquer desequilíbrios no cérebro. Hoje devo dizer que os medicamentos trouxeram benefícios reais. Eles representam um imenso alívio para muitas pessoas e seus parentes e, para mim, um avanço bastante decisivo. [...] eles me estabilizam e me tiram do buraco.¹⁷¹

Onde estaria então o problema em relação ao tratamento medicamentoso? O problema é que a indústria farmacêutica aproveita-se da situação e cria uma demanda da qual pode extrair grandes lucros, uma vez que essa situação proporciona altos lucros. Indústrias farmacêuticas influenciam o aumento de diagnósticos e autodiagnósticos de depressão, “principalmente porque difundem uma versão patológica e medicalizável de todas as formas de inquietação, oscilação de ânimo e inadaptação à norma que caracterizam a vida e a vitalidade psíquicas – em detrimento da existência das manifestações do inconsciente.”¹⁷²

Folhetos com listas de vários sintomas que instruem sobre o autodiagnóstico da depressão, patrocinados por indústrias farmacêuticas, são distribuídas em consultórios e laboratórios. A pessoa vê a lista com vários sintomas e, por si só, chega ao veredito de seu autodiagnóstico, “estou deprimida”.¹⁷³ Isso ocorre especialmente entre populações mais carentes. Ao chegar ao consultório médico com o seu autodiagnóstico, o profissional de saúde, com uma grande fila de espera do lado de fora de sua sala, sem muito tempo para o atendimento e para análises mais aprofundadas, prescreverá imediatamente um antidepressivo.¹⁷⁴

Além disso, Crews adverte ainda que

[...] a maior parte dos lucros da indústria farmacêutica depende de uns poucos remédios para os quais sempre se buscam novos usos. Se tais novos usos não surgem por meio de experimentos, recorre-se à publicidade de certos males – ou seja, a convencer as massas de que alguns de seus estados de ânimo são, na verdade, doenças que requerem tratamento. *O objetivo é criar uma demanda espontânea pela cura milagrosa que a empresa pode oferecer.*¹⁷⁵

¹⁷⁰ **Entrevista exclusiva para Caros Amigos.** Disponível em: <[http://academico.uefs.br/NovoPortal/Downloads/Modules/Diario//Aula/1000584919/Depress%C3%A3o%20Na%20Sociedade%20Do%20Vazio%20-%20Entrevista%20com%20Maria%20Rita%20Kehl%20\(Caros%20Amigos%20-%20Maio%20de%202009\).pdf](http://academico.uefs.br/NovoPortal/Downloads/Modules/Diario//Aula/1000584919/Depress%C3%A3o%20Na%20Sociedade%20Do%20Vazio%20-%20Entrevista%20com%20Maria%20Rita%20Kehl%20(Caros%20Amigos%20-%20Maio%20de%202009).pdf)>. Acesso em 08 de Set. 2014.

¹⁷¹ GRÜN, 2011, p. 10, 11.

¹⁷² KEHL, 2009, p. 53.

¹⁷³ KEHL, 2009, p. 53, 54.

¹⁷⁴ KEHL, 2009, p. 54.

¹⁷⁵ CREW apud KEHL, 2009, p. 53.

Seguindo uma mesma linha de pensamento, o caderno organizado pelo Conselho Federal de Psicologia, revela o seguinte dado:

Hoje [...] a indústria farmacêutica é a segunda em faturamento no mundo, perdendo apenas para a indústria bélica. Passamos então a ter um novo elemento no cardápio da vida: os medicamentos.¹⁷⁶

O atual número de farmácias espalhadas pelas diversas cidades brasileiras, interioranas ou metropolitanas, parece sustentar essa ideia. A compreensão psicológica sobre a depressão não se fecha contra o uso terapêutico medicamentoso responsável, mas, sim, contra a medicação como panaceia, contra a hegemonia dos psicofármacos, dessa famosa “indústria do bem-estar” e do deixo de sofrer,¹⁷⁷ que dispensam ou ignoram a possibilidade de tratamentos conjugados. Se assim não o for, se as pessoas podem ser convencidas de que existe uma pílula mágica para todos os males e continuarem as consumindo indiscriminadamente, o que pode acarretar um empobrecimento e enfraquecimento da vida psíquica.¹⁷⁸ Hyman sabiamente disse o seguinte sobre o uso de medicação antidepressiva, “é como colocar um grão de areia numa ostra e ela se transforma numa pérola”¹⁷⁹, pois ela não deveria agir independente ou em lugar do ser humano ao qual pertence aquela vida.

Ademais, a crítica aponta que essa indústria financeiramente promissora está longe de ser terapêuticamente eficiente. Dados apontam que nos casos de tratamentos medicamentosos da Distímia, por exemplo, apenas 50 a 60% dos pacientes respondem ao tratamento com antidepressivos.¹⁸⁰ Essa porcentagem é muito baixa e mostra que não se sabe bem como tratá-la, mas a venda de medicamentos farmacêuticos, mesmo assim, continua rendendo bons lucros, ainda que em muitos casos, não ofereça os resultados esperados.

Apesar dos resultados dos antidepressivos serem satisfatórios em curto prazo, isto é, em no máximo 12 semanas, deve-se considerar a natureza crônica da *Distímia*. Isso quer dizer que há possibilidades do mesmo perfil distímico voltar depois de algum tempo da interrupção da medicação. Isso é um dos motivos pelos quais a psicoterapia tem fundamental importância. Espera-se que depois de 12 meses de tratamento medicamentoso juntamente com psicoterapia, o paciente tenha adquirido uma nova atitude emocional não patogênica.¹⁸¹

¹⁷⁶ **Subsídios para a campanha: Não à medicalização da vida: medicalização da educação.** Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf>. Acesso em 08 de Set. 2014.

¹⁷⁷ KEHL, 2009, p. 13.

¹⁷⁸ **Tecendo a vida adoidado.** Disponível em: <<http://entrevistasbrasil.blogspot.com.br/2009/10/maria-rita-kehl-tecendo-vida-adoidada.html>>. Acesso em 08 de set. 2014.

¹⁷⁹ HYMAN apud SOLOMON, 2010, p. 171.

¹⁸⁰ **Distímia.** Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=343>>. Acesso em 12 de Nov. 2013.

¹⁸¹ **Distímia.** Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=343>>. Acesso em 12 de Nov. 2013.

De modo geral, o tratamento medicamentoso de antidepressivos pode dobrar a chance de que algumas pessoas deprimidas se recuperarem em até um mês,¹⁸² pelo menos para 65% dos melancólicos; mas ainda faltam outros 35% que “não podem ser ajudados por drogas, ou recusam a medicação, ou sofrem efeitos colaterais que impedem o seu uso”.¹⁸³ “Alguns pacientes não respondem ao primeiro tratamento; todos os antidepressivos atualmente disponíveis podem levar até 3 a 4 semanas para começar exercer efeitos terapêuticos significativos”.¹⁸⁴ Ou seja, o tratamento medicamentoso parece não dar conta da demanda terapêutica quando se fala de depressões.

Não se quer aqui desconsiderar ou desqualificar o recurso de tratamentos medicamentosos em muitos casos de depressão. O que se busca é refletir sobre um pensamento hegemônico instalado em sociedade, que parte do pressuposto de que a depressão deve ser tratada apenas através de psicotrópicos. Obviamente é necessário reconhecer, como já foi dito anteriormente, a sua contribuição e importância terapêutica em muitos casos de tratamentos específicos, mas não se pode deixar de averiguar as suas limitações. Se os remédios cuidam de algumas formas da patologia da depressão; poderíamos perguntar quem trata e cuida da pessoa, do indivíduo deprimido? Assim sendo, aproximemo-nos da compreensão psicológica sobre a depressão.

1.2.2 Compreensão psicológica sobre a depressão

Também aqui não se pretende analisar e averiguar todos os desdobramentos advindos das diferentes linhas psicológicas e psicoterápicas em torno da compreensão sobre a depressão. Buscaremos examinar e expor como a Psicologia percebe a depressão e a trabalha a partir de outro viés do que aquele usado pela Psiquiatria – que diz que a depressão provém apenas de um desregulamento cerebral – e que perpassou o ponto anterior, onde fizemos a análise sobre a compreensão psiquiátrica da depressão.

Para Fédida, por exemplo, o estado deprimido é uma “doença humana”, diz ele,

Doença de ser humano submetido, desde o nascimento, à necessidade de se dotar de uma vida psíquica graças às interações com a mãe e o ambiente; e, por esta razão, doença de ser humano capaz de ser, psíquica e corporalmente, afetado pelo excesso de violência vinda do interior ou exterior. [...] *Aqui vamos levantar um hipótese: a da diferença que deve ser estabelecida entre a depressividade inerente à vida psíquica (a vida psíquica é depressiva no sentido em que garante proteção, equilíbrio e regulação à vida) e o estado deprimido, que representa uma espécie de identificação com a morte ou com o morto.*¹⁸⁵

¹⁸² KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 604.

¹⁸³ STONE, 2010, p. 22.

¹⁸⁴ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 604.

¹⁸⁵ FÉDIDA, 2009, p. 14.

Note-se que o referido autor não compreende a depressão como resultado de um cérebro desregulado e, para diferenciar os termos, não usa aqui a palavra depressão, mas, sim, depressividade e estado deprimido. De acordo com Kehl, para Fédida, a depressividade é “uma qualidade fundamental, senão a própria condição do trabalho psíquico”¹⁸⁶ que possibilita que a vida psíquica se mantenha regulada e protegida através da capacidade de sentir-se deprimido, algo extremamente humano.¹⁸⁷ Mais adiante Fédida reforçará essa ideia dizendo que a depressão funciona como um sono de hibernação para proteger a vida contra o que ela teria de vivo dentro de si. Ao refletir sobre Ferenczi, diz ainda Fédida, que a depressão “deve ser respeitada e tratada com tato, para que a excitação viva não viole a vida assim preservada.”¹⁸⁸

A partir das contribuições de Fédida citadas neste ponto até aqui, já se pode perceber que a compreensão psicológica em torno da depressão se difere em alguns pontos da compreensão psiquiátrica. A Psiquiatria, mais centrada na sintomatologia da depressão, a tratará como uma enfermidade, como uma patologia; a Psicologia, por sua vez, a tratará como estados ou condições humanas ligadas à vida psíquica, a dores da alma.

Aliás, antes de seguirmos adiante, faz-se importante aqui destacar a proximidade entre a compreensão psicológica e a teológica, em relação ao ser humano e suas existenciais existenciais. Para o teólogo luterano Hoch, é de suma importância uma aproximação entre Psicologia e Teologia. A primeira pode contribuir no processo de reflexão e conscientização das limitações, necessidades e dos condicionamentos psicológicos que machucam e escravizam o ser humano, seja na sua individualidade ou universalidade. Isso porque a encarnação “de Cristo não se deu apenas para dentro de contextos sofridos da sociedade; ela se deu também para dentro das profundezas mais escuras da nossa individualidade.”¹⁸⁹ Para Hoch, o ser humano é um ser completo e integral. Assim, as dimensões psicológica, física, sociológica, teológica/espiritual, precisam ser compreendidas como partes de uma totalidade que estão inter-relacionadas na encarnação humana. “Não há razão para se levar em consideração apenas uma delas e ignorar a outra”,¹⁹⁰ pois o ser humano precisa ser visto e compreendido como um ser inteiro que se inter-relaciona com o meio em que está inserido.

Hoch destaca que a relação e proximidade entre a Teologia e a Psicologia é antiga e tem trazido boas contribuições à poimênica como forma de cuidado do ser humano fragilizado.

¹⁸⁶ KEHL, 2009, p. 18.

¹⁸⁷ KEHL, 2009, p. 223; FÉDIDA, 2009, p. 30, 47, 125.

¹⁸⁸ FÉDIDA, 2009, p. 34.

¹⁸⁹ HOCH, Lothar Carlos. Psicologia a serviço da libertação: possibilidades e limites da psicologia na pastoral de aconselhamento. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 25, n.3, p. 249-270, 1985.

¹⁹⁰ HOCH, 1985, p. 249-270.

Nomes como o de Jung, Rogers, Viktor Frankl, Skinner, Perls, Lewin, entre outros, são citados como referenciais de escolas psicoterápicas que têm ressoado e contribuído nos mais diversos meios eclesiásticos. Além desses referenciais citados, Hoch nos lembra que nas sociedades antigas a cura, física ou psíquica, era uma das funções religiosas, “isso porque se entendia a doença como sendo oriunda da ação de poderes sobrenaturais. Assim sendo, cabia ao sacerdote ou ao xamã [...] a função de conduzir o ritual adequado para conseguir a benevolência da divindade no sentido de direcionar seus poderes de cura para a pessoa doente”.¹⁹¹

Dito isso, é necessário compreender que quando se fala aqui de cura das dores da alma, não se pensa no ser humano de forma dualista ou cartesiana. Ele permanece como uma unidade integralmente indivisível. A ideia de alma, psique, está ligada a um profundo lugar do ser que extrapola a lógica do intelecto e da razão.¹⁹² A palavra alma é uma tradução da palavra grega “*psique*”, que foi traduzida para o latim como “*anima*” e, depois, para o português como “*alma*”; um abismo do qual não se conhece o fundo. Sobre isso, Jung diz o seguinte:

O nome latino animus, espírito, e anima, alma, tem o mesmo significado do grego anemos, vento. A outra palavra grega que designa o vento, pneuma, significa também, espírito. No gótico, encontramos o mesmo termo sob a forma de us-anan, ausatmen (expirar), e, no latim, an-helare, respirar com dificuldade [...] Respiração, em árabe, é rih, vento, ruh, alma, espírito. A palavra grega psyche tem um parentesco muito próximo com esses termos e está ligada a psycho, soprar, a psychos, fresco, a psychros, frio e a physa, fole. Estas conexões nos mostram claramente que os nomes dados à alma no latim, no grego e no árabe estão vinculados à idéia [*sic*] de ar em movimento, de “sopro frio dos espíritos”. É por isso, talvez, também que a concepção primitiva atribui um corpo etéreo e invisível à alma.¹⁹³

Percebe-se, assim, uma estreita proximidade entre a Psicologia e a Teologia. Jung diz ainda que a consciência é “considerada a condição *sine qua non* da vida psíquica; é a própria alma. Por isto, todas as ‘psicologias sem alma’ modernas são psicologias da consciência para as quais não existe vida psíquica inconsciente.”¹⁹⁴ Entende-se que, a partir da compreensão psicológica, a depressão não pode ser apenas resultado de um “cérebro desregulado” que deve ser corrigido apenas através de tratamento medicamentoso. Para a Psicologia, a depressão está ligada à vida psíquica, e, por isso, as suas causas provém de um profundo lugar do ser, a psique, local onde dificilmente os medicamentos poderiam alcançar. Nesse sentido, Bello, ao citar Husserl, diz o seguinte,

Se pudéssemos identificar a ψυχή de Heráclito com esta subjetividade, valeria para ela as suas palavras “Qualquer estrada que tu percorras, não chegarás nunca a encontrar os confins de tua alma, tão profundo é o seu fundo”. Qualquer fundo que se alcance, nos remete, efetivamente, para outros fundos, qualquer horizonte que se

¹⁹¹ HOCH, 1985, p. 249-270.

¹⁹² KEHL, 2009, p. 194.

¹⁹³ JUNG, Carl Gustav. **A Dinâmica do inconsciente**. Petrópolis: Vozes, v. 8, 1984. p. 358; JUNG, Carl Gustav. **A natureza da psique**. Petrópolis: Vozes, v. 8/2, 1991. p. 290.

¹⁹⁴ JUNG, 1991, p. 287, 288.

abra, conduz a outros horizontes; no entanto, o todo infinito, na infinidade de seu movimento fluente, é orientado para a unidade de um sentido, mas nunca é possível apreendê-lo e compreendê-lo completamente.¹⁹⁵

O que não deve ser compreendido como motivo para desespero. O fato de permanecer na superfície das vivências não deveria ser compreendido como uma fraqueza ou falha, pois “o ser humano não conhece as suas profundidades pessoais, pois esse conhecimento só é possível se o eu desce na profundidade”¹⁹⁶, em seu lugar interior e originário. Escavar as profundezas humana não é tarefa fácil, mas é um desafio urgente. Daí resulta a ideia de Fédida de que a depressão pode ser também uma maneira de estar protegido e de se estabelecer um contato de si para si.¹⁹⁷

Jaspers também não se limita a descrição sintomatológica da depressão, mas considera os fenômenos psicopatológicos a partir da compreensão e interpretação das vivências subjetivas. Para o referido autor, não há conceitos que sejam capazes de captar plenamente o ser humano psicologicamente fragilizado. “A atitude fundamental é estar aberto para todas as possibilidades de investigação empírica. [...] resistir a toda tentativa de reduzir o homem [...] a um denominador comum”.¹⁹⁸

A Psicologia [...] manteve a diversidade das influências teóricas que estão em sua origem, conservando também a valorização da experiência subjetiva e dos aspectos históricos dessas vivências. Ou seja, [...] a diversidade em que a Psicologia como um projeto de ciência independente foi gestada, permanece e persiste como um traço marcante do pensamento psicológico hodierno. Já as influências de correntes tão díspares e contraditórias na Psicopatologia, guardam como consequência [*sic*] para esta disciplina, seu quase completo desaparecimento, principalmente em função das concepções organicistas, onde a Psiquiatria Biológica é um importante expoente.¹⁹⁹

No sentido de escavar as profundezas humana e de se estabelecer um contato de si para si²⁰⁰, de não fixar a atenção apenas na sintomatologia, mas no ser humano e em sua humanidade, tanto a Teologia como a Psicologia tem grandes contribuições a dar. Obviamente não podemos analisar aqui todas as linhas de psicoterapias nas quais se desdobra a práxis psicológica, por isso tomaremos aqui como exemplo a Psicanálise, considerada a mais antiga das escolas da psicoterapia moderna.²⁰¹ Tomando-a como exemplo, podemos melhor compreender, mesmo que parcialmente, a ideia da concepção psicológica sobre a depressão e, assim, demonstrar que a

¹⁹⁵ HUSSERL apud BELLO, Angela Ales. **A questão do sujeito humano**. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IVsipeq/anais/artigos/119.pdf>>. Acesso em 26 de Set. de 2014.

¹⁹⁶ BELLO, Angela Ales. **A questão do sujeito humano**. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IVsipeq/anais/artigos/119.pdf>>. Acesso em 26 de Set. de 2014.

¹⁹⁷ FÉDIDA, 2009, p. 125.

¹⁹⁸ JASPERS, Karl. **Psicopatologia Geral 1: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenológica**. São Paulo: Atheneu, 1913. p. 17.

¹⁹⁹ MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. **A Dimensão Psíquica na Compreensão da Depressão**. Disponível em: <<http://psicolatina.org/11/depressao.html>>. Acesso em 30 de Set. 2014.

²⁰⁰ FÉDIDA, 2009, p. 125.

²⁰¹ RAUCHFLEISCH, Udo. **Quem cuida da alma?: controle de fronteiras entre psicoterapia e poimênica**. São Leopoldo RS: Sinodal, Faculdades EST, 2014. p. 5.

Psicologia, de fato, não se limita à compreensão da depressão como resultado apenas de um órgão adoecido e desregulado, neste caso o cérebro. Aliás, isso resultaria num reducionismo, pois

O cérebro, a mente e o corpo são apresentados numa visão estritamente biológica, transformados em objetos de estudos ordenados por leis naturais. Nesse sentido, as ciências humanas nada teriam a contribuir para a compreensão desses objetos, pois o desenvolvimento da psiquiatria biológica parece implicar um desaparecimento das disciplinas das ciências psicológicas, históricas e antropológicas. Com frequência difunde-se a ideia de que o sintoma psíquico pode ser pautado unicamente na dimensão biológica, não havendo, assim, nenhum outro motivo para se pensar numa dimensão propriamente psicopatológica ou mesmo numa autonomia do psiquismo.²⁰²

Resumidamente é possível dizer que se por um lado a Psiquiatria organicista trabalha com a ideia de que a depressão seria de natureza biológica,²⁰³ a Psicologia, então, ressaltará a noção de gênese a partir do conflito psíquico em casos de depressões, abrindo espaço para as intervenções psicanalíticas e psicoterapêuticas que, não ignoram, mas vão além da balizada percepção em torno da medicação farmacológica.²⁰⁴

1.2.2.1 Freud e melancolia

De acordo com Freud, considerado o pai da psicanálise, as três premissas da melancolia/depressão são: perda do objeto amado, ambivalência e regressão da libido para o ego.²⁰⁵ A melancolia/depressão é um luto com disposição patológica que “se caracteriza por um desânimo profundamente doloroso, uma suspensão do interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade e um rebaixamento na autoestima, que se expressa em autorrecriminações e autoinsultos, chegando até a expectativa delirante de punição”²⁰⁶, o que acarreta num empobrecimento e esvaziamento do ego.²⁰⁷

A autorrecriminação e os autoinsultos que o depressivo faz contra si mesmo, na maior parte das vezes, não se adéquam bem à sua pessoa, pois têm pouco a ver consigo, “mas, com ligeiras modificações se adéquam a uma outra pessoa, a quem o doente ama, amou ou deveria amar.”²⁰⁸ De tal modo que as suas críticas e autorrecriminações mais violentas são na realidade dirigidas ao objeto de amor, mas, como a sombra do objeto cai e repousa sobre o ego enfraquecido e esvaziado, as críticas acabam se voltando contra o próprio ego. Ao invés

²⁰² MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. **Depressão**: uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100009>. Acesso em 29 de Set. 2014.

²⁰³ BOGOCHVOL, Ariel. Sobre a psicofarmacologia. In.: MAGALHÃES, Maria Cristina Rios (Org.) **Psicofarmacologia e Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 35-62.

²⁰⁴ MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. **Depressão**: uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100009>. Acesso em 29 de Set. 2014.

²⁰⁵ FREUD, 2011, p. 85.

²⁰⁶ FREUD, 2011, p. 47.

²⁰⁷ FREUD, 2011, p. 53.

²⁰⁸ FREUD, 2011, p. 59.

de purgar, ser lançada para fora a dor e angústia se reclus, se encarcera, se volta para dentro e cai sobre o ser como a sombra. Temos assim uma alma quebrantada, uma psique machucada pela dor, dor que precisa fazer o movimento de volta e ser externada para que aconteça um processo de recomposição do ser de dentro para fora, pois o objeto amado e “perdido pesa na alma, mas também transfigura na carne.”²⁰⁹ O que ocorre é que a retirada da libido do objeto se deslocou para o ego e produziu uma identificação do ego com objeto e a sombra do objeto amado-perdido caiu sobre o ego, que se tornou objeto abandonado e fragilizado.²¹⁰

Kehl, a partir de Freud, fala do luto patológico, ligado ao apego às lembranças do objeto amado-perdido, como algo inacabado e sem fim. Existe uma “resistência da libido em desligar-se da representação de um objeto de satisfação”.²¹¹ Sendo o objeto amado de ordem imaginária, ocorre uma resistência a se desgarrar e deixar de amar o objeto amado-perdido. Em alguns casos ainda sobrevém o sentimento de culpa vinculada à perda, o que impede o possível desligamento. Neste caso, não é raro que a perda seja interpretada como a realização de um desejo inconsciente do ser que ficou em relação ao que partiu. Além da tristeza natural do luto, “o sujeito sofre uma profunda queda de autoestima e sente-se torturado por uma culpa de origem inconscientes cujos efeitos se parecem com as autoacusações do melancólico. Sua resistência em terminar o luto é também um modo de castigar-se, de obrigar-se a sofrer indefinidamente uma perda pela qual se sente culpado”²¹², o que dificulta o processo natural de luto e, assim, o luto dá lugar a uma depressão.

Outra via do luto patológico deve-se ao fato de o sujeito não conseguir reverter a sua posição de passivo para ativo. “De objeto abandonado a sujeito capaz de também abandonar o seu objeto.”²¹³ Para Kehl, “o movimento decisivo não é o de resistência à perda, mas de consolidação do fim; em análise, é possível observar o momento em que o enlutado consegue *abandonar aquele que o abandonou*”.²¹⁴ Kühn contribui com essa reflexão ao registrar que a melancolia possui um ritmo próprio que provoca repetições monótonas, lágrimas que conduzem a um luto alimentado pela inacessível beleza ao objeto amado, que permanece eternamente amado tanto quanto perdido.²¹⁵

Ante essa concepção, é possível dizer que, a partir da Psicanálise, a depressão está ligada a perdas que fazem com que a pessoa chegue ao estado de enlutamento patológico,

²⁰⁹ KEHL, 2009, p. 179.

²¹⁰ FREUD, 2011, p. 61.

²¹¹ KEHL, 2009, p. 204.

²¹² KEHL, 2009, p. 205.

²¹³ KEHL, 2009, p. 205.

²¹⁴ KEHL, 2009, p. 205.

²¹⁵ KÜHN, Rolf. **Ipseidade e praxis subjectiva**: abordagens fenomenológicas e antropológicas segundo o pensamento de Michel Henry. Lisboa: Edições Colibri, 2010. p. 76.

onde a sombra do objeto perdido se volta sobre o eu. Não se trata aqui de qualquer perda, mas da perda de algo ou alguém amado que é idealizado como um reflexo daquilo que se gostaria ver, ser ou alcançar.²¹⁶ No caso da melancolia/depressão a perda do objeto amado é mais de natureza ideal e, por isso, muitas vezes, não se sabe ao certo o que se perdeu. Sabe-se quem é a pessoa que perdeu, mas não o que foi perdido, pois sobre ele foi projetado elementos de natureza ideal e irreal, projeções inconscientes.²¹⁷

Com isso, chega-se a compreensão de que a depressão é algo que vai muito além de um acúmulo de sintomas que podem ser mensurados. A depressão é uma dor que necessita de ouvidos atentos²¹⁸ e, para Fédida, justamente aí reside o problema da Psiquiatria contemporânea, pois a mesma não tem mais tempo para ouvir o que se passa com o ser humano, porque está muito preocupada com os sintomas da doença²¹⁹; o que causa um aniquilamento da vida psíquica e legitima a compreensão de que a depressão seja apenas uma enfermidade biológica que deve ser tratada apenas com o uso de medicamentos.²²⁰

Para Freud, o ser humano vive mergulhado numa realidade complexa de perdas, traumas e lutos. O nascimento, como veremos mais adiante, é considerado o primeiro trauma e raiz de todas as angústias. Nele está subentendido a primeira situação de desamparo.²²¹ “É preciso aprender a respirar, arquejar, mamar e amar”.²²² O útero materno, protetor e aconchegante, expelle o ser que até então acolhia e protegia.²²³

Destaca-se, assim, que a vida psíquica é tecida desde a mais tenra idade, desde o primeiro trauma, o de nascer ou ser nascido.²²⁴ Isso significa que é necessário levar em conta que muitos lutos e traumas da existencialidade ser, podem estar ligados à sua história infantil, ao seu consciente ou inconsciente. Neste caso poderíamos nos perguntar, mas o que se pode então se fazer, pois não há como mudar o passado das pessoas. A resposta é simples, o passado pode até não mudar, mas a forma como se olha para ele, o ponto de vista sob o qual se olha para passado e a maneira de experimentá-lo no presente, isso sim pode mudar. “É

²¹⁶ ENGBRECHT, Simone. **Aprendendo a lidar com a depressão**. São Leopoldo: Sinodal, 2001. p. 31.

²¹⁷ FREUD, 2011, p. 51.

²¹⁸ ENGBRECHT, 2001, p. 5, 74, 85; FÉDIDA, 2009, p. 15, 31, 32.

²¹⁹ FÉDIDA, 2009, p. 10, 14.

²²⁰ FÉDIDA, 2009, p. 13,14.

²²¹ SLAVUTZKY, Abrão. O desamparo dos depressivos. In.: WONDRAČEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma: tramas e tempos da depressão**. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012. p. 9, 10; WONDRAČEK, Karin Hellen Kepler; HERNÁNDEZ, Carlos José. **Aprendendo a lidar com crises**. São Leopoldo: Sinodal, 2004. p. 16; PERES, Urania Tourinho. Uma ferida a sangrar-lhe a alma. In.: FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**. São Paulo: Cosacnaify, 2011. p. 107.

²²² WONDRAČEK; HERNÁNDEZ, 2004, p. 16.

²²³ WONDRAČEK; HERNÁNDEZ, 2004, p. 15-19.

²²⁴ Aqui podemos lembrar, por exemplo, as contribuições trazidas pela obra de Erik Erikson que trata sobre os estágios do desenvolvimento da personalidade humana. ERIKSON, Erik H. **Infância e sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

exatamente esta a possibilidade de recuperação, senão acreditaríamos que os recursos infantis que alguém possui para se defender não poderiam ser desenvolvidos”.²²⁵

O sofrimento psíquico está diretamente relacionado a uma repetição. Colocamos na ação, de maneira repetitiva, aquilo que não foi suficientemente elaborado dentro de nós, o que ainda está infantil. O inconsciente é a praça, o estranho e, ao mesmo tempo, o conhecido que habita em nós. Sentimos coisas, fazemos coisas, pensamos coisas que não são por nós controladas. Uma das contribuições da psicanálise é a aquisição da noção de que não é apenas a nossa razão, nossa consciência que nos governam, mas que há um desconhecido que mora dentro de nós. E a depressão também pode ser efeito de alguma coisa que se repete dentro do psiquismo.²²⁶

Isso porque nem tudo que faz doer na carne, reside em nosso consciente. As “dores da alma”, que transfiguram na carne, vêm de lugares internos que nem sempre nos são bem conhecidos, mas que formam a nossa vida psíquica.²²⁷

O que foi esquecido fica fora da nossa consciência, não recebe atenção, mas não desaparece. Em nosso psiquismo vale a Lei de Lavoisier: “Na natureza nada se cria, nada se perde, tudo se transforma”. O que não é conveniente que seja lembrado fica armazenado no que é chamado de Inconsciente. O que está lá armazenado aparece em nossa consciência somente se conseguir um bom disfarce.

Existe uma barreira entre a nossa consciência e nosso Inconsciente. As ideias armazenadas no Inconsciente conseguem ultrapassar essa barreira, se possuírem certa intensidade, para que provoquem a atenção da consciência, e precisam ligar-se a ideias que disfarçam a sua conexão com o desprazer.²²⁸

Aquilo que lembramos, por exemplo, dos sonhos são maneiras disfarçadas do inconsciente chegar a nosso consciente, muitas vezes extremamente bagunçado e camuflado. Quando se fala do inconsciente, é necessário saber que nem tudo o que reside ali pode ser traduzido em palavras, porque não foram assim registradas e, por isso, não podem ser lembradas de maneira consciente, racional ou por meio de palavras. Um exemplo disso seria o próprio registro em relação à amamentação materna e a interrupção da mesma. Dificilmente alguém se lembraria conscientemente dessa experiência, pois ela não foi assim registrada, a memória ainda não estava organizada em expressões verbais. Assim existem também outras experiências que foram suprimidas da memória por causar desprazer.²²⁹ E todo esse sistema faz parte de nossos registros psíquicos, tanto as dores quanto as satisfações e prazeres. O simples fato de saber disso pode abrir a nossa compreensão quando se trata de acompanhar e cuidar de pessoas humanas fragilizadas por depressão, que, como veremos, não são poucas.

²²⁵ ENGBRECHT, 2001, p. 77.

²²⁶ ENGBRECHT, 2001, p. 77.

²²⁷ KEHL, 2009, p. 179.

²²⁸ ENGBRECHT, 2001, p. 45.

²²⁹ ENGBRECHT, 2001, p. 46.

II CAUSAS DA DEPRESSÃO E O SEU IMPACTO NA SOCIEDADE

2.1 Causas da depressão

A partir das contribuições da Psiquiatria e Psicologia, elencaremos algumas das principais causas que estão vinculadas ao desencadeamento das depressões. Entretanto é necessário considerar que as depressões possuem um caráter subjetivo, pessoal, singular, portanto nem todas essas principais causas serão aplicadas a todos os casos de depressões. Isso porque as depressões são algumas das formas como algumas pessoas podem reagir diante dos mais variados traumas, desamparos, estresses, “quase sempre vinculados a perdas, ao vazio, à falta”.²³⁰ Além do mais, as depressões possuem as mais variadas formas de classificações e, com ajuda da Psicologia e da Psiquiatria, podemos estudá-las com mais profundidade, mas desvendá-las depende do contato com cada caso específico.²³¹ Para Fédida, “não somente cada estado deprimido dispõe de sua própria singularidade, mas as modalidades variáveis sob as quais a depressão se apresenta proibem [...] que se fixe um procedimento técnico de ordem sistemática”.²³²

Yalom relata que a singularidade do mundo interior e de linguagem de cada pessoa “exige que o terapeuta desenvolva uma nova linguagem para cada paciente.”²³³ O referido autor complementarmente mais adiante em sua obra dizendo que muitas pessoas começam uma terapia sentindo-se únicas em seus sofrimentos e angústias. Acreditam que somente a elas pertencem tais pensamentos, fantasias e situações. Entretanto, uma “auto-revelação [*sic*] de pensamentos semelhantes por outros membros do grupo é maravilhosamente reconfortante e proporciona uma experiência de ‘bem-vindo à raça humana’.”²³⁴ Por isso, quando se fala de singularidade da situação humana a partir da fenomenologia, pensa-se que cada indivíduo sente, experimenta e vive cada situação de forma única, singular. Uma experiência específica e semelhante pode ser experimentada por outros indivíduos, porém sempre a partir de sua individualidade e subjetividade. Ainda assim, é importante registrar que situações da singularidade sejam reconhecidas pela universalidade, pois o ser humano em sua singularidade é sempre parte e está inserido na totalidade, na universalidade. É parte do corpo e nele está inserido.

²³⁰ SLAVUTZKY, 2012, p. 9, 10; WONDRAČEK; HERNÁNDEZ, 2004, p. 10.

²³¹ SLAVUTZKY, 2012, p. 11; TOLMAN, 2009, p. 11.

²³² FÉDIDA, 2009, p. 31.

²³³ YALOM, Irvin D. **Os desafios da terapia**: reflexões para pacientes e terapeutas. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006. p. 46.

²³⁴ YALOM, 2006, p. 99.

Nota-se aqui, a necessidade de seguir uma concatenação de atos ou de vivências [...], que se remetem um ao outro e que constituem a estrutura essencial do sujeito, entendido como ego, eu enquanto sujeito, mas também, dos outros sujeitos, descobrindo assim os elementos de universalidade que tornam possível a comunicação.²³⁵

Dito isso sobre a singularidade e universalidade humana, a partir de uma perspectiva fenomenológica, é possível dizer que na realidade não se sabe ao certo qual é causa exata das depressões.²³⁶ No entanto, muitas teorias apontam para um conjunto de fatores inter-relacionados que influenciam para o desencadeamento de uma depressão em pessoas vulneráveis.²³⁷

De fato, o funcionamento mental/emocional e a fisiologia estão interligados e são afetados por contínuas relações sociais e acontecimentos no ambiente. Estudos indicam que o aprendizado altera a estrutura cerebral, revelando uma interação complexa entre a estrutura cerebral, a química cerebral e os acontecimentos ambientais/sociais.²³⁸

O desencadeamento da depressão não é uma “via de mão única”, pois não provém de um único fator, mas diferentes fatores de risco que interagem constantemente, definindo as chances que a pessoa tem de ficar deprimida. Entre essas possibilidades estão as causas biológicas, psicológicas e ambientais que, na realidade interagem de forma dinâmica e complexa entre si para o desencadeamento da depressão. “Os cientistas estão aprendendo que essas causas não estão separadas e, sim, entrelaçadas em um complexo relacionamento.”²³⁹ Seria o que muitos pesquisadores chamam de um modelo biopsicossocial que perfaz e é inseparável da vida humana nas diversas fases, contextos e realidades em que o ser está inserido.²⁴⁰ Gomes reforça a ideia do modelo biopsicossocial relatando que a depressão deve, portanto, ser analisada e examinada “sob o ponto de vista biológico, genético, cognitivo, social, história pessoal, econômica e espiritual”.²⁴¹

Nesta mesma linha de reflexão, Tolman nos traz ainda outra contribuição. O referido autor chama esse modelo de *equifinalidade*²⁴² que pressupõe uma contínua interação entre genes, ambiente, traumas, perdas, padrões internos de pensamento e fatores sociais que se

²³⁵ BELLO, Angela Ales. **A questão do sujeito humano**. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IVsipeq/anais/artigos/119.pdf>>. Acesso em 29 de Set. 2014.

²³⁶ GOMES, 2010, p. 173; SOLOMON, 2010, p. 40; GOMES, Antonio Máspoli de Araújo. Um olhar sobre a relação entre depressão e religião numa perspectiva pastoral. In.: WONDRAČEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma: tramas e tempos da depressão**. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012. p. 36.

²³⁷ Entenda-se que vulnerabilidade envolve a noção de que as pessoas são diferentes e reagem de forma diferente a eventos externos aparentemente semelhantes. O motivo de ser assim continua sendo alvo de pesquisas, mas algumas causas podem ser mencionadas: constituição psicológica, biológica e do ambiente social, mecanismos de percepção das realidades ao redor, práticas de educação familiar inadequada e estresses emocionais. LIPP, Marilda Emmanuel Novaes et al. Depressão: vulnerabilidade e resiliência. In.: LACERDA, Acioly Luiz Tavares de (Org.). **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 206, 208.

²³⁸ TOLMAN, 2009, p. 11.

²³⁹ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002, p. 112.

²⁴⁰ MALTA, 2010, p. 104; GOMES, 2010, p. 128.

²⁴¹ GOMES, 2010, p. 168.

²⁴² “Teoria segundo a qual podem haver vários caminhos diferentes que levam a uma evolução clínica semelhante (p. ex., esquizofrenia, depressão e autismo).” TOLMAN, 2009, p. 11.

combinam de formas únicas e causam a depressão.²⁴³

Entre os principais acontecimentos e estressores biopsicossociais que podem desencadear a depressão ou estados de depressividade, estão: 1) perdas específicas como o luto pela morte dos pais ou do cônjuge, a perda do emprego,²⁴⁴ a perda do objeto amado²⁴⁵; 2) abuso físico ou sexual²⁴⁶; 3) sentimento de culpa²⁴⁷; 4) os estresses, exigências e as pressões da vida contemporânea;²⁴⁸ 5) o uso de substâncias psicoativas. Entretanto, esses não podem ser considerados como os únicos possíveis eventos desencadeadores da depressão, mas, levando em consideração a sua “recorrência” na universalidade, estão entre os mais comuns daqueles que precedem um primeiro episódio depressivo ou os estados de depressividade. Portanto, vejamos um pouco sobre cada um deles.

2.1.1 Perdas

As pessoas sofrem muitas perdas durante a vida que podem deixá-las abaladas e até mesmo no “fundo do poço”, deprimidas. Disso dependerá o seu modo de encarar a vida ou, como descrevemos antes, a sua vulnerabilidade psicológica, genética, biológica, social, ambiental, frente a fatores estressantes, pois o que pode ser um grande trauma para uma determinada pessoa, pode não ser para outra. No termo vulnerabilidade está envolvida a percepção de que as pessoas são diferentes e, por isso, reagem de modo diferente a eventos e acontecimentos aparentemente semelhantes.²⁴⁹

Sobre a relação entre perdas e depressões, é necessário destacar que desde a mais tenra idade o ser humano tem que lidar com as mais diversas perdas e lutos. A interrupção da amamentação é um dos primeiros lutos, uma das primeiras grandes perdas que o ser humano precisa enfrentar. É o momento onde começa a se “estabelecer os primeiros limites e a primeira substituição de alvo de satisfação de uma necessidade.”²⁵⁰ A partir desse momento a criança, aos poucos, vai perdendo a exclusividade da atenção materna. Se antes a mãe lhe dedicava 24h de atenção por dia, agora ela começa e precisa dividir a sua atenção com outras pessoas e com as demandas cotidianas.²⁵¹

²⁴³ TOLMAN, 2009, p. 11.

²⁴⁴ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 579.

²⁴⁵ FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**. São Paulo: Cosacnaify, 2011.

²⁴⁶ TOLMAN, 2009, p. 13.

²⁴⁷ MALTA, 2010, p. 104; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 350.

²⁴⁸ MELLO, Andrea A Feijó et al. As relações entre o estresse e a depressão: explorando um endofenótipo. In.: LACERDA, Acioly Luiz Tavares de (Org.). **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 225; SOLOMON, 2010, p. 582.

²⁴⁹ LIPP et al., 2009, p. 206.

²⁵⁰ ENGBRECHT, 2001, p. 5, 18, 74.

²⁵¹ ENGBRECHT, 2001, p. 19.

Para muitos autores, o nascimento é considerado o primeiro trauma e raiz de todas as angústias. A primeira falta de ar e a primeira dificuldade em ter que respirar sozinho, sem ajuda do cordão umbilical e num mundo ainda desconhecido, é uma situação de desamparo.²⁵² “É preciso aprender a respirar, arquejar, mamar e amar.”²⁵³ O útero materno, acolhedor, protetor e aconchegante expõe o ser que até então acolhia e protegia.²⁵⁴

Mas não é apenas na infância que se lida com perdas que passam despercebidas ou mesmo que são ignoradas. Durante toda a vida, as perdas e lutos fazem parte do processo de desenvolvimento do ser humano, umas mais fáceis de serem percebidas e outras nem tanto.²⁵⁵ Peguemos a menopausa como exemplo. Nas crises da menopausa, temos a inclinação em acreditar e somos quase convencidos de que tudo gira em torno da questão hormonal e, assim, busca-se freneticamente a superação das crises desta fase da vida através das promessas oferecidas pelo processo de reposição hormonal. Entretanto, além do desequilíbrio hormonal, ocorre outro evento marcante na vida das mulheres que não pode ser ignorado ou esquecido. Há uma grande perda para as mulheres nesta fase da vida. Ela não poderá mais ser mãe gestante. Não é mais fértil. A sua identidade feminina, que numa sociedade patriarcal prevê a procriação quase como obrigação da mulher, fará com que não se sinta mais como um ser completo. Essa exigência se inicia já na infância, quando uma menina descobre que há uma diferença anatômica entre os corpos de meninas e meninos. A menina desenvolverá a sua feminilidade na busca por aquilo constitucional que “lhe falta”. Isso implicará na valorização de seu corpo, da vaidade e da maternidade. Na menopausa, tudo isso já não mais será. “O corpo não é mais o mesmo: cabelos grisalhos, rugas, perda de massa muscular, quilinhos extras, e tudo isso, muitas vezes, ainda coincide com a saída dos filhos de casa. Perdas inevitáveis onde o luto será necessário. As aquisições, as criações, em toda a sua história individual, serão uma bengala importante neste momento.”²⁵⁶

É interessante observar que no caso dos homens esse tipo de cobrança não ocorre. Eles são considerados charmosos com seus cabelos grisalhos, não sofrem a menopausa ou tensão pré-menstrual, entretanto também com eles ocorrem perdas nesta fase da vida. A potência ou impotência masculina são medidas, numa sociedade capitalista e machista, através de suas conquistas materiais – carro, moto, imóveis, ascensão no trabalho – ou por realizações pessoais. Ao que tudo indica, ao envelhecer o luto também está vinculado à perda da saúde, à perda do

²⁵² SLAVUTZKY, 2012, p. 9, 10; WONDRACEK; HERNÁNDEZ, 2004, p. 16; PERES, 2011, p. 107.

²⁵³ WONDRACEK; HERNÁNDEZ, 2004, p. 16.

²⁵⁴ WONDRACEK; HERNÁNDEZ, 2004, p. 15-19.

²⁵⁵ ENGBRECHT, 2001, p. 19.

²⁵⁶ ENGBRECHT, 2001, p. 20, 49, 50, 51.

corpo jovem, perda de ideais, a frustrações por metas não alcançadas, ao sentimento de abandono, desamparo, à perda dos parceiros que já se foram, àquilo que o corpo e a mente não permitem mais realizar e, ainda, em alguns casos, luto por aquilo que ainda não se perdeu, mas que se teme perder, por não ter mais forças para segurá-lo junto de si.²⁵⁷

Essas diversas perdas relacionadas à existencialidade, que em muitos casos passam despercebidas ou são ignoradas, podem deixar o ser humano fragilizado, enlutado e “dependendo do parâmetro de medida utilizado, a perda de alguns papéis será a alavanca para uma depressão”²⁵⁸, pois uma das raízes da depressão é justamente a recusa do luto diante de perdas intensas e profundas e do sentimento de desamparo.²⁵⁹

Por outro lado, é por aí também que passa o caminho para o processo de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento. Afinal, crescer tem a ver com aprender a lidar com crises, perdas e lutos.²⁶⁰ “Crescer é enfrentar o que nos lastima em nossas áreas mais vulneráveis, é integrar o que provoca sofrimento.”²⁶¹ Isso é assim, porque, justamente as perdas que se impõe em muitos momentos da vida, marcam processos de amadurecimento do sistema psíquico que fazem parte dos caminhos de libertação e de autonomia de cada pessoa, assim como acontece na infância, na juventude e segue na vida adulta. “O psiquismo pode estar imaturo quando a pessoa ainda é criança ou quando está vivendo uma situação nova e muito importante para o seu desenvolvimento.”²⁶²

Muitos são os lutos que se enfrentam desde o nascer ao envelhecer. Para Freud, por exemplo, o luto é uma reação normal a perdas, que podem ser as mais diversas, como a perda de uma pessoa amada “ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como pátria, liberdade, ideal, etc.”²⁶³

Atualmente, quando se fala em luto logo se pensa no luto como resultado da morte de alguém próximo e amado. Obviamente, esse luto pode também ser um dos desencadeadores de depressões; mas é necessário cautela antes de chegar a conclusões sobre depressão nestes casos. Essa cautela é necessária devido ao seguinte fato: em alguns indivíduos, a reação frente à morte de um ente querido se apresenta muito semelhante à de um episódio depressivo. O luto se manifesta através de alguns sintomas que são característicos de um episódio depressivo. A diferença é que o luto é um sentimento humanamente natural após

²⁵⁷ ENGBRECHT, 2001, p. 42.

²⁵⁸ ENGBRECHT, 2001, p. 20, 21, 42.

²⁵⁹ SLAVUTZKY, 2012, p. 9, 10.

²⁶⁰ WONDRAČEK; HERNÁNDEZ, 2004, p. 18.

²⁶¹ WONDRAČEK; HERNÁNDEZ, 2004, p. 73.

²⁶² ENGBRECHT, 2001, p. 48.

²⁶³ FREUD, 2011, p. 47.

uma perda de um ente querido. As perdas, o luto, naturalmente podem trazer consigo tristeza, apatia, insônia, perda de apetite, etc., mas se esses sintomas durarem mais de dois meses após a perda, é necessário ficar atento e buscar ajuda profissional.²⁶⁴ Especialmente a perda de um dos pais antes dos onze anos de idade ou então a perda do cônjuge são consideradas estressores primários para o surgimento de uma depressão ou de um estado depressivo.²⁶⁵

Freud relata que a morte de alguém querido e próximo, no fundo, fere a imagem de controle e de imortalidade que habita no inconsciente de cada pessoa. Na realidade o ser humano tem o desejo de negar a morte e eliminá-la da vida, mas ela sempre de novo nos fere e nos leva pessoas amadas. E, ao levar pessoas de nosso círculo, ela sempre nos lembrará a nossa própria vulnerabilidade e fragilidade, bem como da nossa incapacidade de manter, por nossas forças, a vida daqueles e daquelas a quem tanto amamos. É uma espécie de anúncio do nosso fracasso e limitação.²⁶⁶ Por isso, para Freud, o luto e a melancolia andam juntos. Ambos estão ligados à perda, mas apenas um deles, o luto, sabe exatamente o que perdeu; o outro não.²⁶⁷

É importante lembrar que o conceito de luto para Freud está vinculado não apenas à morte, mas a perda ou ao desligamento do objeto amado ou idealizado. O amor a alguém ou ao objeto dá um sentido à existência; por outro lado a perda de alguém ou desse objeto amado provoca profundas crises existenciais, que se manifestam de acordo com o grau de envolvimento. Ao mesmo tempo em que algo ou alguém traz sentido à existência; a ausência desse algo ou desse alguém pode desencadear crises profundas. O fato é, “quem ama, arrisca frustrações, decepções, sofrimento. Mas quem não ama, arrisca muito mais, a saber, o vazio de uma existência tristonha, fria e sem sentido. Por isso mesmo é essencial aprender a amar, a gostar de algo,” mesmo diante dos riscos.²⁶⁸

Outra grande perda que deve ser analisada com atenção e com cuidado é a perda do emprego. De acordo com Kaplan e Sadock, este é outro fator que exerce forte influência no estado de humor de pessoas vulneráveis à depressão. Pessoas desempregadas têm três vezes mais probabilidade de relatar sintomas depressivos do que pessoas que estão empregadas.²⁶⁹ Aqui, é interessante lembrar que a depressão interfere no sistema cognitivo da pessoa. Uma pessoa deprimida e com dificuldades de concentração, de tomar decisões, com raciocínio lento, fica impossibilitada de desenvolver suas atividades com toda a sua desenvoltura original e, com isso, corre o risco de ser demitida. A pergunta é: a pessoa deprimida entra em depressão após

²⁶⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 692.

²⁶⁵ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 579.

²⁶⁶ FREUD, 2011, p. 109.

²⁶⁷ FREUD, 2011, p. 113-114.

²⁶⁸ BRAKEMEIER, Gottfried. **Sabedorias da fé:** num mundo confuso. São Leopoldo: Sinodal, 2014. p. 10.

²⁶⁹ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 579.

ser demitida ou é demitida porque estava deprimida e não conseguia desenvolver a contento as suas demandas profissionais? Fato é que existe uma forte ligação entre depressão e desemprego.²⁷⁰ Estudos sugerem que “o maior impacto econômico da depressão é causado pela perda de produtividade no trabalho, pelo absenteísmo e pelo desemprego.”²⁷¹

A perda do emprego se torna grave não apenas por estar diretamente ligada a manutenção e sustentabilidade, mas especialmente por carregar consigo o estigma social de ter fracassado. A pessoa que perde o seu emprego carrega sobre si o sentimento de inutilidade, de humilhação, de incapacidade e de fracasso.²⁷² O sentimento de estar sobrando em um mundo de tantas e variadas opções é atormentador. Nestes casos, a volta a um novo emprego, a conquista de um novo “lugar ao sol” é, no fundo, uma das formas de reintegração da pessoa no corpo social com novas oportunidades e perspectivas.²⁷³ O desemprego meche com o sentimento de valor e de reconhecimento do ser humano, o que faz com que fique fragilizado e vulnerável.

Sathler-Rosa destaca que no passado, as maiores ameaças que sobrevinham ao ser humano estavam vinculadas a ameaças físicas, como as originadas de ataques de animais selvagens e das intempéries do ambiente natural. Atualmente as maiores ameaças que assombram o ser humano são de outra natureza: “o fim do emprego como o conhecemos; a ruptura familiar; a insegurança financeira face a uma demissão ‘inesperada’ além de muitos outros relacionados ao mundo do trabalho.”²⁷⁴

Os tempos atuais são tempos difíceis para quem trabalha. Ninguém está seguro em seu emprego, mesmo que seja um bom funcionário e que o seu local de trabalho seja próspero, pois a prosperidade da empresa não é garantia de permanência e segurança para o funcionário. Demissões podem ocorrer mesmo que a economia esteja em plena expansão. E isso gera medo, insegurança e angústia nas pessoas. O mundo das profissões também se apresenta instável e tem gerado muitos sobrantes.²⁷⁵

Sathler-Rosa destaca ainda que

As marcas geradas pelo desemprego e pela insegurança de quem trabalha são identificáveis no acirramento da competição excludente, na deterioração de relacionamentos humanos, na violência, em reações como infarto, úlceras, asma, hipertensão além de depressão e angústia, perda de auto-estima [sic], alcoolismo, tabagismo, conflitos familiares e outros mais.²⁷⁶

²⁷⁰ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002, p. 120.

²⁷¹ RAZZOUK; ALVAREZ; MARI, 2009, p. 28.

²⁷² SAFRA, Gilberto. A fragmentação do éthos no mundo contemporâneo. In.: NOÉ, Sidney Vilmar (Org.). **Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral**. São Leopoldo: Sinodal, 2004. p. 10-11.

²⁷³ BRAKEMEIER, 2014, p. 10.

²⁷⁴ SATHLER-ROSA, Ronaldo. **Cuidado pastoral em tempos de insegurança: uma hermenêutica contemporânea**. São Paulo: ASTE, 2004. p. 22.

²⁷⁵ SATHLER-ROSA, 2004, p. 22, 23.

²⁷⁶ SATHLER-ROSA, 2004, p. 22.

Ainda outra perda que podemos citar é a perda da saúde e a chegada de uma doença que ameaça a vida. As doenças graves como o câncer, acidente vascular cerebral, diabete²⁷⁷, doenças degenerativas, doenças do sistema cardiovascular, doença renal terminal, hepatite C, o HIV/AIDS, esclerose múltipla, doença tireoidiana e muitas outras²⁷⁸ estão ligadas à depressão. A associação entre outras condições clínicas não psiquiátricas e a depressão pode ser de cinco a dez vezes maiores em pessoas com alguma enfermidade física do que entre a população geral.²⁷⁹ É muito comum o início de um transtorno depressivo ligado a fases de grandes vulnerabilidades físicas, causadas por doenças graves ou então a coexistência entre ambas.

Nos casos de coexistência entre a depressão e outras enfermidades físicas, é importante que cada uma delas seja tratada dentro de sua especificidade. Não é prudente tratar apenas uma delas na expectativa de que esse tratamento sanará os problemas da outra. O importante é que se tenha uma visão do ser humano em sua integralidade. Se a depressão for devidamente tratada a partir de sua singularidade e em conjunto com possíveis outras enfermidades físicas, é muito possível que a pessoa tenha mais capacidade de superação.²⁸⁰

Poderíamos citar ainda muitos outros exemplos de perdas como as causadas pelo divórcio, pelo desligamento do trabalho através da aposentadoria, pela perda da infância e chegada da adolescência, mudança de habitação contra a vontade, perda da guarda dos filhos, etc., o que se estenderia bastante neste momento da pesquisa. Mas a ser aqui destacado, é o fato de que “quase todas as pessoas que sofrem de depressão grave relataram que algo doloroso lhes aconteceu pouco antes do início da depressão”.²⁸¹ Assim, é importante que percebamos a ligação entre perdas, lutos, traumas, desamparos e depressões.

2.1.2 Abuso físico ou sexual

Maus tratos, abuso físico ou sexual parecem aumentar a probabilidade para o desenvolvimento da depressão por tornarem a resposta cerebral e psíquica mais sensível e intensa frente a diferentes estressores do cotidiano em qualquer fase da vida.²⁸² Porém, as crianças podem ser mais prejudicadas com esse tipo de situação. Férida inclusive menciona

²⁷⁷ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 351.

²⁷⁸ OLIVEIRA, Renato Daltro de; LIMA, Rafaela Araujo; JESUS, Mychelle Morais-de-; QUARANTINI, Lucas C. Depressão e condições médicas gerais. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 133-153; AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002, p. 133-150.

²⁷⁹ OLIVEIRA; LIMA; JESUS; QUARANTINI, 2013, p. 133.

²⁸⁰ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002, p. 134.

²⁸¹ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002, p. 119.

²⁸² TOLMAN, 2009, p. 13.

as brutalizações relacionadas à fala, à expressividade, ao diálogo e a repressões. Segundo o referido autor, “não é raro que os pacientes deem mostras de ter sofrido brutalização por um dos genitores, ou por um outro adulto, no momento em que queriam falar, explicar-se, colocar questões, expressar o que estavam vivendo e o que tinham vivido.”²⁸³

Abusos físicos e sexuais ocorridos na infância deixam traumas nas pessoas que, mais tarde, podem se manifestar através de inseguranças e confusões quanto às percepções de si mesmas e de seus próprios sentimentos. Ficam confusas e não sabem se são culpadas ou inocentes pelas violências sofridas ou se o criminoso tinha razão no seu modo de compreender as coisas. Recriminam-se e se culpam por não terem resistido de modo claro, “e desse modo elas, que na verdade são vítimas de um ato violento, declaram-se praticamente cúmplices e sobrecarregam-se com um peso adicional”²⁸⁴, peso que as acompanha e as atormenta por longos ou infundáveis períodos. Assim, é necessário saber que muitas depressões manifestadas em adultos têm as suas raízes encravadas em experiências e traumas do passado, da infância (experiência, de perdas, desamparos, traumas, abandonos, separações, violações).²⁸⁵

Por isso, saber ouvir com paciência e atenção receptiva pode ser extremamente curativo e terapêutico, pois permite ao outro descobrir algo que talvez ainda não conhecesse, “o sentimento de ser escutado na liberdade de seu próprio ritmo de pensamento e expressão.”²⁸⁶

Pesquisas apontam que violência e abusos geram novas formas de violências e brutalizações. “James Poling (1997) afirma que homens violentos com quem tem trabalhado em aconselhamento pastoral assimilaram sua violência de duas fontes: suas experiências por terem sido vítimas de violência no passado, geralmente quando crianças, e ‘o poder, privilégio e encorajamento que receberam’ de ideologias ligadas à raça, gênero, classe social, idade, ‘as quais estabeleceram a dominação como uma forma de ser humano (masculino).”²⁸⁷ Ou seja, as construções de desigualdades de poder garantem que todos terão algum objeto a explorar como compensação por aquilo que sofreu. “Uma criança que foi abusada será capaz de chutar o cachorro, perseguir o gato ou mutilar uma boneca. [...] a violência passa de uma geração a outra por meio da experiência vivida.”²⁸⁸

²⁸³ FÉDIDA, 2009, p. 31.

²⁸⁴ RAUCHFLEISCH, 2014, p. 29.

²⁸⁵ FÉDIDA, 2009, p. 182.

²⁸⁶ FÉDIDA, 2009, p. 31.

²⁸⁷ SATHLER-ROSA, 2004, p. 107.

²⁸⁸ SATHLER-ROSA, 2004, p. 107.

Destaca-se, com isso, a relação entre psicopatologia e estresses, desamparos, lutos e traumas causados precocemente como: o cuidado parental inadequado, a falta de afeto, a humilhação, o abuso físico ou sexual são relatados em muitos casos de transtornos do humor, de ansiedade e de personalidade. A depressão está muito associada a fatores de risco que podem ocorrer na infância, na adolescência ou mesmo na vida adulta.²⁸⁹

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 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.²⁹⁰

Quanto mais cedo a pessoa sofre a influência de agentes estressantes relacionados a abusos físicos, psíquicos ou sexuais, mais difícil se torna o tratamento, pois podem ocorrer alterações na estrutura cerebral que seriam mantidas ao longo da vida e se mostrando como resistentes a várias formas de tratamentos medicamentosos. Especialmente em casos assim é necessário e de fundamental importância recorrer a psicoterapias que trabalham, não apenas com a ideia de “cérebro desregulado”, mas, com a dimensão mais profunda do ser, a psique, com seus traumas, desamparos e lutos, sejam eles conscientes ou inconscientes.

2.1.3 Sentimento de culpa

O sentimento de culpa, angústia e pecabilidade estão muito próximos uns dos outros.²⁹¹ Quando tais sentimentos incluem análises negativas e irrealistas referente ao próprio valor e levam a ruminções acerca de erros, falhas e fracassos do passado, podem causar ou estar associados a depressões. Nestes casos, a pessoa terá a tendência de sempre interpretar mal e com grande sofrimento acontecimentos triviais, normais e até mesmo neutros do cotidiano como provas de falhas, de indignidade e defeitos pessoais, desenvolvendo em torno de si um exagerado e desproporcional senso de responsabilidade pelas mais variadas adversidades da vida, ruminando-as em seu cotidiano.²⁹²

Um corretor imobiliário, por exemplo, pode culpar-se pelo seu fracasso nas vendas, mesmo quando há um colapso geral no mercado e os outros corretores também não conseguem vender. O sentimento de desvalia ou culpa pode assumir proporções delirantes (p. ex., convicção de ser pessoalmente responsável pela pobreza que há no mundo).²⁹³

²⁸⁹ MELLO et al., 2009, p. 229.

²⁹⁰ 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.

²⁹¹ MALTA, 2010, p. 104.

²⁹² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 350.

²⁹³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 350.

Este caso exemplifica um sentimento desproporcional de culpa, incapacidade e fracasso frente a eventos que ultrapassam o limite de alcance e de responsabilidade pessoal, mas que a pessoa deprimida não consegue perceber. Em sua leitura e interpretação da realidade, a pessoa se autoconsidera causadora e culpada por aquela determinada situação se apresentar assim. O exercício de autoanálise se transforma em exercício de autodestruição, porém a autoanálise é muito diferente da autodestruição, mas quando se trata de pessoas em estados depressivos, as duas situações se confundem com muita facilidade.²⁹⁴

O sentimento de culpa pode se fazer tão constante a ponto de ficar a dúvida se é uma das possíveis causas ou um dos sintomas depressivos. Solomon nos dá uma dica ao relatar que, em muitas ocasiões, os próprios sintomas da depressão podem ser a sua causa. Assim que, a angústia é deprimente, mas a depressão também pode causar o sentimento de angústia.²⁹⁵

Malta, refletindo sobre Kierkegaard em relação a angústia humana, relata que o sentimento de culpa e de angústia caminha junto do ser humano desde o pecado original (Gn 1.16-17). A partir do momento em que o ser humano tem o conhecimento do bem e do mal, depois de comer o fruto proibido, ele se percebe angustiado pela transgressão agora consumada. Pior que isso, “o primeiro homem se angustia ainda mais por saber que antes de comer o fruto proibido já estava angustiado, senão não teria pecado, pois a falta provocada pela angústia e a possibilidade da pecabilidade o impulsionaram a pecar”.²⁹⁶

Angústia e culpa são sentimentos que estão intrinsecamente ligados à humanidade. Também a angústia e a liberdade andam juntas, pois a liberdade é limitada pelas necessidades e pelo querer; e ilimitada pelas possibilidades de escolher. Às vezes, é justamente a possibilidade de escolhas que pode se tornar angustiante para muitas pessoas e reforçar o sentimento de culpa, pois, no difícil exercício da liberdade, escolher algo significa abrir mão de outros algos. Entretanto, a angústia causada pelo sentimento de culpa pode também abrir o ser humano ao transcendente, à busca por um sentido vital e profundo de sua existência no exercício de sua liberdade;²⁹⁷ ou então fechá-lo em torno de rumações referentes a culpas desproporcionais e imerecidas, que por ele foram existencialmente absorvidas, o que, neste caso, poderia levar a pessoa ao estado depressivo.²⁹⁸ O sentimento desproporcional de culpa e de angústia são sentimentos que devem ser observados em casos de depressão, pois há uma estreita ligação entre ambos.

²⁹⁴ SOLOMON, 2010, p. 146.

²⁹⁵ SOLOMON, 2010, p. 90.

²⁹⁶ MALTA, 2010, p. 105.

²⁹⁷ MALTA, 2010, p. 104-108.

²⁹⁸ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 350.

2.1.4 Depressão e substâncias psicoativas

O abuso e o consumo de substâncias psicoativas é um problema característico que, além de causar dependência física e psicológica, pode levar ao desencadeamento da depressão. É comum diagnosticar e perceber entre pessoas que abusam do consumo de substâncias, sintomas da depressão.²⁹⁹ Dentre as substâncias psicoativas que são nocivas estão, por exemplo: o álcool, as drogas, os inibidores de apetite, os antidepressivos.³⁰⁰

Existe uma grande armadilha para aqueles que buscam amenizar a dor de sua depressão através do uso de substâncias psicoativas. As drogas ilícitas causam efeitos desejados de alívio de forma imediata, quase instantaneamente; apenas depois surgem os efeitos colaterais indesejáveis. No uso de medicamentos antidepressivos lícitos, os primeiros efeitos e resultados são os efeitos colaterais e indesejáveis, que precedem os possíveis efeitos desejáveis de alívio.³⁰¹

As pessoas deprimidas, na maioria das vezes, usam as substâncias como forma de automedicação na expectativa de que os seus efeitos ajudem a melhorar seu estado de espírito.³⁰² E pode até funcionar por um curto período de tempo, mas o problema do uso abusivo de substâncias causa sérios prejuízos, pois pode alterar o funcionamento da atividade cerebral.

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.³⁰³

Outras substâncias como a nicotina, o álcool, a maconha, a heroína e cerca de vinte outras pesquisadas e conhecidas atualmente, exercem efeitos no sistema da dopamina. O álcool está também ligado ao sistema serotoninérgico.³⁰⁴

O uso de substâncias psicoativas leva a depressão ou a depressão leva ao uso de substâncias psicoativas como forma de enfrentamento? Essa pergunta não tem uma resposta simples e evidente. O fato é que ambas formam um ciclo. Uns usarão substâncias psicoativas como automedicação e como alívio frente a sua situação, ao seu estado; outros vulneráveis a substâncias psicoativas e à depressão podem ter um transtorno depressivo desencadeado pelo

²⁹⁹ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 419.

³⁰⁰ 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.

³⁰¹ SOLOMON, 2010, p. 327.

³⁰² TOLMAN, 2009, p. 32; STONE, 2010, p. 39.

³⁰³ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002, p. 146.

³⁰⁴ SOLOMON, 2010, p. 328.

uso de substâncias.³⁰⁵ Fato é que, apesar de as duas formarem um ciclo muito comum, não podem ser usadas exclusivamente como causa e efeito ou mesmo como sinônimos.³⁰⁶

No entanto, estima-se que aproximadamente 10 a 30% das pessoas etilistas apresentem depressão e que 37% delas tem ainda outro diagnóstico psiquiátrico, como transtorno afetivo, de ansiedade, psicótico ou da personalidade.³⁰⁷ O diagnóstico feito a partir do uso de substâncias psicoativas é caracterizado pelo histórico de abusos, evidência de intoxicação, gravidade dos sintomas em casos de abstinência ou de intoxicação. Tolman registra que o DSM-IV observa que apenas em casos dos sintomas persistirem por mais de quatro semanas é que podem ser caracterizados e relacionados ao humor, pois os sintomas da abstinência podem durar até quatro semanas.³⁰⁸

Na realidade a depressão pode ser desencadeada e surgir a partir de muitas causas e diversos estressores diferentes. No entanto, a partir da compreensão psiquiátrica, é possível ainda que ela surja sem grandes ou nenhuma influência estressante ou traumática externa. Que surja na normalidade da vida da pessoa. Quando isso ocorre, quando a depressão surge sem causa aparente alguma ou com ínfimos estressores externos, ela pode estar ligada a fatores genéticos e hereditários.

2.1.5 Depressão e hereditariedade/gene

Diversas pesquisas e estudos de caso apontam para o fato do envolvimento de que fatores genéticos hereditários estejam associados à depressão. Nestes casos, os estressantes externos, os traumas relacionados a diferentes dimensões da vida teriam menos influência sobre o estado de humor de alguns indivíduos, pois esses seriam mais vulneráveis.³⁰⁹

Segundo o DSM IV-TR³¹⁰ e o Compêndio de Psiquiatria³¹¹, a depressão unipolar é 1,5 a 3 vezes mais comum entre parentes biológicos de primeiro grau do que entre a população geral. O que acontece é que os genes vão determinar os atributos herdados dos progenitores, e isso ocorre de forma complexa.

Cada uma das células do seu corpo possui entre cinquenta mil e cem mil genes, todos formados por uma substância chamada ácido desoxir-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

³⁰⁵ SOLOMON, 2010, p. 327.

³⁰⁶ STONE, 2010, p. 37.

³⁰⁷ DUALIBI, Kalil; PEREIRA, Luciana Reis; MUCCI, Ligia. Depressão e comorbidades psiquiátricas. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 151.

³⁰⁸ TOLMAN, 2009, p. 32.

³⁰⁹ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 578.

³¹⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 369.

³¹¹ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 578.

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 herdam dos pais um ou mais genes anormais, que podem levar a problemas de saúde.³¹²

A influência da herdabilidade das depressões está estimada entre 40 a 50% dos casos. Angst e Perris estudaram especialmente os poliformismos no gene transportador da serotonina, encontrando maior frequência do TDM entre parentes de pessoas com depressão unipolar.³¹³

Existe uma estimativa que prevê que entre 40 a 79% da vulnerabilidade para a depressão maior seriam explicados por fatores genéticos. Nestes casos, essas pessoas teriam uma grande tendência de apresentarem quadros mais precoces, graves e recorrentes. E quanto mais precoce a depressão nos pais, torna-se maior o risco de depressão nos filhos.³¹⁴

Outro estudo relata que descendentes de pais deprimidos apresentam três vezes mais chances de serem diagnosticados com depressão maior do que entre os de pais não deprimidos. Mas, se os descendentes de deprimidos não apresentarem depressão, é mais difícil que os seus filhos a desenvolvam. Ou seja, “o efeito da depressão maior dos avós só foi observado quando a segunda geração também apresentava o diagnóstico de depressão maior”.³¹⁵ Segundo Kaplan e Sadock, a probabilidade de ter um transtorno de humor diminuirá na medida em que o grau de parentesco se afastar.³¹⁶

Estudos realizados em gêmeos monozigóticos corroboram a tese da herdabilidade de sintomas depressivos. A taxa de concordância fica em torno de 50% dos casos; em casos de gêmeos dizigóticos ela cai para 10 a 25%.³¹⁷ “Pesquisas realizadas em gêmeos idênticos adotados favoreceram o argumento a favor do papel genético na doença depressiva. Os gêmeos idênticos que foram criados em ambientes separados se mostraram deprimidos 67 por cento das vezes”.³¹⁸

Em casos de adoção geral, independentemente de filhos gêmeos monozigóticos ou dizigóticos, filhos biológicos de pais depressivos correm o risco maior de sofrerem transtorno

³¹² AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002, p. 104.

³¹³ SOUZA; VIEIRA, 2013, p. 54.

³¹⁴ SALOMA, Andiará Calado De et al. Depressão na Infância e na adolescência. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 57.

³¹⁵ MCGIRR, Alexander; BERLIM, Marcelo Turkienicz; TURECKI, Gustavo. Aspectos genéticos da depressão. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 193.

³¹⁶ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 578.

³¹⁷ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 578.

³¹⁸ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002, p. 107.

de humor, especialmente transtorno depressivo maior, mesmo quando adotados por famílias não depressivas e criados em ambientes diferentes daqueles de sua origem biológica.³¹⁹

Estas descobertas e estes dados vêm apontando para uma grande influência de fatores genéticos em casos de depressão, em termos de vulnerabilidade e predisposição à patologia. Em todos os casos de depressões, o importante é a busca por ajuda terapêutica, através de técnicas conjugadas - psicológica, médica, psiquiátrica, pastoral, etc. - que ofereçam cuidado e solidariedade junto aos que sofrem.³²⁰

2.1.6 As exigências e pressões da vida contemporânea

Diferentes vertentes do campo da Psicologia e das ciências humanas estão atentas aos modelos de estilos de vida em que o ser humano está inserido. Isso porque vivemos períodos de grandes questionamentos, mudanças e de adaptações em relação ao ser humano e as suas mais diversas formas relacionamentos com o mundo que está em sua volta.³²¹ Esse novo quadro complexo em que o ser humano contemporâneo está inserido pode ser ou tornar-se doentio e adoecedor. Afinal de contas, a saúde e o bem-estar não dependem exclusivamente do bom funcionamento dos órgãos e de ausência de sintomas considerados patológicos, mas de muitas outras variáveis em que o indivíduo está integralmente inserido, inclusive a sua vida psíquica. Conseqüentemente, muitas dessas dimensões da realidade podem se tornar pesadas e, em muitas ocasiões, esmagadoras.³²²

O peso que o ser humano, nosso contemporâneo, tenta carregar sobre os ombros é impressionantemente maior do que as forças que ele tem a disposição. Anda encurvado, cabisbaixo. Enfrenta uma situação parecida com aquela descrita na mitologia grega, que relata sobre o castigo de Atlas. O ser humano é exigido, se autoexige, tenta, e às vezes acha que conseguirá, carregar e sustentar o peso do mundo e do firmamento sobre suas costas, o que se torna desumano e tem sido a causa do adoecimento de muitas pessoas. Ninguém de nós “deveria sentir-se isoladamente responsável por carregar todo o peso do mundo ou do firmamento sobre si. Seria um ‘castigo’ totalmente injusto, uma dívida não cobrável, uma responsabilidade impossível de ser assumida”.³²³

³¹⁹ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 578.

³²⁰ GOMES, 2010, p. 194.

³²¹ MALTA, 2010, p. 100.

³²² GLASENAPP, Rosane. Novas cartografias na saúde coletiva: a espiritualidade na atenção primária à saúde (APS). In.: RODRIGUES, Margaret (Org.). **Cuidado integral:** ações contemporâneas em saúde. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2012. p. 95, 96.

³²³ ASSMANN, Hugo; SUNG, Jung Mo. **Competência e sensibilidade solidária:** educar para a esperança. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 9.

A depressão, assim, é característica um estilo de vida e de existência em que o ser humano se sente incapaz de encontrar alguma outra forma de lidar com as exigências de nossa sociedade contemporânea, “seja pelo individualismo reinante, pela cobrança excessiva de competência no trabalho, seja pelo avanço tecnológico e o desemprego.”³²⁴ A partir dessa perspectiva, a depressão pode ser também compreendida como uma

[...] reguladora da vida psíquica, atrelada tanto a uma condição de origem do espaço psíquico como ao próprio estado de desamparo inerente à condição humana. É uma forma de reação da civilização aos seus mal-estares, é o recurso que surge ante as ameaças da vida psíquica já anunciadas por Freud no artigo O mal-estar na civilização.³²⁵

Kehl reforça essa ideia ao dizer “que as depressões, na contemporaneidade, ocupam o lugar de sinalizador do ‘mal-estar na civilização’ que desde a Idade Média até o início da modernidade foi ocupado pela melancolia.”³²⁶ Assim, pontuaremos a seguir alguns sintomas do nosso “mal-estar contemporâneo” que se apresentam como alguns dos muitos fardos que pesam sobre os ombros do ser humano, a ponto de deixá-lo encurvado como o *Atlas* da mitologia grega, aquele que foi condenado a sustentar o peso do firmamento e do mundo sobre si.

2.1.6.1 *Competição desmedida*

O modelo de vida em que estamos inseridos, extremamente competitivo, impõe fardos incompatíveis com as capacidades que desenvolvemos ao longo do desenvolvimento existencial e da nossa história de vida. Vivemos uma espécie de “darwinismo social” onde reina uma espécie de competição desmedida em que os “mais aptos” são selecionados e, a seu modo, sobrevivem. Consequentemente, as pessoas que não se enquadram nas superexpectativas desse modelo são sobrantes condenadas à solidão, ao abandono, ao desemprego, à pobreza, à existência marginal, sendo assim devoradas por um sistema cruelmente capitalista.³²⁷

Segundo Kehl, um povo que valoriza a competitividade e a conquista, mesmo que se limite à lógica do mercado capital, não é capaz de amar e cuidar de seus deprimidos, pois, a título do discurso capitalista, ela mesma é responsável pelo desenvolvimento e desencadeamento de tal mal que se instala entre o seu povo.³²⁸

³²⁴ MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. **Depressão:** uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100009>. Acesso em 29 de Set. 2014.

³²⁵ MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. **Depressão:** uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100009>. Acesso em 29 de Set. 2014.

³²⁶ KEHL, 2009, p. 22.

³²⁷ BRAKEMEIER, Gottfried. **O ser humano em busca de identidade:** contribuições para uma antropologia teológica. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Paulus, 2002. p. 12.

³²⁸ KEHL, 2009, p. 22.

Um modelo de vida que se baseia na lógica da competição desmedida e da constante concorrência é devorador da esperança do próximo e se reflete não apenas na esfera comercial, mas também no âmbito das relações.

O outro tornou-se um inferno [...] No individualismo contemporâneo, a impessoalidade converteu-se em indiferença e os elos afetivos da intimidade foram cercados de medo, reserva, reticência e desejo de autoproteção. Pouco a pouco desaprendemos a gostar de gente. Entre quatro paredes ou no anonimato das ruas, o semelhante não é mais o próximo-solidário, é o inimigo que traz inquietude, dor e sofrimento. Conhecer alguém; aproximar-se de alguém; relacionar-se intimamente com alguém passou a ser uma tarefa cansativa. Tudo é motivo de conflito, desconfiança, incerteza e perplexidade.³²⁹

O modelo competitivo da busca desenfreada por sucesso e prosperidade, o da lógica de ser sempre o/a melhor, de estar sempre em evidência, em primeiro plano, é um modelo social adoecido. “Em sociedades animais, o tema essencial do sucesso é ‘eu sou mais forte que você’, enquanto que nas sociedades humanas é, num grau muito maior, ‘eu sou incrivelmente bom’”³³⁰, melhor que você. Frente a essa realidade se revela o seguinte fato, assim como um animal pode ficar deprimido por ser espancado pelo seu grupo, o ser humano pode ficar doente e deprimido por não estar em alto conceito ou por não ser digno de admiração diante de seus semelhantes, por não ter atingido aquele nível de superexpectativas irreais e irrealizáveis que foram projetados sobre si ou que ele mesmo projetou sobre si.³³¹ É necessário atentar ao seguinte fato, como vivemos num mundo que é falho e vulnerável, pessoas perfeccionistas³³² tendem ser deprimidas e, ao mesmo tempo, pessoas das quais se exige constante perfeição tornam-se mais vulneráveis à depressão.³³³

Tudo aquilo que está relacionado a exigências supra-humanas, deveria ser descartado, para o bem da humanidade. Tudo aquilo que se enquadra na categoria do dever, do ter que fazer. O livre prazer deveria ocupar o lugar do patológico e irrealizável dever de ter que fazer e ser. Tenho que ser o mais rápido, o melhor e realizar tudo com perfeição e sem erros. Tenho que ser uma boa mãe e um bom pai, sempre disponível; tenho que ser um bom filho, uma boa filha. Tenho que alcançar a perfeição em tudo.

Ao escrever numa revista popular, certa escritora sugeriu que a sua depressão tinha como base uma atitude que dizia: “Eu devo ser uma boa anfitriã, mãe, esposa e amiga perfeita. Não posso falhar. Devo contribuir para a comunidade servindo nos vários comitês e contribuindo para quem me pedir.” Esta senhora havia estabelecido padrões muito altos, impossíveis de serem alcançados. Ao falhar, sentiu-se deprimida.³³⁴

³²⁹ SATHLER-ROSA, 2004, p. 24.

³³⁰ SOLOMON, 2010, p. 575.

³³¹ FREUD, Sigmund. **O Mal-Estar na Civilização**. Rio de Janeiro, RJ: Imago Editora LTDA, 1974. p. 19; SOLOMON, 2010, p. 577.

³³² Brakemeier registra, por exemplo, que o perfeccionismo é, no fundo, algo desumano. BRAKEMEIER, 2002, p. 216.

³³³ SOLOMON, 2010, p. 104.

³³⁴ COLLINS, Gary R. **Aconselhamento Cristão**. São Paulo: Vida Nova, 1984. p. 81.

É humanamente impossível não cometer erros e equívocos, saber disso é libertador, pois “a quebra das minhas ilusões também rompe a couraça que eu construí à minha volta. E assim sou aberto ao meu verdadeiro Eu, para a imagem original e verdadeira que Deus fez de mim.”³³⁵

O problema ainda se agrava se pensarmos que as superexpectativas projetadas sobre o ser, além de irrealizáveis, são mutáveis e flutuantes. Os modelos sociais contemporâneos são extremamente líquidos, metamórficos e inconstantes. Querer estar sempre em alto e admirável conceito parece ser algo irreal, e doentio. Sendo assim, para a humanidade a lei da selva se mostra como mortal.³³⁶ Além do mais, lembra-nos bem Solomon, os animais selvagens estão livres de alguns fardos que pesam sobre o ser humano. Animais selvagens, por exemplo, não precisam assumir empregos dos quais não gostam ou vão se arrepender; “não se forçam a interagir calmamente, ano após ano, com aqueles de quem não gostam; não brigam pela custódia do filho” e, no final, isso faz muita diferença.³³⁷ Ao que tudo indica, o modelo de vida atual em que estamos inseridos é complexo e faz com que vivamos em uma sociedade adoecida, patologizada e fragilizada.

2.1.6.2 Formação para o mercado de trabalho e a coisificação do ser humano

No âmbito das escolhas profissionais, temos a sequência da problemática. A busca pelo espaço do exercício profissional exige cada vez mais conhecimentos técnicos e específicos das pessoas que querem se candidatar a tal vaga. Há pouco mais de uma década atrás, século XX, ter um diploma de datilografia era uma vantagem para ingressar no mercado de trabalho, era motivo de orgulho, tanto assim que o diploma ia parar numa moldura na parede da casa. Poderíamos nos perguntar o que vale hoje um diploma de datilografia?³³⁸

Percebe-se, atualmente, uma explosão de ofertas de cursos técnicos que servem para instrumentalizar o ser humano para que assim se torne uma boa ferramenta no atual mercado de trabalho. Entretanto, não se percebe, nem de longe na mesma proporção, uma procura e oferta no mercado de trabalho de cursos que ofereçam formação ligada, por exemplo, à poesia, à filosofia e a tudo aquilo que envolve métodos de profunda reflexão humana. Para o nosso modelo de mercado atual, isso parece desperdício e perda de tempo. O que se quer é uma formação técnica, instrumental que, apesar de limitada, não deixa a máquina capital parar. Mas justamente aí reside uma grande armadilha, pois as técnicas para suprir as

³³⁵ GRÜN, 2011, p. 55.

³³⁶ BRAKEMEIER, 2002, p. 17.

³³⁷ SOLOMON, 2010, p. 577.

³³⁸ CORTELLA, Mario Sergio. **Não nascemos prontos!**: provocações filosóficas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. p. 93.

exigências do mercado sempre são cambiáveis, se modificam, se transformam, pois as exigências do mercado são flutuantes. Novos níveis de qualidade são exigidos a cada novo dia. O que faz com que novas técnicas e invenções logo se tornem ultrapassados e obsoletos. E, pior ainda, o ser humano que as desenvolveu e as dominava, tão logo também é descartado, pois não atende mais a demanda e as exigências do mercado atual. Neste processo, toda a dimensão emocional, afetiva e humana do ser humano é completamente ignorada, prioriza-se apenas a sua dimensão funcional, instrumental, maquinal.³³⁹

Ao mesmo tempo em que assistimos uma explosão de lançamentos e novos inventos tecnológicos, o cérebro humano parece evoluir de forma mais lenta. Não conseguimos sequer acompanhar o modelo de vida no qual estamos inseridos. O ser humano está cercado de uma parafernália tecnológica da qual não domina e não sabe bem como usar, até mesmo na área da saúde tem-se a “sensação de que a tecnologia médica avançou além da capacidade médica de usá-la sabiamente”.³⁴⁰

O próprio universo das profissões é complexo e confuso.

A invisibilidade das profissões cuja contínua diversificação resulta numa gama de possibilidades além da nossa compreensão. Nas sociedades pré-industriais, uma criança podia caminhar por sua aldeia e ver os adultos trabalhando. Escolhia (onde a escolha era possível) seu próprio trabalho com base em uma compreensão bastante completa do que acarretava cada uma das ocupações disponíveis – o que era ser um ferreiro, um moleiro ou um padeiro. [...] isso não é verdade em nossa sociedade pós-industrial. Poucas pessoas sabem desde a infância o que faz exatamente um gerente de fundos ou um administrador de cuidados de saúde ou um professor-adjunto, ou como seria ter essas profissões.³⁴¹

Isso gera insegurança, medo e instabilidade, pois muitas pessoas não sabem ao certo o que é ou que fazem determinadas profissões ou cargos. É fato também que muitas formas de exercício profissional estão sobrecarregando, vulnerabilizando e fazendo com que pessoas adoçam física e psicologicamente. Uma pesquisa realizada pelo King's College de Londres revelou que “profissões que exigem atenção constante e respostas velozes durante muitas horas por dia provocam depressão (e ‘estresse’) entre os que se dedicam a elas”.³⁴² Os sintomas depressivos mais relatados entre o grupo de trabalhadores investigados são: desânimo, falta de prazer na vida, sentimento de vazio e de inutilidade.³⁴³

Outro grande problema que se escancara no meio profissional é o processo de desumanização. Existe uma “frieza” generalizada e instalada nos diversos meios do exercício

³³⁹ CASTANHO, Sérgio; CASTANHO, Maria Eugênia L.M. (Orgs.). **O que há de novo na educação superior: o projeto pedagógico à prática transformadora**. Campinas, SP: Papirus, 2000. 95-131.

³⁴⁰ GLASENAPP, 2012, p. 107.

³⁴¹ SOLOMON, 2010, p. 579.

³⁴² KEHL, 2009, p. 148.

³⁴³ KEHL, 2009, p. 148.

profissional. A supremacia da razão e da objetivação afastou o ser humano de si mesmo e do seu próximo.³⁴⁴

A desumanização, a tecnização e a despersonalização do ser humano faz com que o sujeito se torne objeto desfigurado, sem identidade e fique, paulatinamente, sem dignidade a ser considerada. Esse processo degradador culmina na ideia de que a pessoa somente tem um valor sob o aspecto comercial. Ou seja, importa o que ela tem; não o que ela é. Se não tem nada a oferecer, é objeto de manobra e de exploração, mercadoria “que se compra ou se despreza, força que se impõe ou sucumbe, máquina que vira sucata tão logo deixa de funcionar”³⁴⁵ ou assim que não tenha nada a oferecer. Esses sobrantes, com sua dignidade humana ignorada por este modelo adoecido de vida, “não servem mais para modernos processos produtivos, nem são consumidoras. Assim, elas acabam sendo vistas como um estorvo ao *progresso* e à vida de bem-estar (alto padrão de consumo) da população integrada no mercado.”³⁴⁶

As pessoas são destituídas de seus nomes e passam a ser conhecidas por números ou funções. São “substituídas por abstrações, entidades econômicas, lucros e dinheiro”.³⁴⁷ Seres humanos são tratados “matematicamente, informaticamente, estatisticamente, contados como animais, sendo tidos em menor apreço do que esses”.³⁴⁸

Esse processo de desumanização tem muitas facetas e fundamenta, por exemplo, explorações desmedidas, apartheids sociais, violência endêmica em várias esferas da vida e disputas desumanas por poder.³⁴⁹ Com isso, constitui-se não apenas um modelo de vida injusto e doentio, mas especialmente desumano, pois o ser humano deixa de ser visto e compreendido como humano.

Esse modelo de trabalho, de competitividade desmedida, de escravidão estrutural produtiva, de racionalismo exacerbado, de despersonalização e desumanização está relacionado à cegueira causada pela ganância capital. Nessa cegueira, o ser humano passa a funcionar como uma máquina.³⁵⁰ No entanto,

Há algo nos seres humanos que não se encontra nas máquinas, [...] o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e de sentir-se afetado. Um computador e um robô não têm condições de cuidar do meio ambiente, de chorar

³⁴⁴ MALTA, 2010, p. 100.

³⁴⁵ BRAKEMEIER, 2002, p. 13.

³⁴⁶ SUNG apud SATHLER-ROSA, 2004, p. 23.

³⁴⁷ WONDRACEK, Karin Hellen Kepler. Jornada de um afeto em busca de seus fios. In.: WONDRACEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma**. Tramas e tempos da depressão. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012. p. 95.

³⁴⁸ HENRY, Michael apud WONDRACEK, 2012, p. 95.

³⁴⁹ BRAKEMEIER, 2002, p. 12, 13.

³⁵⁰ BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 97.

sobre as desgraças dos outros e de jubilar-se com a alegria do amigo. Um computador não tem coração.³⁵¹

Para Boff, o sentimento e atitude que pode mudar esse quadro, é o cuidado. O ser humano que não sente mais, não se deixa tocar pela dor do outro, que não se emociona, não se envolve, que é frio e calculista, está mais para máquina que para humano. Boff segue a sua reflexão e relata que o cuidado essencial é capaz de transformar em sujeitos aquilo que a fria razão coisificou e tornou objeto de descuido, de uso e de exploração. O cuidado é o sentimento e atitude que torna pessoas, coisas, situações e toda a criação divina, em algo extremamente importante,³⁵² e aquilo que é importante para nós se torna alvo do cuidado mais profundo e indelével que está na essência do ser humano. O cuidado está mais para a emoção e para o coração do que para a fria e calculista razão do uso utilitário das coisas, criaturas e pessoas. Essa parece ser a forma de resgatar humanidade mais essencial, fontal e ontológica do ser humano.³⁵³

2.1.6.3 Relações interpessoais adoecidas

A complexidade patológica da vida humana contemporânea se reflete também na esfera das relações. As pessoas, com poucas exceções, nasciam, cresciam, casavam e morriam numa mesma localidade ou região.³⁵⁴ Atualmente as pessoas conhecem centenas e milhares de outras pessoas que são de muitos lugares diferentes, no entanto, vivem isoladas em seu individualismo e se baseiam na lógica do descartável. Tudo se tornou descartável, inclusive o ser humano foi coisificado e também se tornou descartável.³⁵⁵ Esse fator revela que a vida humana e os laços relacionais já não possuem muito valor, pois a pessoa que foi coisificada pode ser usada, manobrada, manipulada, explorada e desprezada, assim como se faz com os objetos descartáveis, que começou com um simples guardanapo de papel.³⁵⁶

O núcleo familiar, por exemplo, se encontra fragilizado, fragmentado e com novos modelos.³⁵⁷ As figuras que assumiam papel central no processo de cuidado e condução familiar vivem atualmente sem tempo para exercer a sua vocação específica no seio familiar.

Não existe lugar para o diálogo entre pais e filhos; as pessoas estão sempre correndo, o tempo diário no trabalho aumentou; é exigido que os adultos dediquem-se mais ao trabalho e conseqüentemente há uma dedicação mínima aos filhos, que vêm experienciando cada vez mais vivências de abandono; afinal, seus pais não brincam mais com eles, não os põem para dormir. Outro ponto a refletir é o divórcio, que aumentou consideravelmente e que provocou mudanças significativas na estrutura

³⁵¹ BOFF, 2008, p. 99.

³⁵² BOFF, 2008, p. 100.

³⁵³ BOFF, 2008, p. 102-103.

³⁵⁴ SOLOMON, 2010, p. 580.

³⁵⁵ MALTA, 2010, p. 101,102.

³⁵⁶ BRAKEMEIER, 2002, p. 10.

³⁵⁷ PERES, 2011, p. 134, 135.

familiar: no mais das vezes, o filho vê-se obrigado a decidir entre o amor da mãe e o amor do pai, ou é acoplado a uma família que não é originalmente a sua.³⁵⁸

Kehl chama a atenção para o perigo dessa falta de tempo, das correrias cotidianas e enlouquecedoras. Segundo essa autora, as depressões são denúncias de um mal-estar social instalado na realidade em que vivemos. Nós carecemos a vivência de um tempo em que o tempo seja menos importante. Um tempo onde as coisas possam ser vividas e saboreadas na lentidão e sem as amarras do tempo atual, que parece encurtar a cada dia e não respeitar a temporalidade própria do ser humano.³⁵⁹

Safra ao refletir sobre a fragmentação do éthos no mundo contemporâneo relata que o modelo de vida atual não reflete mais a medida humana e que inúmeras formas de sofrimento psíquico são decorrentes das fraturas da cidadania e de fraturas éticas. Entre essas fraturas o autor destaca: a) a humilhação decorrida da exclusão social e do sentimento de ser visto pelas outras pessoas como inferior, indigno e desprezível; b) o desenraizamento étnico (perda de ligação com os elementos sensoriais e culturais que conectam as pessoas com a memória de sua origem e a impossibilidade de encontrar e conviver com o seus “iguais”), estético (ideal de um corpo irreal, falta de descanso e falta de sensibilidade com os ritmos do próprio corpo) e ético (a falta de respeito e de responsabilidade com o próximo e com o meio em que vivemos); c) no caso da invisibilidade a pessoa é ignorada, deixou de ser vista como ser humano, virou parte da paisagem e foi invisibilizada no meio em que vive; d) o desenvolvimento de uma tecnologia opressora que substitui o contato direto por mediações tecnológicas e por terceirização de relações primárias. Crianças estão com agenda semanal superlotada das mais variadas atividades, dentro de uma abundância de diversas técnicas disponíveis. Essas crianças tendem a ficar aflitas e a se organizarem para fora desse mundo desumano em que vivem, por carecerem de gestos simples carregados do calor de amor, de cuidado e companheirismo.³⁶⁰

Cortella relata que uma pesquisa realizada nos centros econômicos mundiais revelou que o convívio entre pais executivos junto a seus filhos e filhas não passava de cinco minutos diários, inclusive no Brasil. Encontro entre pais e filhos se tornou coisa rara em nossos dias, mesmo para aqueles e aquelas que moram sob o mesmo teto. Segundo o referido autor, somos a primeira geração em que os pais saem de casa, quando lá estão, mais tarde que os filhos.³⁶¹

Por muitos e muitos anos, séculos até, os adultos acordamos as crianças (filho, vai para a escola, toma café, toma...); hoje o filho levanta sozinho e sai às 6h30 ou 6h45 na van ou no ônibus, e o pai e a mãe, acordando mais tarde, saem para trabalhar às 07h30,

³⁵⁸ MALTA, 2010, p. 102.

³⁵⁹ KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.

³⁶⁰ SAFRA, 2004, p. 11-14

³⁶¹ CORTELLA, 2013, p. 93.

8h... Assim, essa família quase não se encontra, filhos são “criados” por outras pessoas e isso resulta em um impacto negativo na consolidação de uma comunidade afetiva.³⁶²

Quando pais abertos e sutilmente rejeitam ou ignoram seus filhos na busca desenfreada por status ou quando lhes estabelece padrões elevados demais, que não podem ser alcançados, o fracasso torna-se inevitável e a pessoa fica deprimida em reação à discrepância entre alvos, realizações e relações irrealistas, desumanas e adoecidas. Essas são algumas experiências de relações que podem levar a depressões.³⁶³ Segundo Safra, é necessário que o ser humano reaprenda a simplicidade originária da condição humana em tempos de tanta complexidade.³⁶⁴

Outro tipo de mal-estar e peso exercido pelo modelo de vida contemporâneo é nomadismo. O século XXI tornou-se um desterrador de raízes. As bases que nos eram historicamente profundas e nos colocavam sobre uma realidade sólida, derreteram, tornaram-se inconsistentes, fluidas, líquidas. O que era inteiro, o que era uma unidade, se fragmenta, se despedaça. Isso é válido principalmente para as instituições tradicionais, a exemplo da família, do matrimônio, do Estado, da Igreja, entre outras tantas.³⁶⁵ Um escritor, ao relatar essa problemática, conta a história de um jovem, cuja família se mudou pelo menos cinco vezes num curto período e que se enforcou em um grande carvalho no quintal de sua última casa. Esse rapaz deixou na árvore um bilhete espetado que dizia o seguinte: “isto é a única coisa por aqui que tem raízes”.³⁶⁶

Bauman trata desse assunto chamando-o de modernidade líquida e fluida, que é radicalmente o oposto daquilo que anteriormente ele denomina de modernidade sólida:

Se a modernidade sólida punha a duração eterna como principal motivo e princípio da ação, a modernidade “líquida” não tem a função para a duração eterna. O “curto prazo” substituiu o “longo prazo” e fez da instantaneidade seu ideal último.³⁶⁷

Aquilo que eram consideradas bases firmes, fundamentadas e enraizadas na história, na hereditariedade e na tradição, ficaram abaladas. As coisas não são mais tão previsíveis ou duradouras. A imagem de algo sólido que, aos poucos, vai derretendo é compatível com o desenvolvimento da história das relações, da tradição, das estruturas, dos valores, dos costumes, em todos os seus níveis entre o ser humano, nosso contemporâneo. É o mundo da vulnerabilidade, da instabilidade e da precariedade em que estamos inseridos.³⁶⁸

³⁶² CORTELLA, 2013, p. 93,94.

³⁶³ COLLINS, 1984, p. 75.

³⁶⁴ SAFRA, 2004, p. 11-14

³⁶⁵ ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. **Para entender: Pós-modernidade**. São Leopoldo: Sinodal, 2007.

³⁶⁶ SOLOMON, 2010, p. 580.

³⁶⁷ BAUMAN, Zigmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. p. 143.

³⁶⁸ BAUMAN, 2001, p. 184.

Faltam referenciais, não há no que se agarrar para não afundar ou então há coisas demais que confundem e puxam para baixo.³⁶⁹ Muitas das certezas básicas e sólidas se foram e muitas pessoas não sabem mais bem o que fazer, o que querer ou o que ser.

2.1.6.4 *Sob o comando da tacocracia*

Outra característica de nossos tempos adoecidos é o seu caráter ‘fast’ e o vazio utópico. Tudo precisa ser realizado com pressa e rapidez. Cortella fala da tacocracia para nomear a supremacia da velocidade e da rapidez características de nossos tempos. Segundo o referido autor, a velocidade é o principal critério de qualidade para avaliarmos uma coisa como positiva ou negativa. “Vai demorar para ficar pronto? Vou demorar para aprender isso? A conexão é demorada? A leitura desse livro é demorada? A visita ao museu é demorada? O culto é demorado? Aprender a tocar este instrumento é demorado? Demora para fazer essa comida? Então, não posso querer.”³⁷⁰ A pergunta crucial a se fazer é, se tudo precisa ser feito com tanta rapidez para que eu ganhe mais tempo, o que faço com o tempo que ganho?³⁷¹ Kehl dá a sua contribuição, “minha pressa é assim: vamos começar isso logo para terminar logo, encerrar logo esse dia para dormir logo; acordar logo, tocar em frente logo, envelhecer logo, morrer logo.”³⁷² E pior, as crianças são inseridas e instruídas neste ritmo alucinado. Engbrecht complementa alertando que “a depressão chega quando se tem pressa de chegar a lugar nenhum.”³⁷³

Kehl faz uma análise sobre a influência dos imperativos dos comandos externos sobre nossa temporalidade natural. Segundo Kehl, o que regula e rege a nossa atual temporalidade urgente são os relógios de máxima precisão, aqueles que contam os décimos de segundos, afinal temos pressa e tempo é dinheiro. A forma de vivenciarmos os ritmos do corpo e de vida precisam ser rápida e instantânea. A pulsação própria do corpo, que rege o ritmo do nosso jeito de ser, é violentamente apressada pelos milésimos de segundos que aprendemos a contar. Ora, isso não é natural do ser humano e não há medicação que possa nos ajudar a estar regulados infinitamente neste ritmo descompassado entre corporeidade e temporalidade natural humana e temporalidade maquinal.³⁷⁴

Foi apenas no fim do século XIII que, nas torres das igrejas da Europa, os relógios mecânicos começaram a marcar uma nova temporalidade para o ser humano. Antes disso, a passagem do tempo era regulada pelos ciclos da natureza, fundamentais para o trabalho no

³⁶⁹ SLAVUTZKY, 2012, p. 9.

³⁷⁰ CORTELLA, 2013, p. 20.

³⁷¹ CORTELLA, 2013, p. 20; ENGBRECHT, 2001, p. 13.

³⁷² KEHL, 2009, p. 274.

³⁷³ ENGBRECHT, 2001, p. 13.

³⁷⁴ KEHL, 2009, p. 122, 123.

campo, bem como pelos horários dos ritos religiosos. O tempo do trabalho era definido pelo percurso do sol. O tempo social, do ócio, da meditação e de partilha era indicado pela Igreja, através de seus sinos que convidavam o povo para orações em diferentes horas do dia e para as celebrações que aconteciam no templo, como cultos, sepultamentos, etc.³⁷⁵

Conseqüentemente, no fim da Idade Média, com o crescimento e desenvolvimento das cidades, que seguiam uma linha de produção diferente da realidade agrária, marcada pela produção e comercialização de produtos artesanais, e depois industrializados, é que começaria uma nova relação do ser humano com o tempo. O tempo não seria mais regido pela ordem natural e pelos ritmos naturais. Não é mais o sol que dita o horário de começar e de parar de trabalhar, produzir. Não são os ciclos da natureza e estações do ano que conduzem o ritmo de vida das pessoas, mas o tempo passa a ser contado de hora em hora. No século XIV e XV, sem ainda existir os ponteiros dos minutos (que atualmente são maiores que o das horas), surgem novos relógios que foram instalados nas prefeituras das cidades e não mais nas torres da Igreja, onde se simbolizava que também o tempo pertencia a Deus. Com a instalação dos relógios em pontos administrativos e comerciais, instala-se o tempo do negócio e do lucro que começa a substituir o tempo da Igreja e da natureza. “De lá para cá, o tempo humano nunca mais deixaria de ser contado em dinheiro”, em produtividade, em competitividade, em rapidez. Agora, em meio a tecnologias sofisticadas e cronometradas, minutos, segundos ou milésimos de segundos podem fazer a diferença.³⁷⁶ Os tempos do sol, os ciclos da natureza e da temporalidade originalmente humana, não contam mais, pois tempo é dinheiro.

Para Fédida, a aceleração em que vivemos atualmente faz com que tenhamos dificuldades de adaptação criativa dentro de um tempo tão suprimido e veloz. O resultado disso é a fragilização da vida psíquica do ser humano,³⁷⁷ pois a aceleração furta-lhe o tempo que necessita para habitar seu mundo interior³⁷⁸ e para ter um contato de si para si.³⁷⁹

É frente a essa realidade de um mal-estar instalado que a pessoa depressiva “resiste com sua lentidão, seu mergulho angustiado e angustiante. Ainda que eles não saibam disso, a inadaptação dos depressivos em relação às formas contemporâneas de aproveitar o tempo pode ser reveladora da memória recalçada de outra temporalidade, própria do ‘tempo em que

³⁷⁵ KEHL, 2009, p. 122, 123.

³⁷⁶ KEHL, 2009, p. 122, 123.

³⁷⁷ FÉDIDA, 2009, p. 15.

³⁷⁸ HOFF, Fernanda Dornelles; BANGEL, Marina Lucia Tambelli. Depressão na infância: uma escuta psicanalítica. In.: WONDRACEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma: tramas e tempos da depressão**. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012. p. 164.

³⁷⁹ FÉDIDA, 2009, p. 125.

o tempo não contava’.”³⁸⁰ Foi-se o tempo do ócio e sobrou apenas o tempo do negócio, ou seja, da negação o ócio.³⁸¹ Assim, o tempo em que as pessoas se permitem esperar atualmente é muito curto. Tudo exige pressa, agilidade, domínio. É necessário saber muitas coisas em menos tempo e as pessoas parecem não estar preparadas para assumirem esse fardo.³⁸²

Uma reportagem da TV portuguesa sobre a depressão, maio de 2011, diz que o nosso estilo de vida atual está além das nossas capacidades de assimilação e produção de informação. Recebemos mais informações por dia, através dos jornais, revistas, rádio, televisão e internet, que um cidadão normal receberia em dois anos se vivesse em 1850. Com isso, o cérebro humano está tão atarefado e sobrecarregado que mal consegue processar os sentimentos, o pesar, a alegria e a euforia. Todos os sentimentos são postos em segundo plano, não sendo vividos e devidamente desfrutados.³⁸³

Brakemeier, refletindo em torno do filósofo Norbert Bolz sobre a nossa era, lembra-nos: “Nossos grandes problemas não resultam da falta de conhecimento, e, sim, de orientação; não somos ignorantes, estamos confusos.”³⁸⁴ É fato que hoje temos acesso a informações sobre o ser humano e o meio em que vive que outras gerações jamais conheceram ou tiveram acesso. No entanto, estamos, sim, confusos e desorientados. Uma enxurrada de informações não garante acesso seguro do saber, antes, podem confundir e trazer o sentimento de abandono e insegurança.³⁸⁵ Nosso modelo de vida atual parece, de fato, não estar saudável.

Diante de um estilo de vida fragilizado, muitos não encontram um sentido maior para a vida. Temos acesso a tantas coisas atualmente, muito mais que aqueles e aquelas que nos antecederam, mas parece faltar um sentido maior, uma razão de estar aí no mundo. Uma geração desmotivada, apática, tediosa e com medo do futuro, é uma geração adoecida, fragilizada. A vida precisa ser vivida como algo que vale a pena, como algo com um sentido de ser. Uma vida com sentido é uma vida dinâmica, ativa, produtiva.³⁸⁶ “Um universo privado de sentido, inanimado, isto é, sem alma, mata também a nobreza do ser humano e o rebaixa a um organismo que já não vive, e sim funciona.”³⁸⁷

³⁸⁰ KEHL, 2009, p. 122, 123.

³⁸¹ KEHL, 2009, p. 164.

³⁸² MALTA, 2010, p. 101.

³⁸³ **Reportagem sobre depressão.** Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=-pphgB0CFSg>>. Acesso em 13 de Set. 2014.

³⁸⁴ BRAKEMEIER, 2002, p. 7.

³⁸⁵ BRAKEMEIER, 2002, p. 7.

³⁸⁶ BRAKEMEIER, 2014, p. 8-10.

³⁸⁷ BRAKEMEIER, 2014, p. 15.

2.1.6.5 Falta de sentido na vida

Viktor Frankl, prisioneiro dos campos de concentração nazista e fundador da logoterapia, percebeu que pessoas que tem ou encontram uma razão para viver se tornam mais resistentes frente às intempéries da vida, pois são capazes de encontrar um sentido até mesmo do sofrimento e na dor extrema.³⁸⁸ O referido autor chama a atenção para algumas pesquisas realizadas na França, reproduzidas e confirmadas em seu consultório em Viena, em relação à busca de um sentido para a vida.

Anos atrás, realizou-se na França uma pesquisa de opinião pública. Os resultados mostraram que 89% das pessoas consultadas admitiram que o indivíduo precisa de “algo” em função do qual viver. E 61% admitiram haver algo ou alguém em suas próprias vidas pelo qual estariam dispostas até prontas a morrer. [...] Outra pesquisa estatística, com dados de 7.948 alunos, em 48 Universidades, [...] perguntados sobre o que consideravam “muito importante” para eles naquele momento, 16% dos estudantes responderam “ganhar muito dinheiro”, 78% afirmaram que seu principal objetivo era “encontrar um propósito e sentido para minha vida”.³⁸⁹

Uma vida com ausência de um sentido duradouro é angustiante e a angústia usurpa, exaure e mina as forças e energias vitais do ser humano. É necessário que se encontre um significado à existência humano no mundo em que vivemos.³⁹⁰ Segundo Malta, consultórios terapêuticos estão lotados de pessoas que buscam um sentido para a sua vida e que buscam entender as suas angústias.³⁹¹

Descobri que quatro dados são particularmente relevantes para a psicoterapia: a inevitabilidade da morte para cada um de nós e para aqueles que amamos, a liberdade de viver como desejamos, nossa fundamental condição de solidão e, finalmente, a ausência de qualquer significado ou sentido óbvio para a vida.³⁹²

Mesmo com toda a ciência e tecnologia a nosso dispor, o ser humano sente-se vazio e repleto de questões não respondidas, não resolvidas. Parece existir um vazio dentro do ser humano que é inacessível e intocável por recursos materiais e capitais. Esse lugar seria morada daquilo que o faz se sentir vivo, pois lhe traz um sentido à existência. Assim, o fato de ter um sentido na vida pode se tornar uma força vital e propulsora para um existir e estar aí no mundo de forma dinâmica, interativa e viva.³⁹³ Sobre isso, Frankl cita Nietzsche e diz: “Quem tem por que viver pode suportar quase qualquer como.”³⁹⁴ É justamente isso que parece faltar em nossos tempos complexos e confusos, um “por que”. Que se destaque, “todo o deprimido vive um vazio de sentido, com uma baixa autoestima.”³⁹⁵

³⁸⁸ FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido**. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2008.

³⁸⁹ FRANKL, 2008, p. 125.

³⁹⁰ MALTA, 2010, p. 97,98.

³⁹¹ MALTA, 2010, p. 99.

³⁹² YALOM apud MALTA, 2010, p. 99.

³⁹³ MALTA, 2010, p. 113.

³⁹⁴ FRANKL, 2008, p. 7.

³⁹⁵ SLAVUTZKY, 2012, p. 12.

É necessária a busca por sentidos temporários, pequenos, que podem variar de pessoa para pessoa em diversos momentos de sua existência, mas que jamais deveriam deixar de existir³⁹⁶, como, por exemplo: o envolvimento em favor de determinada causa ou objeto, esportes, música, arte, literatura, botânica, etc. que motivem um envolvimento e uma auto-ocupação³⁹⁷; mas também é necessária a busca por um sentido duradouro, eterno, pois somente um sentido eterno e duradouro é capaz de trazer um sentido diferenciado aos sentidos temporários e transitórios. Também é verdade que um sentido duradouro é capaz de evitar a ruína da vida quando os primeiros desaparecerem ou não fizerem mais sentido. Sendo assim, é imprudente depositar confiança e expectativas demasiadas naquilo que é transitório e passageiro; por outro lado “sem um sentido maior, inerente à vida humana em especial e ao mundo em geral, torna-se difícil sustentar os demais sentidos.”³⁹⁸

Nesse sentido, a fé cristã, que também anda meio à margem em nossa confusa sociedade, funcionava como uma base sólida e como um princípio unificador do ser humano à sua essência e elemento central da vida.³⁹⁹ Esse enfraquecimento e desligamento acarretaram prejuízos profundos, pois o ser humano que desistiu da fé e da espiritualidade arrisca-se a preencher esse lugar originário e de sentido duradouro com superficialidades como, por exemplo, as compras exageradas, busca por intensas emoções, a busca desmedida por um padrão de beleza, a competição, a rivalidade, as mídias tecnológicas, a correria cotidiana que lhe traz a falta de tempo⁴⁰⁰ e a saudade do tempo em que o tempo não importava⁴⁰¹ e o vazio existencial de uma vida sem um sentido duradouro.

Segundo Frankl, faz-se necessário estar atento a esse sentido maior e unificador que está ligado à essência e fonte da vida, ou então no lugar onde antes existia a fé e a espiritualidade ficará um vazio existencial⁴⁰² habitando dentro de si.⁴⁰³ Ambas, tanto o preenchimento com superficialidade quanto o vazio existencial trazem grandes prejuízos. Dentro dessa complexa perspectiva é que a ausência de uma fé genuína e a crise da espiritualidade traz consigo danos em tempos de tanta instabilidade e inseguranças, como os que nos são impostos em nosso tempo presente.

As questões elencadas nestes pontos - competição, a coisificação do ser humano, relações adoecidas, imperativo da pressa e da rapidez e falta de sentido na vida - estão longe de

³⁹⁶ FRANKL, 2008, p. 133-135.

³⁹⁷ BRAKEMEIER, 2014, p. 9, 12.

³⁹⁸ BRAKEMEIER, 2014, p. 13.

³⁹⁹ MALTA, 2010, p. 102.

⁴⁰⁰ MALTA, 2010, p. 102.

⁴⁰¹ KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.

⁴⁰² FRANKL, 2008, p. 131.

⁴⁰³ BRAKEMEIER, 2014, p. 16.

contemplar uma totalidade ou universalidade em torno do mal-estar instalado em nossa sociedade, mas ajudam a compreender que algo está errado, que o peso que o ser humano carrega sobre os ombros, a ponto de o deixar encurvado, está se aproximando ao peso do firmamento que *Atlas* teve que suportar eternamente sobre seus ombros, sozinho e por isso se encurvou. Para Kehl, “o aumento significativo das depressões como sintoma do mal-estar social no século XXI significa dizer que o sofrimento dos depressivos funciona como sinal de alarme contra aquilo que faz água na grande nau da sociedade maníaca em que vivemos.”⁴⁰⁴ A referida autora segue em sua reflexão e relata “que muitas vezes as simples manifestações de tristeza sejam entendidas (e medicadas) como depressões graves só faz confirmar essa ideia. A tristeza, o desânimo, as simples manifestações da dor de viver parecem intoleráveis em uma sociedade que aposta na euforia como valor agregado a todos os pequenos bens em oferta no mercado.”⁴⁰⁵

Passamos do direito à saúde e à alegria para uma espécie de obrigação em sermos e nos apresentarmos eternamente felizes. A tristeza passou a ser compreendida como doença ou deformidade a ser combatida a todo custo. Porém, “ao patologizar a tristeza, perde-se um importante saber sobre a dor de viver.”⁴⁰⁶ Assim, torna-se assustador os dados sobre o impacto da depressão em nossa sociedade contemporânea. É como se ela ocupasse o sentimento de insatisfação e inadequação frente ao processo de sacrifício humano para que a civilização pudesse se desenvolver. Aquilo que causava sentimento de culpa, agressividade, angústia e a repressão dos impulsos sexuais, citados por Freud como mal-estar na civilização, parecem ser ocupados atualmente pelas exigências supra-humanas dos estilos de vida em que as pessoas estão inseridas.⁴⁰⁷ Para averiguar o perfil do mal-estar psíquico, emocional e físico de sociedade atual, vejamos o impacto da depressão na sociedade contemporânea.

2.2 Seu impacto na sociedade

Estudos recentes vêm cada vez mais mostrando que a depressão é um dos transtornos ou condições contemporâneos mais frequentes, tanto assim que foi chamada de “resfriado da psicopatologia”. Essa sua prevalência faz com que se imponha como uma das situações mais desafiadoras na sociedade atual, revelando assim, a necessidade de alternativas que sejam metodologicamente refletidas e aprofundadas pelas mais variadas áreas do saber, especialmente as das Ciências Humanas.

⁴⁰⁴ KEHL, 2009, p. 31.

⁴⁰⁵ KEHL, 2009, p. 31.

⁴⁰⁶ KEHL, 2009, p. 31.

⁴⁰⁷ FREUD, Sigmund. **O Mal-Estar na Civilização**. Rio de Janeiro, RJ: Imago Editora LTDA, 1974.

Dados estatísticos apontam que aproximadamente 30% da população mundial sofre diretamente com a doença da depressão.⁴⁰⁸ “Segundo a Organização Mundial de Saúde/OMS, nas próximas décadas a depressão será a doença mais comum do planeta, atingindo 121 milhões de pessoas e causando aproximadamente 850.000 mortes.”⁴⁰⁹ Estima-se que no Brasil a depressão atingirá diretamente cerca de 17 milhões de pessoas.⁴¹⁰

Outra pesquisa realizada nos Estados Unidos constatou que a depressão causou 565.000 internações em hospitais, 13 milhões de consultas médicas e 7,4 milhões de dias de hospitalização por ano.⁴¹¹ “O suicídio, um resultado comum da depressão, provoca anualmente ao menos 1% das mortes nos Estados Unidos – possivelmente mais, já que suicídios não são reportados”.⁴¹²

O jornal *O Estado de São Paulo*, ao publicar dados da OMS, diz que nos próximos vinte anos a depressão deve se tornar a doença mais comum do mundo, ultrapassando o número de casos de câncer e de doenças cardíacas.⁴¹³

[...] a depressão será também a doença que mais gerará custos econômicos e sociais para governos, devido aos gastos com tratamento para a população e às perdas de produção. Em todo o mundo, são milhões de deprimidos. As estatísticas mais recentes da OMS indicam que 5% da população sofre de depressão [...]. De qualquer modo, é previsto que 10% das pessoas possam vir a sofrer ao menos um episódio depressivo ao longo da vida.⁴¹⁴

Se os dados da OMS apontam para uma direção real, isso quer dizer que estamos nos referindo a um problema de saúde pública que pode ser considerado um dos grandes males do século XXI.⁴¹⁵ A depressão pode aparecer em qualquer idade, mas é mais comum na faixa dos 20 aos 40 anos. Mais de 50% dos que tiveram uma crise de depressão terão uma segunda; mais de 70% dos que tiveram uma segunda crise terão uma terceira; e quase 90% dos que tiveram uma terceira terão outros episódios e crises.

Para algumas pessoas, “os episódios são separados por vários anos de funcionamento normal, ou seja, sem sintomas. Para outros, os episódios se tornarão gradualmente mais frequentes com a idade.” A maioria das pessoas que têm depressão não procura tratamento. Aqueles que não recebem nenhuma forma de ajuda podem esperar que a depressão dure de 6 a 24 meses.⁴¹⁶

⁴⁰⁸ WONDRAČEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma**. Tramas e tempos da depressão. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012. p. 5.

⁴⁰⁹ BUTZKE, Paulo Afonso. A jornada da alma pelo deserto: depressão no monaquismo primitivo. In.: WONDRAČEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma**: Tramas e tempos da depressão. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012. p. 31, nota de rodapé.

⁴¹⁰ BUTZKE, 2012, p. 31, nota de rodapé.

⁴¹¹ STONE, 2010, p. 12.

⁴¹² STONE, 2010, p. 12.

⁴¹³ GOMES, 2012, p. 33, 46.

⁴¹⁴ GOMES, 2012, p. 33.

⁴¹⁵ WONDRAČEK, 2012, p. 5.

⁴¹⁶ STONE, 2010, p. 14.

“Quase todos eles (97%) se queixam da redução de energia, têm dificuldades de terminar suas tarefas, mau desempenho na escola e no trabalho e menos motivação para desenvolver novos projetos.”⁴¹⁷ A ansiedade afeta 90% dos deprimidos e dificuldades com o sono, especialmente o despertar precoce na madrugada, atinge 80% deles. 84% deles relatam dificuldades em se concentrar em algo e 64% têm dificuldades de pensar e problemas cognitivos.⁴¹⁸

No trabalho eclesiástico, foi realizada uma pesquisa estadunidense sobre as cinco preocupações trazidas com mais frequência aos pastores e clérigos. “A depressão (relatada por 64% dos ministros) era a segunda preocupação, ficando atrás apenas de dificuldades no casamento, na família e divórcios (84%). Também foram citados dependências (44%), luto (38%) e o sentimento de culpa (37%)”.⁴¹⁹

A depressão é considerada uma patologia ou condição subtratada. A maior parte dos que buscam ajuda médica, não recebe tratamento algum para depressão e cerca da metade das pessoas que receberam tratamento, receberam tratamento inadequado. Estima-se que apenas 6% da população acometida por depressão receba tratamentos médicos adequados⁴²⁰ e, entre esses, muitos abandonam os medicamentos por se sentir melhor (55%), ou devido a efeitos adversos e colaterais (23%), ou por temer a dependência (10%), ou por sensação de desconforto (10%), ou por não melhorar (10%), ou por fatores culturais ou religiosos (9%). Outros fatores que podem ainda influenciar são: dificuldades de acesso a serviços de atendimento e longos intervalos de tempo entre marcação, consulta e atendimento; a omissão da família no processo terapêutico; o excesso de medicamentos e os seus altos custos; falta de informação e problemas de comunicação entre especialistas e pacientes.⁴²¹

O sistema público de saúde parece não estar preparado para lidar com a realidade de um grande número de pessoas acometidas por depressão, o que traz grandes prejuízos, como por exemplo: O não reconhecimento diagnóstico pelos médicos generalistas, uma alta taxa de comorbidade entre depressões e enfermidades físicas, o maior uso e solicitação de exames laboratoriais e múltiplas consultas a diversos especialistas.⁴²²

Nos países da América Latina, por exemplo, as taxas de tratamento para pacientes com depressão são bastante baixas, principalmente pelo baixo acesso aos serviços,

⁴¹⁷ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 590.

⁴¹⁸ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 590.

⁴¹⁹ STONE, 2010, p. 14-15.

⁴²⁰ SOLOMON, 2010, p. 35.

⁴²¹ SILVA, Antônio Geraldo da; CÂMARA, Fernando Portela. Psicoeducação e tratamento da depressão. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 109.

⁴²² RAZZOUK; ALVAREZ; MARI, 2009, p. 29, 30.

pelo baixo índice de reconhecimento da depressão, pela escassez de profissionais em saúde mental e pela pouca disponibilidade de psicotrópicos.⁴²³

Clínicos gerais estão pouco preparados para o reconhecimento e para suspeita de possíveis casos de depressão e para encaminhamento de pacientes a profissionais da área de psicopatologias, psicoterapias e de saúde mental.⁴²⁴ Segundo Solomon, o exercício padrão das salas de emergência nos Estados Unidos não sabe lidar com aspectos psiquiátricos de enfermidades somáticas.⁴²⁵

Essa realidade de incapacitação em salas de atendimentos primários de clínicos gerais parece não ser exclusividade dos Estados Unidos. Em entrevista a Medical TV, o psiquiatra Dr. Ricardo Nogueira relata dois casos concretos em relação ao atendimento à emergência hospitalar. O primeiro é de um senhor que passou seis meses se queixando ao médico que estava com o coração partido, ao que os médicos respondiam: “coração não se parte, ou se parte em quatro pedaços, dois átrios e dois ventrículos” e fizeram exames para provar ao homem que o seu coração não estava partido. Depois de insistentes consultas e queixas sobre o “coração partido”, após seis meses o homem se suicidou. Outro caso citado por Nogueira é o de uma senhora que foi à emergência do hospital e disse ao médico: “eu estou com uma dor no peito.” “O médico sem me olhar nos olhos”, diz ela, “perguntou, é tosse?” Aí ela se levantou e foi embora. Segundo Nogueira, “ela estava com uma mágoa, ela estava triste, ela estava deprimida”.⁴²⁶

Diante dos grandes prejuízos causados pelas depressões, que muitas vezes não são diagnosticadas e tratadas adequadamente, faz-se importante perceber como as mesmas têm acometido e fragilizado os diferentes grupos da população, como, por exemplo, sua prevalência e particularidades entre os grupos de mulheres, homens, crianças, adolescentes, adultos e idosos. É o que analisaremos a seguir.

2.2.1 Depressão e gênero

Dados da OMS apontam também para o fato de que as mulheres (4,5 a 9,3%) são mais suscetíveis à doença do que os homens (2,3 a 3,2%).⁴²⁷ Existem algumas justificativas que apontam sinais dos motivos dessa significativa diferença entre os transtornos afetivos e comportamentais nos diferentes gêneros, vejamos:

⁴²³ RAZZOUK; ALVAREZ; MARI, 2009, p. 30.

⁴²⁴ RAZZOUK; ALVAREZ; MARI, 2009, p. 31.

⁴²⁵ SOLOMON, 2010, p. 128, 129.

⁴²⁶ **Depressão:** Uma Doença que Pode Matar. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=HDXXs9Xt0aU>>. Acesso em 14 de jul. 2014.

⁴²⁷ GOMES, 2012, p. 33.

As mulheres continuam arcando com o fardo da responsabilidade, associado com as condições de esposas, mães, educadoras e provedoras de atenção para outros, ao mesmo tempo em que se estão transformando numa parte cada vez mais essencial da mão-de-obra, constituindo, em um quarto a um terço das famílias, a principal fonte de renda. Além das pressões impostas às mulheres em virtude da expansão de seus papéis, não raro em conflito, elas vivenciam significativa discriminação sexual, concomitante à pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho, à violência doméstica e sexual. Assim, pouco surpreende que as mulheres tenham acusado maior probabilidade do que os homens em receber prescrição de psicotrópicos. A violência contra a mulher constitui um significativo problema social e de saúde pública que afeta mulheres de todas as idades, de todos ambientes culturais e em todos os níveis de renda.⁴²⁸

O compêndio de Psiquiatria descreve ainda as diferenças hormonais, os efeitos de gerar filhos, estressores diferentes para os sexos e modelos comportamentais de desamparo aprendido.⁴²⁹ Além disso, mulheres sofrem ainda acúmulo de papéis entre as atividades exercidas no âmbito familiar e no âmbito profissional.⁴³⁰

As mulheres estão mais vulneráveis à depressão que os homens e essa diferença de gênero não se manifesta entre crianças deprimidas com, mas se estabelece a partir da puberdade. Somente mulheres sofrem algumas formas de depressão: a depressão pós-parto⁴³¹, a depressão pré-menstrual e a depressão da menopausa. Além destas, a mulheres estão ainda expostas e vulneráveis às formas de depressão que afligem os homens.⁴³²

O período mais agudo da depressão entre as mulheres está entre os anos férteis de sua vida. Antes da puberdade e na menopausa os níveis estão mais baixos, o que sugere uma ligação ao fator hormonal na depressão de mulheres. Além disso, os homens sintetizam serotonina cerca de 50% mais rápido que as mulheres, o que pode dar a eles mais resistências. “A restauração mais lenta das reservas de serotonina nas mulheres pode deixá-las predispostas à depressão prolongada.”⁴³³

Alguns fatores de risco que se destacam para o desencadeamento da depressão em mulheres são: ansiedade materna, eventos estressantes na vida (divórcio ou morte de um familiar), episódio depressivo anterior, baixo suporte social e do parceiro.⁴³⁴ Além disso, em uma sociedade patriarcal, as mulheres precisam lidar com crises e perdas das mais diversas. Exemplo disso são as crises da menopausa, já citadas anteriormente, que não se limitam a questão

⁴²⁸ **O que são os transtornos mentais. Disponível em:** <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=230>>. Acesso em 25 de Nov. 2013.

⁴²⁹ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 573.

⁴³⁰ BRANCO et al., 2009, p. 20.

⁴³¹ “O DSM-IV-TR possibilita a especificação de transtorno do humor com início no pós-parto se os sintomas se manifestarem no período de quatro semanas do pós-parto.” KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 588.

⁴³² SOLOMON, 2010, p. 260.

⁴³³ SOLOMON, 2010, p. 260.

⁴³⁴ SULZBACH, Mireia et al. Depressão gestacional e pós-parto. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 181.

hormonal, mas incluem ainda eventos marcantes da vida nesta fase da vida como: não poder mais ser mãe gestante, a perda da fertilidade, a saída dos filhos de casa, etc.

No caso de depressões entre homens, muitos deles não se retraem em silêncio e desânimo, mas no ruído da violência, no abuso de substâncias ou no vício por trabalho.⁴³⁵ Pesquisas indicam que eventos relacionados à família ou a redes íntimas e sociais exercem mais impacto sobre as mulheres; enquanto questões mais ligadas e relacionadas ao trabalho, problemas legais e divórcio afetam mais os homens.⁴³⁶

Resumidamente é possível dizer que existem algumas particularidades entre depressões em homens e em mulheres. Ao que tudo indica, a partir da puberdade as mulheres estão mais expostas à depressão, o que não pode ser creditado apenas a questões constitucionais do ser mulher. Questões genéticas e constitucionais interferem, sim, neste quadro. Entretanto é necessário considerar que essa vulnerabilidade interage e coexiste com diferenças culturais que se manifestam, por exemplo, em sociedades machistas e patriarcais e que poderiam influenciar para o desencadeamento de depressões e em estados depressivos em mulheres.

Vejamos agora a prevalência e as particularidades das depressões de acordo com a faixa etária, primeiramente em crianças e adolescentes e em seguida em pessoas idosas.

2.2.2 Depressão em crianças e adolescentes

Para a Psiquiatria, por exemplo, o possível diagnóstico de depressões em crianças é recente, somente foi aceito a partir do ano de 1970, após o IV Congresso de Psiquiatria Infantil da União Europeia. Porém, já no ano de 1946 Spitz e Wolf descrevem crianças menores de cinco anos “que haviam sido separadas de seus primeiros ‘cuidadores’ e enviadas para instituições. Tal quadro caracterizava-se por choro, repulsa alimentar, alterações de sono e retardo psicomotor”.⁴³⁷

Como vimos em Freud e em outras vertentes da Psicologia e das psicoterapias, desde a mais tenra infância e a partir das experiências de traumas, desamparos, lutos e perdas, ocorre a construção e estruturação psíquica do ser humano que exerce um papel central em casos de estados depressivos. A depressão pode começar a se desenvolver a partir da relação entre mãe-filho como resultados de descuidos, desafetos, desamparos, privações. Pesquisas demonstram que existe uma estreita relação entre psicopatologias e adversidades vivenciadas precocemente, “como perda de genitores na infância, cuidado parental inadequado, divórcio, educação ‘sem afeto’ ou disfuncional por parte dos pais, abuso físico e sexual, e outros traumas ocorridos na

⁴³⁵ SOLOMON, 2010, p. 267.

⁴³⁶ BRANCO et al., 2009, p. 23.

⁴³⁷ SALOMA et al., 2013, p. 49.

infância”, que podem se revelar como depressões na vida da criança ou mesmo em sua fase adulta.⁴³⁸ Quevedo e colaboradores corroboram esta tese e ressaltam que “crianças que ficavam longos períodos em hospitais ou orfanatos, acabavam desenvolvendo sintomas depressivos”.⁴³⁹

Estatísticas mostram que a prevalência das depressões na infância e na adolescência gira em torno de 0,4 a 2,5%, isso independente do gênero.⁴⁴⁰ “Ao estratificarem as amostras por idade, relatam prevalências de 0,9% em pré-escolares, 1,9% em crianças entre 6 e 11 anos e 4,7% em adolescentes entre 11 e 18 anos.”⁴⁴¹ É interessante observar que a partir da adolescência a depressão começa a se destacar de forma mais acentuada entre o sexo feminino, o que pode sugerir uma participação especial dos hormônios sexuais,⁴⁴² coincidindo com o início da puberdade. “Deste momento em diante, uma parcela significativa das mulheres relata uma piora dos sintomas de um Episódio Depressivo Maior alguns dias antes da menstruação”.⁴⁴³

Em crianças com menos de cinco anos de idade pode ser mais difícil perceber o quadro depressivo, uma vez que elas possuem mais dificuldades de se comunicar e expressar os seus sentimentos. Por isso, é necessário estar atento aos seus comportamentos e aos seus sinais não verbais, como a expressão facial, a postura do corpo, se há interesse ou não por brincadeiras, se a criança está muito nervosa ou hiperativa.⁴⁴⁴

Em crianças ou adolescentes em idade escolar, a partir dos seis anos, na maioria das vezes, os seus sentimentos são expressos de forma mais clara. Além da expressão da própria criança ou adolescente, é possível acompanhar a sua situação através da avaliação e análise da própria escola. Estas deixam transparecer ou mesmo dão boas informações sobre a sua tristeza, ideação suicida e dificuldades com o sono. Alguns pais relatam a impossibilidade de fazerem seus filhos sorrir.⁴⁴⁵

Algumas características de crianças e adolescentes com depressão podem ser resumidas da seguinte maneira:

As crianças deprimidas tendem a parecer tristes, desesperançosas, têm choro fácil, lentidão psicomotora, tom de voz monótono, e, com frequência, se referem a si próprias de forma depreciativa (p. ex., “sou burro”, “ninguém me ama”, “sou uma criança ruim”). Pode ocorrer prejuízo do funcionamento, observado a partir da queda do rendimento escolar, e brigas constantes com os colegas, além da perda de interesse por atividades que antes eram prazerosas, como, por exemplo, esportes. Não é raro o surgimento de

⁴³⁸ MELLO et al., 2009, p. 229.

⁴³⁹ RÉUS, Gislaine Z.; ABELAIRA, Helena Mendes; QUEVEDO, João. Modelos animais de depressão. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 59-60.

⁴⁴⁰ BRANCO et al., 2009, p. 21.

⁴⁴¹ SALOMA et al., 2013, p. 50.

⁴⁴² BRANCO et al., 2009, p. 19.

⁴⁴³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 353.

⁴⁴⁴ SALOMA et al., 2013, p. 50.

⁴⁴⁵ NARDI, 2006, p. 80.

sintomas somáticos, tais como dores abdominais e cefaleia [...]. No final da infância, são descritas queixas de baixa-autoestima e dificuldades de concentração.⁴⁴⁶

O DSM-IV-TR ressalta que, diferentemente de adultos, em crianças e adolescentes o humor pode se manifestar de forma irritável em vez de triste ou abatido, mas, estranhamente, há um registro que diz que isso não se aplica a “criança mimada, que se irrita quando é frustrada”.⁴⁴⁷ Além dessas características e especialmente no caso de adolescentes, pode ainda ser observado o uso de substâncias psicoativas.⁴⁴⁸ Kehl fala ainda da perda da autoestima.⁴⁴⁹

Bem se sabe que muitos dos sintomas e das características citados acima podem ser comuns à fase da adolescência, pois ocorrem mudanças no corpo, na maneira de ver e interpretar o mundo e as relações, como algo natural desta fase da vida. A adolescência é por si só uma fase de crise, e isso dificulta a leitura e a interpretação da real situação dessa fase. O que difere a normalidade das transformações e crises da adolescência de uma sintomatologia depressiva é a intensidade e a frequência dos sintomas, e, em decorrência deles, os prejuízos causados pelos mesmos.⁴⁵⁰ Exemplificando,

Um adolescente que se recusa a ir a um almoço de família, mas se empenha em planejar programas com os amigos, é diferente de um adolescente que apresenta um desinteresse global pelas atividades sociais. [...] Dificuldades generalizadas de socialização chamam a atenção para a existência de um sintoma depressivo.⁴⁵¹

Na puberdade acontece “um rápido processo de maturação física e de incremento cognitivo (com o aumento da capacidade de pensamento abstrato e de generalizações), bem como transições sociais e interpessoais, com mudanças nas relações escolares ou nos papéis sociais junto à família e aos pares”.⁴⁵²

Kehl, ao criticar a hegemonia do tratamento farmacológico como único meio de enfrentar a depressão em crianças e adolescentes, ressalta a importância da atenção e relacionamento entre pais e filhos. Diz ela, “antes de pensar em medicar seus filhos, os pais deveriam aprender a lidar com os seus ataques de raiva e suas crises de desânimo”.⁴⁵³ Este é um convite e um desafio para que pais de crianças assumam o seu lugar de educadores e educadoras responsáveis e comprometidos a ajudar seus filhos e filhas “a atravessar as crises e os conflitos da vida, com seus inevitáveis altos e baixos de fúria, desânimo, onipotência e inapetência para

⁴⁴⁶ SALOMA et al., 2013, p. 50, 51.

⁴⁴⁷ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 348, 349.

⁴⁴⁸ BRANCO et al., 2009, p. 21.

⁴⁴⁹ KEHL, 2009, p. 23.

⁴⁵⁰ SALOMA et al., 2013, p. 51.

⁴⁵¹ SALOMA et al., 2013, p. 51.

⁴⁵² KIELING, Christian. Depressão na infância e na adolescência. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 198.

⁴⁵³ KEHL, 2009, p. 52.

viver, antes de pensar em ‘estabilizar o humor’ das crianças à base de medicamentos”.⁴⁵⁴

2.2.3 *Depressão em idosos*

A depressão é uma condição comum entre pessoas idosas, com uma taxa de prevalência entre 25 a 50%. Fatores ligados “ao status socioeconômico baixo, à perda de um cônjuge, a uma doença física concomitante e ao isolamento social”⁴⁵⁵ exercem forte influência nos estados de humor e afetos deste grupo. Diniz e Forlenza registram que também a aposentadoria, a separação e o uso de substâncias podem ser desencadeadores de depressão entre pessoas idosas.⁴⁵⁶ Lacerda e colaboradores acrescentam ainda que a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, a diminuição da produtividade e o fato dependerem de outras pessoas são também fatores que influenciam em seus estados de humor e no desencadeamento de depressões.⁴⁵⁷

Pessoas idosas não se encaixam e não são aceitas em uma sociedade consumista e imediatista, que as vê como um peso social a ser carregado.⁴⁵⁸ Diante disso, é possível dizer que a depressão não é uma consequência natural do envelhecimento, mas uma enfermidade psíquica ligada ao intenso sofrimento e à degradação da qualidade de vida.⁴⁵⁹ Isso porque a presença isolada de cada um desses fatores dificilmente resultaria em quadros e estados depressivos, mas o acúmulo e a interação desses fatores, sim.⁴⁶⁰

Segundo estudos, a taxa de prevalência é variável. Em idosos que residem na sua comunidade, ela varia de 6 a 20%. Entre os que vivem em instituições de longa permanência, ela sobe para 50% e entre os que estão em hospitais, 48%.⁴⁶¹ Diante desse quadro é possível dizer que a depressão entre pessoas idosas é mais frequente em subgrupos como os que estão hospitalizados e os que estão em instituições de longa permanência.⁴⁶²

Para Kehl, as causas do sofrimento que os corpos alquebrados abrigam, são: “seus antigos amores, seus filhos, os erros cometidos no passado. O objeto perdido pesa na alma, mas também transfigura na carne.”⁴⁶³ Diante dessas dores da alma que não podem ser

⁴⁵⁴ KEHL, 2009, p. 52.

⁴⁵⁵ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 591.

⁴⁵⁶ DINIZ, Breno Satler de Oliveira; FORLENZA, Orestes Vicente. Depressão geriátrica. In.: LACERDA, Acioly Luiz Tavares de (Org.). **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 86.

⁴⁵⁷ BRANCO et al., 2009, p. 21, 22.

⁴⁵⁸ BRANCO et al., 2009, p. 22.

⁴⁵⁹ DINIZ; FORLENZA, 2009, p. 85.

⁴⁶⁰ DINIZ; FORLENZA, 2009, p. 86.

⁴⁶¹ BOTTINO, Cassio M. C.; FERREIRA, Ricardo Barcelos-; RIBEIZ, Salma Rose. Tratamento da depressão em idosos. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 207.

⁴⁶² DINIZ; FORLENZA, 2009, p. 86.

⁴⁶³ KEHL, 2009, p. 179.

mensuradas e representadas numericamente, algumas pesquisas revelam ainda que a depressão entre idosos é subdiagnosticada e subtratada. Isso porque sintomas depressivos e dores da alma são geralmente relatados a médicos junto a outras queixas somáticas. Assim, sem um olhar sensível e aprofundado, clínicos julgam precipitadamente que esses são sentimentos e queixas normais de pessoas que estão neste grupo.⁴⁶⁴ Porém, de acordo com os sistemas diagnósticos vigentes, os sintomas psíquicos são mais relevantes para a definição da depressão.

Aproximadamente 70% dos casos não são diagnosticados ou tratados corretamente.⁴⁶⁵ O subdiagnóstico e o tratamento inadequado trazem grandes prejuízos a pessoas idosas, pois causa incapacitação, menor qualidade de vida, aumento no uso dos serviços gerais da medicina geral e morte.⁴⁶⁶

O suicídio é um dos maiores desafios impostos pelas depressões e é algo comum entre os diferentes grupos de pessoas acometidas por depressão. Ele se apresenta como o maior desafio e traz o maior dos prejuízos à pessoa deprimida, pois, uma vez realizado, não há mais como voltar atrás. Aproximemo-nos, assim, ao tema.

2.2.4 Depressão e suicídio

É preocupante como o número de suicídios vem crescendo nos últimos tempos. A cada ano morrem no globo terrestre aproximadamente um milhão de pessoas devido ao suicídio. Ele é uma das 20 maiores causas de morte no mundo.⁴⁶⁷ Além de fatores sociais relacionados ao suicídio, 90% deles são consumados entre pacientes com transtornos psiquiátricos no momento de sua morte e quase 50% deles são afetados por depressões.⁴⁶⁸ Aproximadamente 15% dos deprimidos que necessitam de hospitalização no final cometem suicídio.⁴⁶⁹ O risco de suicídio é muito grande em pessoas com depressão profunda.

De acordo com o jornal “Folha de São Paulo”, estima-se que no Brasil aproximadamente vinte e quatro (24) pessoas cometem suicídio por dia⁴⁷⁰ e o número não é maior porque muitos casos de suicídio não são reportados.⁴⁷¹

⁴⁶⁴ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 591.

⁴⁶⁵ BOTTINO; FERREIRA; RIBEIZ, 2013, p. 207.

⁴⁶⁶ BRANCO et al., 2009, p. 22.

⁴⁶⁷ CORREIA, Humberto; NEVES, Maila de Castro. Suicídio. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 125.

⁴⁶⁸ HORNSTEIN, Luis. **As depressões: afetos e humores do viver**. São Paulo: Via Lettera, 2008. p. 127.

⁴⁶⁹ STONE, 2010, p. 57.

⁴⁷⁰ **Suicídio é a segunda maior causa de morte entre jovens no mundo**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/1108498-suicidio-e-a-segunda-maior-caoa-de-morte-entre-jovens-no-mundo.shtml>>. Acesso em 13 de jul. de 2014.

⁴⁷¹ STONE, 2010, p. 12.

O número de tentativas frustradas é aproximadamente dez a vinte vezes superior ao número de mortes creditadas ao suicídio.⁴⁷² Se fizermos um comparativo entre o número de suicídios e o número de acidentes fatais com motociclistas brasileiros, dos quais nos parece algo comum atualmente, vamos nos surpreender. Estima-se que no Brasil morrem diariamente vinte e três (23) pessoas devido aos acidentes com motocicletas.⁴⁷³ Ou seja, de acordo com esses dados, a morte por suicídio é maior que o número de mortes por acidentes fatais envolvendo motociclistas.

O maior número de suicídios ocorre entre as pessoas jovens que estão entre 15 a 44 anos.⁴⁷⁴ Ou seja, ironicamente, enquanto a estimativa de vida sobe (os idosos vivem mais); os jovens vivem menos. Esse não é um problema exclusivo do Brasil. Nos Estados Unidos, o suicídio é a terceira entre as causas de morte entre jovens abaixo de 21 anos. Segundo Andrew Solomon, no ano de 1995 mais pessoas jovens “morreram de suicídio do que a soma das vítimas de AIDS, câncer, derrame, pneumonia, gripe, defeitos de nascimento e doenças cardíacas”.⁴⁷⁵

A maior causa dos suicídios está vinculada à depressão, porém nem toda pessoa que comete suicídio é porque “é” ou “está” deprimida. De acordo com o DSM-IV, a tendência ao suicídio é um dos nove sintomas da depressão. Mesmo assim, “a depressão corresponde a 70% dos suicídios que ocorrem no mundo”⁴⁷⁶ e o pensamento suicida é algo comum entre pessoas com depressão maior.⁴⁷⁷ “Em torno de 15% dos diagnosticados com depressão maior acabam cometendo suicídio, e muitos dos que o fazem procuram profissionais médicos antes de tirar a própria vida”.⁴⁷⁸

Há algumas diferenças importantes entre querer estar morto, querer morrer e querer se matar. Querer estar morto ou querer morrer é algo que pode vir à mente de uma pessoa em momentos de tristeza, de vulnerabilidade, de decepção e de desespero, mas o fato de querer, de pensar e de planejar se matar é algo diferente, que precisa de cuidados e acompanhamentos especiais.

Solomon divide as pessoas com perfil suicida em quatro grupos: a) aqueles que fazem sem pensar o que estão fazendo. São pessoas impulsivas, cometem suicídio repentinamente devido a algum acontecimento externo específico; b) aqueles que o fazem

⁴⁷² CORREIA; NEVES, 2013, p. 125.

⁴⁷³ **23 pessoas morrem em acidentes de moto por dia no Brasil.** Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2010/06/23-pessoas-morrem-em-acidentes-de-moto-por-dia-no-brasil.html>>. Acesso em 13 de jul. de 2014.

⁴⁷⁴ RAZZOUK; ALVAREZ; MARI, 2009, p. 32.

⁴⁷⁵ SOLOMON, 2010, p. 375.

⁴⁷⁶ RAZZOUK; ALVAREZ; MARI, 2009, p. 32.

⁴⁷⁷ TOLMAN, 2009, p. 35.

⁴⁷⁸ TOLMAN, 2009, p. 35.

como vingança, como se o ato fosse reversível; c) aqueles que cometem suicídio como fuga, como se isso fosse a única possibilidade de se livrar de suas dores e de seus problemas insuportáveis; d) e aqueles que usam uma lógica racional e que não “desejam experimentar a dor da vida e acreditam que o prazer que elas podem vir a sentir é insuficiente para compensar a dor atual [...] e nenhuma quantidade de tratamento ou medicação antidepressiva as fará mudar de ideia”.⁴⁷⁹ Segundo Correa e Neves, alguns fatores e eventos estressores contribuem para uma ideação e ação suicida: fatores socio-demográficos – idade, gênero, crenças religiosas e história familiar.⁴⁸⁰

Hornstein descreve algumas motivações que em dado momento podem levar a pessoa a uma tentativa de suicídio, são elas: desespero por não alcançar certas metas e objetivos que pode ser vivida como um sentimento de fracasso irremediável; como fuga perante certas situações; tentativa de chamar atenção; chantagem para com outras pessoas; falta de sentido na vida, o que deixa o viver penoso e doloroso, tornando o suicídio uma solução; a solidão e o isolamento de pessoas em idades avançadas. O referido autor cita ainda os sentimentos de desesperança e desespero; vergonha e humilhação; separação e rejeição (especialmente em adolescentes e adultos jovens); problemas econômicos (especialmente entre os 40 e 65 anos) e doenças médicas (especialmente em pessoas com mais de 65 anos).⁴⁸¹

No caso do gênero, é importante destacar que, com exceção da zonal rural da China, a taxa de suicídios entre homens é três vezes maior que entre mulheres. Inversamente, as tentativas de suicídio entre as mulheres são três vezes maiores do que entre os homens, isso porque os métodos usados nas tentativas entre mulheres, na maioria das vezes, são menos violentos e menos associados ao uso do álcool.⁴⁸²

O risco de suicídio, entre homens e mulheres, pode também ser desencadeado por: divórcio recente, perda de um filho ou do cônjuge, diagnóstico de doença grave. As pessoas acuada, angustiadas, em crise podem considerar o suicídio como uma forma de superação e de livrar o grande sofrimento que pesa sobre si. Não é que a pessoa queira se matar, mas ela não aguenta mais conviver com aquela dor dentro de si.⁴⁸³

No caso das pessoas jovens podemos listar várias possíveis causas do desencanto pela vida: o fato pode estar ligado ao colapso do núcleo familiar, pressão da escola/formação, pressão dos pares, pressão ou omissão dos pais, lassidão dos pais, abuso ocorrido durante a infância,

⁴⁷⁹ SOLOMON, 2010, p. 369-370.

⁴⁸⁰ CORREIA; NEVES, 2013. p. 125.

⁴⁸¹ HORNSTEIN, 2008, p. 128-131.

⁴⁸² CORREIA; NEVES, 2013, p. 127.

⁴⁸³ STONE, 2010, p. 59.

drogas, álcool, baixa taxa de açúcar no sangue, TV, promiscuidade, a diminuída frequência e participação na vida da igreja, aumento da violência, racismo, guerras, a mídia, o desraizamento, aumento da riqueza, desemprego, capitalismo, liberdade excessiva, tédio, narcisismo, falta de heróis, filmes sobre suicídio, distúrbios hormonais, a falta de contato com a realidade da morte e do luto (crianças quase não participam mais de velórios), etc. Ainda, “pessoas mais jovens são mais propensas a acreditar que uma tentativa de suicídio não levará à morte”.⁴⁸⁴

Kehl relata que as tentativas de suicídio entre adolescentes de quatorze ou quinze anos não ocorrem em função da gravidade de seu quadro depressivo, mas “por não suportarem a perda da autoestima, os sentimentos de incompreensão, e de isolamento provocados pelo estigma da depressão, que afasta amigos e os torna alvo de chacotas e de sérios preconceitos”.⁴⁸⁵

Tentativas prévias de suicídio são os maiores preditores de que outra ou outras tentativas virão a ocorrer. Aproximadamente um terço de pessoas que se matam já havia tentado antes. Cerca de 1% das pessoas que tentaram, vão se suicidar dentro de um ano, e até 10% deles cometerão suicídio dentro de dez anos.⁴⁸⁶ “A chance de suicídio em um indivíduo com história de tentativa prévia aumenta em 40 vezes em comparação com a população geral”.⁴⁸⁷

Outro fator a ser observado é o histórico familiar em relação ao suicídio. Pessoas com histórico familiar de suicidas são muito mais propensas a se matar. Aquilo que até então era algo impensável, torna-se algo pensável. Ademais, “a dor de viver quando alguém que se ama aniquilou-se pode ser quase intolerável”.⁴⁸⁸ Além disso, existe o comportamento suicida que é geneticamente herdado.⁴⁸⁹ Solomon reforça o tema da hereditariedade suicida ao dizer que “gêmeos idênticos⁴⁹⁰ tendem a partilhar a propensão ao suicídio, mesmo que sejam separados ao nascer e não tenham conhecimento um do outro”.⁴⁹¹

Além do fator hereditário, pode haver a motivação vinda do círculo de amigos e companheiros. Ou seja, se uma pessoa comete suicídio, é possível que um grupo de amigos o seguirá em sua decisão, neste caso é suicídio que gera mais suicídio.⁴⁹²

O suicídio impõe-se como grande desafio a profissionais da área de saúde mental. O fato de muitos suicídios estarem ligados à depressão faz com que a mesma se torne uma

⁴⁸⁴ SOLOMON, 2010, p. 391.

⁴⁸⁵ KEHL, 2009, p. 23.

⁴⁸⁶ SOLOMON, 2010, p. 376.

⁴⁸⁷ CORREIA; NEVES, 2013, p. 130.

⁴⁸⁸ SOLOMON, 2010, p. 379.

⁴⁸⁹ CORREIA; NEVES, 2013, p. 129.

⁴⁹⁰ Quando se fala em gêmeos idênticos, são os univitelinos.

⁴⁹¹ SOLOMON, 2010, p. 379.

⁴⁹² SOLOMON, 2010, p. 379.

patologia letal, pois o maior prejuízo associado à depressão é a morte. Uma pessoa com depressão tem um risco de suicídio vinte vezes maior do que a população geral.⁴⁹³

Algo que vale a pena ser destacado sobre as depressões, em todos os grupos, é o fato de que a pessoa nunca mais é a mesma uma vez que descobre que não existe um eu que não desmorone. Por isso, o “eu” em desmoronamento procura desesperadamente um lugar onde possa se apoiar antes que lhe sobre apenas escombros sombrios.⁴⁹⁴ Conseqüentemente, é necessário que encontremos ou então que participemos da promoção e edificação de espaços seguros onde as pessoas, em seus mais diferentes estados de dor, angústia, vulnerabilidade e desespero possam encontrar alívio, socorro e apoio, em tempos de aflição.

É nesse sentido que a Igreja pode se revelar como espaço genuinamente do cuidado e do anúncio da graça, do perdão, da aceitação e do amor incondicional de Deus, encarnado primeiro, em Jesus Cristo; e depois, naqueles e naquelas que se dispõem a lhe servir. Assim sendo, a comunidade cristã é legitimamente provocada a se reinventar constantemente e a se edificar e se redescobrir como espaço de cuidado, de pertença e de reenraizamento, do cultivo de relações verdadeiramente humanas e humanizadas, de promoção de vida com esperança resiliente, com paz e com justiça, e de auxílio na busca por um sentido. Tudo isso como forma prática e encarnada de anunciar a graça, o perdão, o amor e a aceitação incondicional de Deus, pois a comunidade cristã, como um todo/corpo, é agente do cuidado e, assim, é convidada a traduzir a Boa Nova do Evangelho na linguagem das relações e a tornar a solidariedade Evangélica algo concreto, palpável e encarnado em meio ao sofrimento alheio em que está inserida.⁴⁹⁵

Entende-se assim que a Igreja do cuidado não é aquela que se baseia na coisificação do ser humano ou que se fundamenta na lógica do espetáculo mercadológico. “A Igreja do Cuidado é aquela que é edificada sobre o fundamento do cuidado de Deus”.⁴⁹⁶ O que se percebe com isso é que, diante da situação de tamanho quebrantamento humano, a prática poimênica, exercida através do aconselhamento pastoral, pode servir como uma das formas de cuidado ofertada ao ser humano, ante suas dores. Sendo assim, vejamos a seguir sobre o cuidado, a poimênica e o seu desdobramento através do aconselhamento pastoral.

⁴⁹³ HORNSTEIN, 2008, p. 132.

⁴⁹⁴ SOLOMON, 2010, p. 123.

⁴⁹⁵ HOCH, Lothar Carlos. A comunicação como chave do Aconselhamento Pastoral. In.: HOCH, Lothar Carlos; NOÉ, Sidnei Vilmar (Orgs.). **Comunidade terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda**. São Leopoldo, RS: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2003a. p. 98.

⁴⁹⁶ GAEDE NETO, Rodolfo. Implicações para as relações de cuidado. In.: HOCH, Lothar Carlos; ROCCA LARROSA, Susana Maria (Orgs.) **Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado**. São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2007. p. 68.

III CUIDADO, POIMÊNICA E ACONSELHAMENTO PASTORAL

3.1. Cuidado

O termo cuidado é um dos temas centrais desta pesquisa, tanto assim que está implícito na palavra que dá origem ao termo poimênica, *pastoral care*, base sob a qual se fundamenta e se desenvolve o aconselhamento pastoral, uma das formas poimênicas de cuidado.⁴⁹⁷ Vejamos, então, os três termos essenciais na seguinte ordem: o cuidado como essência, fonte e um modo de ser-no-mundo; a poimênica como uma forma de articular e se desenvolver o cuidado essencial; e o aconselhamento pastoral como um dos desdobramentos poimênicos do cuidado.

O cuidado é algo que perpassa e que faz parte da essência do ser humano.⁴⁹⁸ O ser humano - desde o nascer ao morrer e, por fim, ser ressuscitado - é um ser carente de cuidados. Sem cuidado, o ser humano não passaria da sua primeira fase de vida, o que faz com que o cuidado apresente-se em alguns casos como questão de sobrevivência.⁴⁹⁹ Vivemos a partir do cuidado que recebemos e, por outro lado, promovemos vida através do cuidado que dispensamos a outrem.⁵⁰⁰ E esta é justamente uma das grandezas que nos caracteriza como verdadeiramente humanos. Vejamos, então, o que queremos expressar quando mencionamos aqui o cuidado.

Existem pelo menos três contextos básicos em que as relações de cuidado se encarnam através das relações. Um deles é mediado pelas relações de afeto, onde a família (mãe, pai, irmãos, filhos, esposa e marido, etc.), através de suas figuras de cuidado, desempenha um papel primordial. Nesse primeiro grupo, incluem-se ainda amigos e demais parentes. Outro grupo é aquele representado por voluntários que se dispõem a relações solidárias com pessoas fragilizadas, sem remuneração. E um terceiro grupo do cuidado é representado por profissionais das áreas, como por exemplo: Teologia, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Pedagogia, etc.⁵⁰¹

Para Boff, a essência do ser humano se encontra basicamente no cuidado e dele provém o suporte da criatividade, da liberdade e da inteligência. É no cuidado que reside o

⁴⁹⁷ CLINEBELL, 2007, p. 11.

⁴⁹⁸ SILVA, Marta Nörnberg da. Cuidado (s) em movimento: a ética do cuidado e a escuta sensível como fundamento do cuidado do outro. In.: NOÉ, Sidnei Vilmar (Org.). **Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral**. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2004. p. 17, 18.

⁴⁹⁹ OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich de; HEIMANN, Thomas. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In.: NOÉ, Sidnei Vilmar (Org.). **Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral**. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2004. p. 90.

⁵⁰⁰ SATHLER-ROSA, 2004, p. 35.

⁵⁰¹ OLIVEIRA; HEIMANN, 2004, p. 80.

ethos fundamental do ser humano, pois a partir dele os nossos gestos e atitudes são moldados e fazem da vida, das relações, dos valores, princípios e atitudes um bem-viver. Sendo o cuidado algo essencial do ser humano, ele não pode ser suprimido ou descartado, isso resultaria em grande prejuízo. Uma sociedade constituída com ausência e supressão do cuidado corre o risco de agonizar e perecer.⁵⁰² Diga-se de passagem, que a tecnologia a nosso dispor, mesmo sendo de suma importância em muitos casos, não pode assumir sozinha o cuidado do ser humano fragilizado,⁵⁰³ isso porque o ser humano não se satisfaz em desempenhar o papel de uma máquina ou, então, de por ela ser cuidado.⁵⁰⁴

Na contramão do cuidado estão o descuido, o abandono, o descaso, a exploração, o sofrimento e a morte. Já o cuidado como modo-de-ser essencial é um meio de promover vida e libertação, especialmente entre e com aqueles e aquelas que são explorados, marginalizados, lançados à periferia da sociedade, e ali abandonados. Frente a realidades excludentes e opressoras, o cuidado se apresenta como um jeito essencial de estar e “ser-no-mundo” e “ser-com⁵⁰⁵-os-outros”⁵⁰⁶ que se coloca ao lado das pessoas fragilizadas e descuidadas, que se dispõe a caminhar junto, erguer a outra pessoa⁵⁰⁷, as fracas e caídas, promover vida para que a pessoa possa caminhar de forma digna e liberta. Assim, para Boff, o cuidado está sempre em harmonia com libertação, compaixão, solidariedade, generosidade, bem-estar integral,⁵⁰⁸ solicitude, desvelo, diligência, atenção, zelo, bom trato.⁵⁰⁹

Entretanto, o cuidado essencial não é apenas um momento específico e pontual de atenção especial, ele é mais que um ato isolado. Cuidar é “uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro”⁵¹⁰ e não apenas dois ou três atos isolados.⁵¹¹ Assim, “é uma dimensão fontal, originária, ontológica, impossível de

⁵⁰² BOFF, 2008, p. 11-14.

⁵⁰³ OLIVEIRA; HEIMANN, 2004, p. 88.

⁵⁰⁴ BRAKEMEIER, 2002, p. 17, 210.

⁵⁰⁵ “A análise mostrou: o ser-com é um constitutivo existencial do ser-no-mundo. A co-pre-sença se comprova como modo de ser próprio dos entes que vêm ao encontro dentro do mundo. Na medida em que a pre-sença é, ela possui o modo de ser da convivência. Esta não pode ser concebida como o resultado da soma de vários ‘sujeitos’. O deparar-se com o contingente numérico de ‘sujeitos’ só é possível quando os outros que vêm ao encontro na co-pre-sença são tratados meramente como “números”. Tal contingente só se descobre por meio de um determinado ser-com e para os outros. Esse ser-com ‘desconsiderado’ ‘computa’ os outros sem ‘levá-los em conta’ seriamente, sem querer ‘ter algo a ver’ com eles.” HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. v. 1. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista, SP: Universidade São Francisco, 2005. p. 178.

⁵⁰⁶ Os temas são trabalhados por Martin Heidegger em seu livro clássico “Ser e Tempo”. HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. v. 1 e 2. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista, SP: Universidade São Francisco, 2005. p. 178.

⁵⁰⁷ “Os ‘outros’ não significam todo o resto dos demais além de mim, do qual o eu se isolaria. Os outros, ao contrário, são aqueles dos quais, na maior parte das vezes, ninguém se diferencia propriamente, entre os quais também se está.” HEIDEGGER, 2005, p. 169, 170.

⁵⁰⁸ BOFF, 2008, p. 18-20.

⁵⁰⁹ BOFF, 2008, p. 91.

⁵¹⁰ BOFF, 2008, p. 33.

⁵¹¹ SATHLER-ROSA, 2004, p. 35.

ser totalmente desvirtuada”⁵¹², é o que se revela, por exemplo, na fábula-mito de Higino sobre o cuidado como essência humana.⁵¹³ Uma pessoa que vive indiferente ao cuidado essencial, deixa de ser humano, está mais para uma máquina do que para um ser humano.⁵¹⁴

Muitos autores ressaltam a ligação que existe entre as palavras cuidado, cura e salvação.⁵¹⁵ A tradução da palavra *cura*, do latim para o português, é cuidado.⁵¹⁶ Também nesse sentido há um encontro entre essa expressão e vocação da Igreja como um todo, de ministros/as e pessoas leigas, de cuidar e acompanhar as pessoas em sua trajetória de vida, especialmente nos momentos de fragilidade.⁵¹⁷

O cuidado é o sentimento e atitude capaz de transformar em sujeitos aquilo que a fria razão coisificou e tornou objeto de descuido, de uso e de exploração. Por isso, “o cuidado com o bem-estar das pessoas é compromisso cristão inalienável.”⁵¹⁸ Ele é o sentimento e atitude que torna pessoas, coisas, situações e toda a criação divina, em algo extremamente importante;⁵¹⁹ e aquilo que é importante para nós se torna alvo do cuidado mais profundo e indelével que está na essência do ser humano. Nesse sentido, o cuidado está mais para a emoção e para o coração do que para a fria e calculista razão do uso utilitário das coisas, criaturas e pessoas. Essa parece ser a forma de resgatar humanidade mais essencial, fontal e ontológica do ser humano.⁵²⁰

Como todo ser vivo precisa de cuidado para continuar a existir, o cuidado faz parte da vida em sua plenitude. Vida que não se isola em torno de si mesma, mas que é relacional. Relacional no sentido de ofertar e de estar aberto para receber cuidado. Por isso, o simples fato de querer estar junto é um elemento básico da prática do cuidado.⁵²¹ É assim, a partir do contato, da relação, da aproximação que o cuidado se encarna e reverbera em atitudes como o amor, a justa medida, a ternura, a carícia, a cordialidade, a convivialidade, a compaixão, a sinergia, a hospitalidade, a cortesia e a gentileza⁵²² e ao mesmo tempo em que essas atitudes são formas de exercício do cuidado, elas também são vitais para alimentar e manter vivo o

⁵¹² BOFF, 2008, p. 34, 89.

⁵¹³ BOFF, 2008, p. 46.

⁵¹⁴ BOFF, 2008, p. 34; BRAKEMEIER, 2002, p. 10, 13, 17.

⁵¹⁵ Veja, por exemplo, DOBBERAHN, Friedrich Erich. Estudos bíblicos sobre cura e salvação. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 33, n.3, p. 278-293, 1993; GAEDE NETO, 2007, p. 68-71; SATHLER-ROSA, 2004, p. 35, 38; CLINEBELL, 2007, p. 57, 58, 204, 205.

⁵¹⁶ BOFF, 2008, p. 90, 91.

⁵¹⁷ BOFF, 2008, p. 91.

⁵¹⁸ BRAKEMEIER, 2002, p. 210.

⁵¹⁹ BOFF, 2008, p. 100.

⁵²⁰ BOFF, 2008, p. 102-103.

⁵²¹ SILVA, Marta Nörnberg da. Cuidado (s) em movimento: a ética do cuidado e a escuta sensível como fundamento do cuidado do outro. In.: NOÉ, Sidnei Vilmar (Org.). **Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral**. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2004. p. 19.

⁵²² BOFF, 2008, p. 109.

cuidado essencial que habita a vida humana. Se esse sentimento-atitude não for alimentado, o ser humano corre o risco de definir algo de sua essência, e, com isso, comportar-se como uma máquina, como um ser inumano.⁵²³

No âmbito eclesiológico da IECLB, Gaede Neto resalta que “a Igreja do Cuidado é aquela que é edificada sobre o fundamento do cuidado de Deus”⁵²⁴, que só quer nos salvar e, por isso, cuida das pessoas e cuida da salvação como um processo contínuo de cura cotidiana do ser humano frente a suas necessidades, crises e dores, por mais profundas que sejam.⁵²⁵ Nesse processo de cuidado e salvação integral, a comunidade cristã como um todo é convidada a participar e agir em prol daqueles e daquelas que sofrem. Ela é um corpo, com muitas e distintas partes, que cooperam entre si, que cuidam e que zelam em favor uns dos outros, como uma Igreja do cuidado.⁵²⁶

Consequentemente, é possível dizer que o cuidado essencial e originário, que pode se desdobrar através da arte poimênica, não é tarefa exclusiva de clérigos, mas chamado fontal feito a todas as pessoas.⁵²⁷ Aproximemo-nos, então, da definição e compreensão sobre o termo poimênica, que se apresenta como uma das formas originária e fontal do cuidado e como essência do ser.

3.2 Poimênica

Poimênica é um termo que provém do grego *poimen* e significa pastor. Esta expressão é usada como tradução da palavra inglesa *pastoral care*, que pode ser traduzida para o português, entre outras, como cuidado pastoral.⁵²⁸ Hoch registra que termo grego, *poimaino*, descreve a atividade de alguém que pastoreia um rebanho e esse pastorear envolvia a preocupação em cuidar, proteger “e zelar pelo seu bem-estar até ao extremo de se sacrificar por ele (João 10)”⁵²⁹ Em um texto mais tardio, afirma que a poimênica é o “exercício prático do ministério da cura e da consolação [...] isto é, o ato de pastorear o rebanho, buscar a ovelha desgarrada e curar a doente.”⁵³⁰

⁵²³ BOFF, 2008, p. 190.

⁵²⁴ GAEDE NETO, 2007. p. 68.

⁵²⁵ GAEDE NETO, 2007, p. 68.

⁵²⁶ GAEDE NETO, 2007, p. 70, 71.

⁵²⁷ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 292.

⁵²⁸ CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento Pastoral**: modelo centrado em libertação e crescimento. 4. ed. São Leopoldo: EST/Sinodal, 2007. p. 11.

⁵²⁹ HOCH, Lothar Carlos. Algumas considerações teológicas e práticas sobre a pastoral de aconselhamento. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 20, n.2, p. 88-99, 1980.

⁵³⁰ HOCH, Lothar Carlos. Comunidade terapêutica: em busca duma fundamentação eclesiológica do aconselhamento pastoral. In.: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org.). **Fundamentos teológicos do aconselhamento pastoral**. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: ASTE, 1998b. p. 21.

Schneider-Harpprecht define poimênica 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.”⁵³¹ Clinebell, de forma semelhante, define a poimênica como “o ministério amplo e inclusivo de cura e crescimento mútuos de uma congregação e de sua comunidade, durante todo o ciclo da vida.”⁵³²

Nos Artigos de Esmalcalde⁵³³ a poimênica pode ser compreendida como sendo um "*mutuum colloquium et consolatio fratrum*"⁵³⁴ ("diálogo mútuo e consolação entre os irmãos").⁵³⁵ Lutero mesmo anima a cada um e cada uma a colocar “o seu corpo no seio da comunidade e a procurar ajuda na comunhão do corpo espiritual” e que, por sua vez, cada um “carregue o sofrimento da comunidade”.⁵³⁶ Ao lado da pregação da palavra e da administração dos sacramentos, a relação entre as pessoas e o diálogo mútuo, fraterno e consolador entre irmãos e irmãs aparece entre os sinais pelos quais se identifica e reconhece a verdadeira Igreja de Jesus Cristo no mundo (*signa ecclesiae*). “Isso é uma afirmação de peso. Pois significa [...] que a Igreja verdadeira é a Igreja solidária, onde os irmãos e as irmãs se consolam uns aos outros.”⁵³⁷

Para Wangen, “poimênica é práxis do Evangelho”⁵³⁸ em direção ao ser humano e em direção a Deus. Portanto, não se limita à comunicação verbal nem apenas ao uso de termos teológicos e religiosos. O referido autor se aprofunda na temática e cita Josuttis afirmando que

Para o Novo Testamento a Palavra é sempre ação, e a ação é sempre Palavra. [...] tal práxis do evangelho realiza-se em formas múltiplas: na assistência a doentes e sua cura, na defesa do direito, na amenização e superação de problemas sociais, na luta política por liberdade, igualdade e fraternidade entre os homens. Poimênica é aquela forma de práxis evangélica na qual se busca, no diálogo entre dois parceiros ou na dimensão do grupo, ajuda curativa e aconselhadora para a vida.⁵³⁹

Tanto a poimênica quanto o aconselhamento pastoral têm grande relevância em casos de sofrimento, angústia, fragilidade, vulnerabilidade humana. Eles são formas de cuidado que traduzem “a boa-nova para a ‘linguagem dos relacionamentos’, uma realidade que permite à pastora comunicar uma mensagem de cura a pessoas que se debatem com alienação e desespero”, através do desenvolvimento de relacionamentos verdadeiros e profundos.⁵⁴⁰

⁵³¹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. Aconselhamento Pastoral. In.: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org.). **Teologia prática no contexto da América Latina**. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: ASTE, 2005. p. 291.

⁵³² CLINEBELL, 2007, p. 25.

⁵³³ 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.

⁵³⁴ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 300; HOCH, 1985, p. 249-270.

⁵³⁵ LUTERO, 1993, p. 332.

⁵³⁶ HOCH, 1985, p. 249-270.

⁵³⁷ HOCH, 1998b, p. 30.

⁵³⁸ WANGEN, Richard Harvey. O uso e abuso da Bíblia na poimênica. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v.19, n. 2, p. 95-106, 1979.

⁵³⁹ JOSUTTIS, Manfred apud WANGEN, 1979, p. 95-106.

⁵⁴⁰ CLINEBELL, 2007, p. 11, 12.

Através do cuidado acontece o amplo inclusivo ministério poimênico de cura e consolação mútuos de um determinado grupo e de sua comunidade de pertença. Nesse sentido, o aconselhamento pastoral é uma das dimensões do cuidado e da poimênica que se desenvolve no âmbito comunitário, buscando ajudar as pessoas em seus momentos de fragilidade, através de alguns princípios metodologicamente refletidos.⁵⁴¹ Vejamos, então, como se quer trabalhar o termo aconselhamento pastoral nesta presente pesquisa.

3.3 Aconselhamento pastoral

O aconselhamento pastoral é uma das dimensões da poimênica “que procura ajudar através da conversação e outras formas de comunicação metodologicamente refletidas”.⁵⁴² Para Clinebell, o “*Aconselhamento Pastoral*, que constitui uma dimensão da poimênica, é 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”.⁵⁴³

Assim sendo, a base sobre a qual o aconselhamento pastoral tem a sua inquietação e ponto de partida é o sofrimento humano, seja ele individual ou coletivo. O sofrimento que se manifesta como cruz encravada nas mais diversas realidades em que as pessoas estão inseridas e das quais precisam encarar de frente. Nesse sentido, o aconselhamento pastoral busca por libertação e fortalecimento do ser humano que se encontra em situação de vulnerabilidade e fragilidade, isso tendo como base a fé cristã.⁵⁴⁴

Considerando este dado como ponto de partida, é importante que façamos aqui um esclarecimento sobre o termo “aconselhamento pastoral”; que é analisado por alguns como uma expressão problemática, especialmente por dois motivos: a) que esta seria uma tarefa e função única e exclusiva do profissional da área, do pastor e da pastora como ministros ordenados da Igreja, - isso por ser “pastoral” - o que resultaria numa compreensão e ação pastorcêntrica; b) e por eventualmente passar à ideia limitada de que há alguém sempre pronto a dar conselhos e respostas prontas à outra pessoa que passivamente os receberiam de bom grado, o que geraria a condição de dependência entre “aconselhando” e “aconselhador”, funcionando como uma espécie de tutela.⁵⁴⁵ Para não cairmos nestas perigosas armadilhas, vejamos então o significado que se quer aqui aplicar ao termo.

⁵⁴¹ CLINEBELL, 2007, p. 25.

⁵⁴² SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 291, 292.

⁵⁴³ CLINEBELL, 2007, p. 25.

⁵⁴⁴ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 309.

⁵⁴⁵ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 291

3.3.1 Aconselhamento

O termo “aconselhamento pastoral” tem a sua origem na expressão inglesa, especialmente norte-americana, *pastoral counseling*. Expressão usada aqui, como tarefa e vocação da Igreja como um todo/corpo, e não apenas como função específica do ministro e da ministra ordenados.⁵⁴⁶ Aconselhamento deriva do latim, *consilium*. *Consilium* significa conselho, mas também significa discussão conjunta sobre um determinado problema e o seu possível resultado.⁵⁴⁷

Em contexto brasileiro, o termo “aconselhamento” pode passar à ideia de dar conselhos e de tutela, ou, então, que há alguém que sabe e tem as respostas para todas as coisas e situações; e que há outro alguém, passivo, que apenas precisa ouvir e receber passivamente os conselhos da pessoa que se dispõe a aconselhar. O termo “conselho” não é usado aqui nesse sentido. Aconselhamento indica uma forma solidária e comprometida de acompanhamento, a partir da fé, que tem como objetivo ajudar a pessoa a enfrentar os problemas, conflitos e crises (internos e externos), de forma com que a própria pessoa, a partir do diálogo e do convívio, se empodere, se fortaleça e se liberte do sentimento de dependência e possa ajudar a si mesma em seu processo de superação, recomposição e libertação.⁵⁴⁸ Esse modelo de aconselhamento enfatiza e reforça “a importância de indivíduos, famílias e grupos desenvolverem e assumirem seus próprios processos de desenvolvimento, sem tutela.”⁵⁴⁹ Funda-se na ideia de companheiros de jornada que saibam ajudar a pessoa a encontrar a melhor maneira de enfrentar as suas angústias e problemas.⁵⁵⁰

Ward ressalta, assim, a importância do saber ouvir, mais que do falar, no aconselhamento. Segundo a referida autora, as formas de cuidado pastoral com pessoas fragilizadas não se limitam ao discurso verbal, a verdades dogmáticas ou a ensinamentos prontos e fechados em si. A simples presença, o estar junto em silêncio, o escutar com o coração, o ouvir efetivamente a dor da outra pessoa em atitude de metaescuta ou escuta ativa e profunda são características que denotam grande habilidade da parte do aconselhador, da aconselhadora. Escutar com o coração, em atitude de metaescuta ou escuta ativa e profunda, vai além do racional, do ouvir as palavras ditas pela pessoa que sofre. Este ouvir inteiramente

⁵⁴⁶ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 291.

⁵⁴⁷ FABER, Heije; SCHOOT, Ebel van der. **A prática da conversação pastoral**. São Leopoldo: Sinodal, 1973. p. 182.

⁵⁴⁸ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. A fundação da Associação Brasileira de Aconselhamento: motivos, objetivos e perspectivas. In.: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org.). **Fundamentos teológicos do aconselhamento pastoral**. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: ASTE, 1998. p. 82.

⁵⁴⁹ **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008, p. 10.

⁵⁵⁰ WARD, Erdwina. Escutar com o coração: o significado da presença no aconselhamento pastoral. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, v. 51, n. 2, p. 334-344, jul./dez. 2011.

leva em consideração as expressões não verbais como, por exemplo, o tom da sua voz, a expressões faciais, os gestos, a postura e a linguagem corporal.⁵⁵¹ Ou seja, a palavra aconselhamento que aqui usamos vai muito além da concepção de dar conselhos, de dar tutela, de informar ou instruir.

3.3.2 Pastoral

A utilização da expressão “pastoral” poderia passar a ideia de ser uma tarefa única e exclusiva do pastor/a ou do ministro/a ordenado/a, o que resultaria numa compreensão pastorcêntrica, onde não se deixa espaço para a livre articulação do sacerdócio geral de todos os crentes, bem como da edificação de uma comunidade terapêutica e de cuidado.⁵⁵² Entretanto, o aconselhamento é pastoral não porque está ligado e fixado à figura do ministro ou da ministra pastoral, mas porque a Igreja é nas suas origens uma comunidade do exercício do cuidado pastoral entre as pessoas que a integram.⁵⁵³ Nesse sentido, no âmbito comunitário, podem e vão surgir pessoas vocacionadas e dispostas para o exercício do “ministério” do aconselhamento pastoral de e com pessoas fragilizadas e vulneráveis no âmbito comunitário. Essas pessoas que se dispõem a tal prática solidária, que não são pastores e pastoras, ministros e ministras religiosos, necessitarão qualificação e acompanhamento ministerial para que possam exercer a sua prática de cuidado de forma organizada e otimizada no âmbito eclesial através do desempenho da tarefa poimênica e pastoral.⁵⁵⁴

Ward ressalta que apesar dessa tarefa ser função da Igreja, e não apenas de ministros e ministras, é impossível negar que o ministro e ministra são símbolos de poder, pois apontam para muito além de si mesmos, para além de sua singularidade e pessoalidade. O ministro e a ministra apontam e representam o Deus da vida e também uma comunidade de fé que está na base de sua ação pastoral. Ou seja, o “visitador pastoral é o representante de Deus e vem de uma comunidade de fé”.⁵⁵⁵

Faber e Schoot também registram e chamam a atenção sobre o significado simbólico do pastor e da pastora. Para esses autores, as pessoas que procuram a pastora ou o pastor estão procurando não apenas o contato com aquele indivíduo, mas com o que representam e simbolizam: a comunidade cristã e o Deus de sua fé. No entanto, é muito possível que essa busca velada aconteça de maneira inconsciente, mas está lá.⁵⁵⁶ Essa informação revela algo

⁵⁵¹ WARD, 2011, p. 334-344; FABER; SCHOOT, 1973, p. 14, 19, 34-36, 42, 54.

⁵⁵² SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 291.

⁵⁵³ **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008, p. 10.

⁵⁵⁴ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1998, p. 79; HOCH, 1980, p. 88-99.

⁵⁵⁵ WARD, 2011, p. 334-344.

⁵⁵⁶ FABER; SCHOOT, 1973, p.144.

extremamente importante, pois

Nenhum outro profissional tem esse contexto à disposição para demonstrar a comunidade de apoio agregada que constitui a força invisível proporcionada ao paciente [...]. Por meio das visitas do visitador pastoral o paciente pode continuar participando da vida da comunidade da igreja da qual já fazia parte.

Quando surge uma crise na vida de um indivíduo, a pessoa do visitador pastoral pode mais uma vez representar um corpo de pessoas que está oferecendo orações, apoio, consolo e força.⁵⁵⁷

Destaca-se, assim, que a tarefa poimênica, seja através do aconselhamento pastoral ou de outras formas de cuidado, não são exclusivamente tarefas clericais. O bom seria se ela pudesse, sim, passar por ele no sentido de condução, formação e capacitação de lideranças leigas,⁵⁵⁸ que se saibam representantes não apenas de si mesmas, mas de uma comunidade maior, e também de Deus. Assim, definimos a seguir a compreensão que aqui temos sobre o conceito de *aconselhamento pastoral*.

3.3.3 *Aconselhamento pastoral*

É da junção das duas palavras até aqui explanadas (aconselhamento + pastoral), que se fundamenta o uso do termo que nos conduz pelas reflexões em torno do “*aconselhamento pastoral*”. A base social do aconselhamento pastoral é a Igreja, a *koinonia* dos membros e para pessoas cristãs o seu modelo referencial está centrado em Jesus Cristo e em sua interação com o meio que estava a sua volta.⁵⁵⁹

Aconselhamento pastoral, então, não é função exclusiva de ministros e ministras ordenados; não está ligado exclusivamente à ideia de dar conselhos e gerar dependência. Não se trata de uma relação de poder, mas de uma relação dialogal entre parceiros. Essa relação tem como objetivo descobrir, junto às pessoas e em diferentes situações da vida, o significado da liberdade cristã dos pecadores e pecadoras que são aceitos pela graça de Deus. Dar-se conta desse fato, pode ajudar para que o ser possa restabelecer uma relação saudável e libertadora com o Deus de sua fé, consigo mesmo e com o seu próximo, isso de uma forma madura e consciente.⁵⁶⁰

A 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.⁵⁶¹

Entretanto, existe ainda uma antiga tendência em compreender a atividade do aconselhamento pastoral como tarefa exclusiva do pastor. Esta compreensão está vinculada à

⁵⁵⁷ WARD, 2011, p. 334-344.

⁵⁵⁸ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 314, 317; CLINEBELL, 2007, p. 66.

⁵⁵⁹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 292.

⁵⁶⁰ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 291-292.

⁵⁶¹ HOCH, 2003a, p. 97.

tradição do platonismo, que transparece no conceito de cura d'almas, ao qual se entende que a salvação da alma imortal é mediada pela figura pastoral, mediante a confissão e a absolvição. Uma vez que esse dualismo foi superado e o ser humano voltou a ser compreendido como um ser integral, podemos ir adiante e aprofundar a reflexão em torno da prática do aconselhamento pastoral como forma de cuidado desenvolvida com pessoas fragilizadas por diversas situações da vida,⁵⁶² isso como tarefa genuinamente da Igreja cristã e como seguimento a Cristo.

Nesse seguimento, o aconselhamento pastoral é uma vocação pela qual a Igreja como um todo foi e é chamada para cuidar das pessoas, através das pessoas e do convívio fraterno e solidário entre as diferentes pessoas. Isso como sinal de reconhecimento da Igreja Verdadeira (*signa ecclesiae*).

Isso [...] significa, em primeiro lugar, que a Igreja verdadeira é a Igreja solidária, onde os irmãos e as irmãs se consolam uns aos outros. Em segundo lugar, isso significa que a palavra "pastoral" implícita no nome do "aconselhamento pastoral" não se refere apenas à pessoa do pastor.⁵⁶³

Sendo uma forma de cuidado, o aconselhamento pastoral deve permanecer aberto ao diálogo interdisciplinar e intervencional, evitando se desenvolver de forma unilateral.⁵⁶⁴ Pelo contrário, deve vislumbrar o ser humano em sua integralidade vivencial e existencial.⁵⁶⁵ Se consideramos o aconselhamento pastoral como uma das formas de se responder aos complexos anseios de nossos tempos, é necessário admitir que essa resposta não poderá partir apenas da Teologia. "Esta necessariamente terá que se assessorar da psicologia, da sociologia, da antropologia e de outras ciências."⁵⁶⁶

Isso porque, segundo Sathler-Rosa, a Teologia não se ocupa apenas o conhecimento sobre Deus, mas dos processos humanos e as formas como tais processos se revelam, pois tais processos levam a eventos que acontecem entre Deus e o ser humano e, assim, se conhece um pouco sobre o Deus revelado e, ao mesmo tempo, se reconhece que nele há um lado que ainda nos é oculto, desconhecido. Assim sendo, a Teologia ou teoantropologia, tem a ver com Deus como Deus dos seres humanos, pois quando se fala de Deus, também o encarnado, o ser humano, deve estar em pauta.⁵⁶⁷ O referido autor segue em sua reflexão e, mais adiante, afirma,

'O conhecimento de Deus à parte de uma compreensão dos humanos pode, facilmente, tornar-se abstrato e especulativo. Semelhantemente, uma teologia pastoral sem uma antropologia teológica corre o risco de tornar-se alienada da existência na história.' [...] A intenção não é a validação do ser humano e sim a busca por sua compreensão.⁵⁶⁸

⁵⁶² SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 291.

⁵⁶³ HOCH, 1998b, p. 30.

⁵⁶⁴ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 314, 315; SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1998, p. 84.

⁵⁶⁵ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1998, p. 83.

⁵⁶⁶ HOCH, 1998b, p. 26.

⁵⁶⁷ SATHLER-ROSA, 2004, p. 58, 59.

⁵⁶⁸ SATHLER-ROSA, 2004, p. 83.

Hoch chama atenção para o fato de que a prática do aconselhamento pastoral é uma forma de pregação do Evangelho encarnada, um jeito concreto de estar aí no mundo e de se relacionar. Isso claramente não se refere apenas à pregação realizada no culto, mas também. Ela vai um pouco além e extrapola os limites da vida cúlrica e celebrativa para alcançar o nível das relações e, assim, se encarnar concretamente na realidade das pessoas.⁵⁶⁹ Nesse sentido, Hurding diz que a essência do aconselhamento pastoral e da psicoterapia reside e se funda na ideia “de ajudar ao outro por meio de um relacionamento de cuidado”.⁵⁷⁰

Dessa maneira, a comunidade cristã como um todo, como agente do cuidado exercido através da prática do aconselhamento pastoral, é convidada a traduzir a Boa Nova do Evangelho na linguagem das relações e, assim, tornar a solidariedade Evangélica algo concreto, palpável e encarnado entre o sofrimento alheio.⁵⁷¹ É assim que o aconselhamento pastoral contextualizado e inculturado se torna uma hermenêutica integrada da práxis cristã.⁵⁷²

Como fundamento dessa compreensão, podemos nos firmar no exemplo do próprio Jesus Cristo diante do ser humano fragilizado. A sua vida foi marcada por compaixão, solidariedade, solicitude, amor, respeito, convívio, comunhão e diálogo. O seu ministério foi constituído e vivido numa rica, dinâmica e complexa interação com o próximo que estava diante de si. Esta é a boa nova do Evangelho: Deus, na pessoa de Jesus Cristo, vem para se relacionar “com seu povo em meio ao sofrimento e o faz de forma humana, ou seja, através de um relacionamento fraterno, em moldes tais, que a mais humilde das pessoas seja capaz de entendê-la. E, mais do que entendê-la, experimentá-la”.⁵⁷³

O aconselhamento pastoral interage com pessoas em diversas situações de sofrimento e fragilidade, buscando contribuir através da presença (o estar junto), da relação direta, do ouvir atentamente⁵⁷⁴, da conversação e de outras formas de comunicação que sejam metodologicamente refletidas.⁵⁷⁵ Entre essas formas de comunicação metodologicamente refletidas, podemos citar, por exemplo, as diversas funções ministeriais, como: o culto, as pregações, a música, a visitação, os trabalhos diaconais, a ação social,⁵⁷⁶ etc. Além disso, Clinebell afirma que, quando assunto é lidar com os infernos particulares das pessoas, elas costumam abrir o seu coração ao pastor, quer ele mereça ou não. E segue, “o pastor [...] não

⁵⁶⁹ HOCH, 2003a, p. 98.

⁵⁷⁰ HURDING, Roger F. **A árvore da cura: modelos de aconselhamento e de psicoterapia**. São Paulo: Vida Nova, 1995. p. 35.

⁵⁷¹ HOCH, 2003a, p. 98.

⁵⁷² SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 309.

⁵⁷³ HOCH, 2003a, p. 98.

⁵⁷⁴ CLINEBELL, 2007, p. 69.

⁵⁷⁵ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 292.

⁵⁷⁶ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 312; CLINEBELL, 2007, p. 44,

possui o privilégio de decidir se vai fazer o aconselhamento ou não. A ‘opção não é entre fazer aconselhamento ou não fazê-lo, mas entre fazer o aconselhamento de uma forma disciplinada e competente e fazê-lo de uma forma indisciplinada e incompetente’.⁵⁷⁷

O que se percebe com o descrito até aqui é que a poimênica, em seus mais diversos desdobramentos, “é uma resposta à necessidade que cada pessoa tem de calor, sustento, apoio e cuidado.”⁵⁷⁸ Nesse sentido, o aconselhamento pastoral se apresenta como exercício do cuidado ao qual se pode recorrer quando a vida e as relações humanas estão frágeis e quebrantadas pelas diversas e adversas situações da vida.⁵⁷⁹ Vejamos agora a compreensão bíblico-antropológica sobre o ser humano e como ela trata e registra o cuidado poimênico exercido através do aconselhamento pastoral.

3.4 Raízes bíblico-antropológicas do cuidado, da poimênica e do aconselhamento pastoral

3.4.1 No Antigo Testamento

No Antigo Testamento, uma das imagens gravadas na memória do povo é a imagem de Deus como Pastor, como aquele que se dispõe a cuidar. Um pastor divino que conduz e guia o seu povo, exatamente assim como um bom pastor de ovelhas cuida, conduz e guia seu rebanho. E essas imagens da realidade pastoril eram bem comuns e se faziam presentes na experiência e vivência do povo semita. Mais tarde, experiências assim, de cuidado divino, foram registradas na literatura dos povos do Antigo Testamento como forma de se falar de Deus como um Bom Pastor.⁵⁸⁰

Destaca-se que nessa relação de cuidado pastoril de Deus para com o seu povo, o “Pastor é autoridade e solicitude, poder e carinho, vigor e ternura. Deus é o excelso soberano, Adonai, no entanto, ao mesmo tempo, o terno Pai. Deus é aquele que vigia, comanda, conduz as ovelhas, mas fá-lo com o afeto carinhoso de quem conhece as ovelhas.”⁵⁸¹ Dentro dessa lógica de relação de cuidado, a antropologia judaica veterotestamentária compreende o ser humano como um ser integral e relacional. Essa integralidade e relacionalidade faz parte da própria imagem e semelhança de Deus.⁵⁸²

Braaten registra que a existência do ser humano depende das relações que ele estabelece com o outro e com Deus. Ela não é algo acrescentado ao seu modo de viver, mas o

⁵⁷⁷ CLINEBELL, 2007, p. 44.

⁵⁷⁸ CLINEBELL, 2007, p. 43.

⁵⁷⁹ CLINEBELL, 2007, p. 25.

⁵⁸⁰ LIBANIO, João Batista. **O que é pastoral?** São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 17.

⁵⁸¹ LIBANIO, 1982, p. 17.

⁵⁸² VON RAD, Gerard apud CLINEBELL, 2007, p. 48.

cerne fundante do seu ser.⁵⁸³ Buber diz que ser humano é um ser que se relaciona, dialoga, é recíproco e vive em contato com o outro. Assim compreende a si mesmo para além da singularidade, compreendendo-se não somente como um “eu” isolado que baseia na relação “eu-isso”, mas como um “eu” que vive, convive, dialoga e interage com o “tu”. Essa interação deve acontecer não de forma eclipsar, ofuscando o outro. A base dessa relação deve se fundar na convivência que se dá e se desenvolve através da reciprocidade e da alteridade que é capaz de reconhecer no “eu” e no “tu” um “nós” em potencial. Assim, o “eu” depende do “tu” e o “tu” depende do “eu” para que sejamos um nós; e o nós, que se dá justamente no encontro entre o eu e o tu, dependentes do Eterno.⁵⁸⁴

Portanto, já a partir do Antigo Testamento, para melhor compreender o ser humano é necessário analisá-lo dentro de seu sistema maior, (social, político, ecológico⁵⁸⁵, familiar e religioso) como um ser que integra e se relaciona com o seu meio; que molda e é moldado pelo seu meio. Ele é um ser vivente, imagem e semelhança de Deus⁵⁸⁶, dentro de um sistema integrado. Por isso, o cuidado do ser humano deve contemplar a sua integralidade, relacionalidade e a sua inteireza. Inteireza de um ser que é cuidado e, ao mesmo tempo, é convidado a cuidar.

Diante dessa realidade, a poimênica e o aconselhamento pastoral no Antigo Testamento estão centrados no sistema integrado e no resgate da interação das relações do ser humano consigo mesmo, com Deus e com o próximo, através do culto, do seu sistema jurídico e da sabedoria popular. As pessoas que assumiam funções de cuidado através do “aconselhamento pastoral no AT são os sacerdotes (Lv 12ss.; 1Sm 1.9ss), os anciãos e juízes que tomam decisões em casos de conflitos (Rt 4), os profetas que desenvolvem a sua prática de admoestação e a consolação individual e coletiva (2Sm 12; Is 40.1ss) e, em primeiro lugar, os sábios, homens do povo que transmitem como pais de família os conselhos da sabedoria popular para os filhos (Pv 4ss).”⁵⁸⁷

Segundo Libanio, as pessoas que se empenhavam pelo cuidado do povo, seguindo o exemplo do próprio Deus, também recebiam o título de “pastor”. Foi assim que líderes de

⁵⁸³ BRAATEN, Carl E.; JENSON, Robert W. **Dogmática cristã**. São Leopoldo: IEPG/Sinodal, 2002, v.1. p. 336.

⁵⁸⁴ Síntese do tema trabalhado por Buber em seu livro “Eu e tu”. BUBER, Martin. **Eu e tu**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

⁵⁸⁵ Na perspectiva bíblica, a terra, e tudo que nela há, é de Deus, pertence a Deus, o ser humano é convidado a ser o seu jardineiro. Não somos proprietários do planeta, mas Deus o confiou em nossas mãos. CLINEBELL, 2007, p. 48.

⁵⁸⁶ “A concepção bíblica de integralidade deixa claro que os seres humanos não são Deus, embora sejam criados à semelhança de Deus. Ao lado da consciência de nossas notáveis potencialidades, é essencial estarmos cientes de nossa finitude, de nossas limitações e de nosso quebrantamento. Sem essa consciência, caímos facilmente na auto-idolatria [*sic*] e no orgulho narcisístico que aliena as pessoas de uma interação nutriente com as outras, com a biosfera e com Deus”. CLINEBELL, 2007, p. 49.

⁵⁸⁷ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 295.

Israel, sacerdotes, e até mesmo reis assírios e babilônicos foram chamados de pastores.⁵⁸⁸ “O rei era entronizado como pastor [...]. Também era pastor no sentido de reunir e proteger o povo, cuidando-lhe dos bens terrestres e guardando a justiça [...]. O pastor é o guardião da justiça. Os homens de Israel já tinham, pois, tudo para assumir tal simbólica e teologizá-la”.⁵⁸⁹

Outro exemplo da prática poimênica e de aconselhamento pastoral pode ser percebida nos provérbios e nos diálogos de Jó com os seus amigos. Esses textos revelam-nos alguns princípios do aconselhamento no Antigo Testamento. Revelam, por exemplo, que a admoestação e a consolação eram práticas da sabedoria popular. Além disso,

Visitavam o sofredor para “compartilhar a dor e o consolar” (Jó 2.11). A solidariedade se exprime em gestos tradicionais como rasgar as roupas e jogar pó em cima da cabeça, sentar-se no chão ao lado [...] e compartilhar sua dor em silêncio durante sete dias e sete noites (2.12s.). Frente ao sofrimento do justo, o aconselhamento dos amigos fracassa. Apenas na relação direta com Deus manifesta-se uma solução para Jó (caps. 38 ss.), que apela a Deus como testemunha contra Deus mesmo (16.19s.). Nesta experiência extrema de um apelo ao Deus justo contra o Deus ausente que escondeu o seu rosto o AT está sondando profundamente o abismo da auto-experiência [*sic*] humana e oferece um figura de pensamento que tornou-se importante para o aconselhamento pastoral de muitas gerações.⁵⁹⁰

A recorrência do uso de alguns termos hebraicos ajuda a melhor compreender a importância e a relação entre cuidado e aconselhamento pastoral no Antigo Testamento. Por exemplo, *etsah* (aparece oitenta e oito vezes no AT e significa conselho); *yaatz* (aparece vinte e três vezes com sentido de dar e receber conselho e provém da mesma raiz que hebraica que conselheiro) *sodh* (sua raiz significa treinador, almofada, travesseiro e está ligado a reunião ou momentos de conversa íntima entre amigos, por exemplo entre juízes em consulta mútua; pode ser um diálogo familiar (Pv 15.22); pode significar o revelar de um segredo, um desvelar-se ao outro (Pv 11.13)).⁵⁹¹ Essa é a riqueza do conceito de aconselhamento pastoral no Antigo Testamento.

Outro conceito bíblico-antropológico central para compreender a relação entre cuidado, poimênica, aconselhamento pastoral e ser humano, de acordo com o Antigo Testamento, é o *néfesh*. Conforme Hans Walter Wolff, a *néfesh* pode se referir a garganta, goela; um órgão de ingestão dos alimentos; um órgão que passa fome, sede e sente falta do paladar (Pv 27.7); é também um órgão da respiração (Gn 35,18; 1Rs 17.21s; Jr 2.24; Jó

⁵⁸⁸ LIBANIO, 1982, p. 16, 17.

⁵⁸⁹ LIBANIO, 1982, p. 16, 17.

⁵⁹⁰ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 295.

⁵⁹¹ **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008, p. 10.

11.20). A *néfesh* fala do ser humano necessitado.⁵⁹² Em resumo, “o homem não tem *n.*, mas é *n.*, vive como *n.*”⁵⁹³

Ela representa o que é vivo. [...] Designa no sentido mais amplo, o aspecto vital no ser humano: A *néfesh* passa fome (Dt 12.15), ela tem nojo (Nm 21.5; Ez 23.18), ela odeia (2Sm 5.8), ela se irrita (Jz 18.25), ama (Gn 44.30) e fica de luto (Jr 13.17); e sobretudo: ela pode morrer (Nm 23.10; Jz 16.30), isto é, ela ‘sai’ (Gn 35.18); às vezes, ela retorna (1Rs 17.21s).⁵⁹⁴

Na realidade é difícil encontrar uma tradução que alcance o sentido original de *néfesh*. Em nossas bíblias, na maioria das vezes, o termo foi traduzido por “alma”. Também aparece como “garganta/goela” (Is 5.14).

As nossas bíblias tradicionais traduzem, regularmente, por “alma” uma palavra fundamental da antropologia veterotestamentária: *néfesh*. Como o francês *âme* e o inglês *soul*, apontam para a tradução mais frequente de *néfesh* por *psyché*, na Bíblia grega e na latina por *anima*. [...] Hoje chegamos ao resultado de que a tradução “alma” em muito poucos lugares corresponde ao significado de *néfesh*.⁵⁹⁵

Deus formou o ser humano do pó da terra, da argila (aqui temos a ligação do ser humano com a terra, *adamah*)⁵⁹⁶ e o tornou um ser vivente (Gn 2.7). Essa afirmação é apoiada por Wolff, pois, segundo o referido autor, “Javé Deus formou o homem do pó da terra e insuflou nas suas narinas um hálito vital; assim o homem se tornou uma *néfesh* vivente”.⁵⁹⁷

Nefesh é sinônimo da identidade do ser humano nas suas relações com Deus, consigo mesmo e com o próximo. A antropologia do AT não separa mente, alma e corpo e entende o ser humano de maneira integral e relacional. As perturbações da relação com Deus afetam todo o ser humano. Ele as percebe também de maneira integral no seu coração (*leb*) como órgão central das emoções, da autopercepção e da consciência. Afastada de Deus a *nefesh* enfraquece, sofre, fica doente, segue o mal nos seus atos e pode morrer. A morte é a falta de relação com Deus, e quem se afastou dessa relação com Deus já participa da realidade da morte enquanto ainda vive fisicamente.⁵⁹⁸

⁵⁹² WOLFF, Hans Walter. **Antropologia do Antigo Testamento**. São Paulo, SP: Loyola, 1975. p. 22-26.

⁵⁹³ WOLFF, 1975, p. 22.

⁵⁹⁴ RAD, Gerhard von. **Teologia do Antigo Testamento**. 2. ed. totalmente revisada. São Paulo, SP: ASTE, Targumim, 2006. p. 151.

⁵⁹⁵ WOLFF, 1975, p. 21.

⁵⁹⁶ “Deus forma um boneco de terra, para em seguida insuflar-lhe o sopro da vida. A terra do boneco não é qualquer tipo de solo. É *adamah*, terra agricultável, terra de plantio. Adão é o terráqueo, feito de *adamah*, aqueles 12 a 15 cm de solo fértil e vivo. Os humanos, portanto, são partes dessa camada de humus animadas pelo sopro de Deus. Assim Adam tem uma relação imediata com a *adamah*. Para permanecer humano, essa relação não pode ser perturbada e muito menos interrompida. O vínculo com o sopro de Deus lhe atribui a função de elo de ligação entre Deus e terra. Aliás, em geral, esquecemos que também os animais são formados da mesma *adamah* (Gênesis 2,19). Isso explica, porque nas cosmogonias indígenas há trocas muito naturais entre humanos e animais, e que eles entendem os animais apenas como corporificações diversas da essência humana. O vínculo de terra e sopro divino constitui a humanidade. Quando Deus busca de volta o sopro de vida concedido, o boneco de barro volta a ser terra. ‘Terra à terra, cinza a cinza, pó ao pó. Da terra foste formado, à terra tornarás’... Tanto me parece belo quanto consolador, estar integrado no ciclo da vida dessa forma, estando animado pelo sopro divino. Esse vínculo inseparável também ficou conservado em algumas línguas: os humanos são feitos de humus. A pessoa humana é um pedaço de humus contendo o sopro divino. Quando os humanos se distanciam e alienam da terra, esse vínculo sagrado é destruído. Matar uma pessoa humana significa machucar a terra. Ferir a terra significa matar pessoas humanas. O humus grita por causa da morte de Abel e abre sua boca para absorver o seu sangue (Gn 4.10s). O humus é tão sagrado como a vida humana”. TREIN, Hans. **Terra, a matéria prima dos humanos**. Disponível em: <<http://www.luteranos.com.br/conteudo/terra-a-materia-prima-dos-humanos>>. Acesso em 30 de Nov.2013.

⁵⁹⁷ Tradução de Gn 2.7. WOLFF, 1975, p. 21.

⁵⁹⁸ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 294.

Nesse sentido, é de suma importância que a *néfesh* esteja saudável, pois ela está ligada ao bem-estar integral do ser humano, corpo, mente e alma. Assim, o enfraquecimento e morte da *néfesh* não se limitam à morte física, mas à impossibilidade de se relacionar. De se relacionar com o outro, como parte do povo, mas especialmente surge da falta de relação com Deus. E, nesse sentido, a poimênica pode aproximar e remeter o ser humano à fonte do seu sopro de vida, àquilo que lhe possibilita a continuar respirando vivamente o hálito da vida, pois “a pior coisa que pode acontecer a um ser humano não é que a sua vida tenha um fim, mas que nunca teve um começo. Não que vamos morrer, mas que nunca vivemos.”⁵⁹⁹ Clinebell, ao refletir sobre a impossibilidade de viver a vida em plenitude e dignidade até o fim, registra uma frase interessante sobre essa relação entre vida e morte, diz ele: “morto aos quarenta, sepultado aos setenta.”⁶⁰⁰

Vale lembrar o que diz Schneider-Harpprecht sobre a relação entre *néfesh*, vida e morte. “Afastada de Deus a *nefesh* enfraquece, sofre, fica doente, segue o mal nos seus atos e pode morrer. A morte é a falta de relação com Deus, e quem se afastou dessa relação com Deus já participa da realidade da morte enquanto ainda vive fisicamente.”⁶⁰¹

Ou seja, o conceito de morte no Antigo Testamento também não se restringe à morte física. Na compreensão veterotestamentária, estar morto não significava apenas o momento específico da extinção da vida. Uma pessoa que estivesse fraca, física ou psiquicamente, ou então nas mãos de inimigos, já estava em uma espécie de realidade de morte. “O doente em estado grave, impedido de realizar certas funções vitais ativas, já se encontra num estado de morte relativa”.⁶⁰²

Israel considerava a morte como uma realidade espacial, uma área, um lugar, a *sheol*. “Esse é o ponto de partida para compreender numerosas expressões dos salmos em que os que oram testemunham que já se encontravam na *sheol* [mundo dos mortos], mas que de lá foram ‘tirados’ por Javé”,⁶⁰³ os salmos de lamentação, por exemplo, estão cheios dessa experiência. Eles refletem um drama: a vida que está por trás do salmo passa por uma “situação de crise, de conflito ou de sofrimento diante de situações de opressão política, social, moral, física, psicológica ou existencial”.⁶⁰⁴ Por isso, na vida de culto, os salmos eram usados como elementos “típicos de um aconselhamento liturgicamente ritualizado e ligado à intervenção de

⁵⁹⁹ WATTY apud HOCH, Lothar Carlos. A função terapêutica dos ritos crepusculares: aconselhamento pastoral junto aos que andam no vale da sombra da morte. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 38, n. 1, p. 63-73, 1998a.

⁶⁰⁰ CLINEBELL, 2007, p. 203.

⁶⁰¹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 294.

⁶⁰² RAD, 2006, p. 376.

⁶⁰³ RAD, 2006, p. 376.

⁶⁰⁴ GASS, Ildo Bohn (org.). **Exílio Babilônio e Dominação Persa**. v. 5. São Leopoldo: CEBI; São Paulo: Paulus, 2004. p. 159.

sacerdotes, que realizavam cerimônias de sacrifício, de purificação ou de cura para reintegrar o indivíduo espiritual e socialmente.⁶⁰⁵

As expressões registradas nos salmos, sejam elas a nível individual ou coletivo, revelam que apesar das aparências e do profundo abatimento, ainda há esperança por superação e libertação. E essa luta confiante por libertação tem suas raízes na teologia do Êxodo e se mostra fundamental na espiritualidade dos Salmos e de toda a Escritura.⁶⁰⁶ Assim, a possibilidade de ser erguido e voltar da *sheol* é uma salvação, uma cura, realizada por Deus, o “*Shalom*”, que normalmente é traduzida por paz. Entretanto, *Shalom* e a palavra saúde, ambas provêm da mesma raiz hebraica e indica um sentido de ficar inteiro.⁶⁰⁷

Desta forma, podemos dizer que de acordo com a compreensão veterotestamentária a poimênica está também ligada a possibilidade de fazer subir da *sheol* aquele que está abatido, quebrantado, desanimado e sem força ou vontade de viver. A *sheol* não era compreendida apenas o mundo dos fisicamente mortos, mas daqueles que sentem o seu sopro de vida enfraquecido e sem forças para lutar pela vida e, por isso, necessitavam de uma mão estendida para ajudá-los a sair, a subir da *sheol* e voltarem à vida em sua plenitude.

Em síntese, podemos destacar alguns elementos que a priori se sobressaem no aconselhamento pastoral no Antigo Testamento, que são: a) uma visão integral e integrada do ser humano como um ser vivente e em contato, relação e inter-relação, com o seu meio e, por isso, busca o resgate da interação das relações consigo mesmo, com Deus e com o próximo, através do culto, do seu sistema jurídico e da sabedoria popular; b) o aconselhamento pastoral como uma forma de vivência relacional, fundamentada na relação de cuidado do próprio Deus/Pastor para com o seu povo; c) e que o cuidado pastoral não era uma função exclusiva de uma determinada classe, mas era algo articulado na vida da comunidade e estava ligada ao culto, ao sistema jurídico e à sabedoria popular, como enfrentamento às diversas formas da *sheol*. As pessoas que assumiam funções de cuidado poimênico através do “aconselhamento pastoral no Antigo Testamento eram os sacerdotes (Lv 12ss.; 1Sm 1.9ss), os anciãos e juízes que tomam decisões em casos de conflitos (Rt 4), os profetas que desenvolvem a sua prática de admoestação e a consolação individual e coletiva (2Sm 12; Is 40.1ss) e, em primeiro lugar, os sábios, homens do povo que transmitem como pais de família os conselhos da sabedoria popular para os filhos (Pv 4ss).⁶⁰⁸ Ou seja, o cuidado poimênico era uma função essencial de

⁶⁰⁵ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 295.

⁶⁰⁶ GASS, 2004, p. 159.

⁶⁰⁷ **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008, p. 911; HURDING, 1995, p. 356, 357.

⁶⁰⁸ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 295.

todos e se materializava e se desenvolvia na vida comunitária, como modo de ser-no-mundo, como essência fontal do povo.

3.4.2 No Novo Testamento

No Novo Testamento a prática do cuidado, da poimênica e do aconselhamento pastoral, bem como a compreensão antropológica sobre o ser humano seguem na mesma direção do Antigo Testamento. O ser humano é visto como um ser integral e integrado com o meio em que vive e convive. “Cura espiritual e física, aconselhamento, interpretação das leis divinas e sabedoria popular”⁶⁰⁹ estão integradas no processo de recomposição e de reintrodução à vida digna e abundante, com perdão de pecados, reconciliação com Deus, consigo mesmo, com próximo e com a sociedade⁶¹⁰, pois mesmo sendo “pobres e pecadores, eles eram amados e valorizados perante Deus, por causa do amor que ele lhes transmitia na pessoa de Jesus. Este, apresentava-se na sua pregação e prática como reconciliador entre Deus e os seres humanos, representando, assim, o amor e o perdão divinos”.⁶¹¹

Jesus Cristo, o verbo encarnado, encarna no Novo Testamento o papel de pastor, guia, cuidador e condutor do povo, assim como e junto ao Deus Pai. As suas atitudes e formas de intervenção são a base e norteiam o nosso fazer teológico ainda hoje, quando se fala em cuidado pastoral,⁶¹² de modo que possamos seguir as pegadas de muitas pessoas que nos antecederam nessa jornada até chegarmos ao simples carpinteiro cujas palavras, o toque, contato e convívio, promoveram cura e crescimento a muitas pessoas sofridas e atribuladas no primeiro século de nossa era.⁶¹³

Os seus gestos e atitudes, o seu ouvir/silenciar e falar, são fontes de inspiração para o exercício do ministério, da poimênica, do aconselhamento e do cuidado, frente à dor, à angústia e ao sofrimento humano, pois o ministério de Cristo, a sua vida, morte e ressurreição, foram marcados por gestos e atitudes de compaixão, solidariedade, honestidade, sinceridade e paciência.⁶¹⁴ Tem-se, assim, no horizonte da fé não apenas Jesus como modelo ético e moral ideal a ser imitado, mas a liberdade para o seguimento no caminho do discipulado, onde a fé

⁶⁰⁹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 296.

⁶¹⁰ Doença significava exclusão e discriminação social, estigmatização como pecador e o afastamento da vida cúllica e social. Entre doentes e excluídos estavam: pessoas com doenças contagiosas, pessoas com deficiência física (cegos, coxos, desfigurados, deformados...), psicóticos e até mesmo pessoas idosas. “É óbvio que o motivo do isolamento não era a preocupação com a saúde popular (‘quarentena’), mas a preocupação com a ‘higiene religiosa e social’. Esta somente conseguia ver o doente como doente, o culpado como culpado, e não mais o doente e culpado como ‘pessoa’. Neste contexto, o perdão da culpa por Jesus (cf., p. ex., Mc 2.5ss) cura o doente também em termos sociais, pois restabelece o doente/curado como pessoa e devolve-o, desta forma, à sociedade”. DOBBERAHN, 1993, p. 278-293.

⁶¹¹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 296.

⁶¹² SATHLER-ROSA, 2004, p. 29, 30.

⁶¹³ CLINEBELL, 2007, p. 38.

⁶¹⁴ **Dicionário Brasileiro de Teologia.** São Paulo: ASTE, 2008, p. 10

possa produzir os seus frutos, inclusive os frutos do cuidado integral. É nesse sentido que os ramos que estão ligados à Videira “produzirão muito fruto.” (Jo 15.5). Conseqüentemente, a ligação entre as partes apresenta-se como uma ligação orgânica, como um modo-de-ser-no-mundo, como forma natural a ser vivenciada e não como tentativa de imitação. O cuidado poimênico frente à dor, à angústia e ao sofrimento alheio passa, assim, a ser compreendido como um dos frutos orgânicos e naturais da fé, fundamentado na própria ação de Cristo em favor da humanidade. É assim que o caminho do discipulado e fé está conectado com o próprio Cristo e com a forma de vida por ele vivida e ensinada. Na sua relação com frágeis e sofridos, “Jesus buscava a cura integral das pessoas promovendo o que denominou de saúde integral, libertadora, reconciliadora, transformadora, solidária.”⁶¹⁵

O Evangelho de João usa, por exemplo, a expressão “vida em abundância”⁶¹⁶ também para descrever e se referir a integralidade do bem-estar humano.

A missão da igreja nos anos oitenta e noventa é ser um centro de vida em abundância, um lugar em que se liberta, sustenta e potencializa vida em toda a sua plenitude, em indivíduos, em relações íntimas e na sociedade e suas instituições. O objetivo do ministério – bem como da poimênica e do aconselhamento pastoral como dimensões vitais do ministério – é a libertação o mais plena possível das pessoas na totalidade de seus contextos relacionais e sociais.⁶¹⁷

A compreensão de vida em abundância está ligada à ideia de reintegração, de reconciliação, de bem-estar e de interação do ser humano como um ser relacional e parte indispensável e inviolável da sociedade em que está inserido. Isso ocorre como processo de salvação que se inicia já no agora. Nesse sentido, o Novo Testamento fala de cura e salvação como um dos assuntos centrais do ministério de Jesus. “É provável que os seus críticos achassem que ele gastava tempo demais com pessoas doentes, sobrecarregadas e perturbadas”⁶¹⁸, e justamente esse lhe era um dos assuntos centrais, ocupando quase uma quinta parte dos quatro evangelhos.⁶¹⁹

Diante disso, é importante destacar que no Novo Testamento salvação e cura são usados, em muitos casos, como sinônimos e estão entrelaçadas como formas do agir de Deus.

Não pode ser por acaso que o NT usa o verbo *sóozein* (=“salvar”) nas histórias de cura (Mc5.34; 6.56; Lc 8.36, etc.) e paraleliza, por vezes, os verbos *iāsthai* (=“curar”) e *sóozein* em textos como Mc 5.28s.,34. Isso significa que o ser humano é salvo como um todo, não havendo mais dicotomia entre a “cura física” e a “cura espiritual”. Quando alguém é curado de sua cegueira, ele *também* enxerga Deus em seu irmão mais pequeno; quando é curado de sua surdez, ele *também* começa a ouvir o evangelho (cf. Mc 10.52; Jo 9.39ss.; 7.23; At 3.16, etc.). [...] O assunto “cura e salvação” faz parte da “Teologia

⁶¹⁵ BAUTISTA, Mateo apud PAULA, Blanches de. Saúde integral. **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008, p. 911.

⁶¹⁶ João 10.10

⁶¹⁷ CLINEBELL, 2007, p. 27.

⁶¹⁸ CLINEBELL, 2007, p. 57.

⁶¹⁹ CLINEBELL, 2007, p. 57.

Bíblica". E, dessa maneira, já a partir das profecias de salvação do AT revela-se que o conceito daquilo que, conforme o NT, é "salvação" não se restringe apenas à "alma" do indivíduo. "Salvação", na Bíblia inteira, *inclui*, em seu direcionamento salvífico para Deus, "integridade" e "bem-estar" para o ser humano em seu todo. Não por último, tal observação vale também para a orientação *cristológica* (Lc 1.69ss.): a cura do ser humano em seu todo acontece em nome de Cristo (At 3.6,16; 4.30; 9.34).⁶²⁰

Ser salvo ou então ser curado na compreensão neotestamentária não se refere apenas ao reino eterno que ainda virá em sua plenitude, mas algo que se inicia no agora. Não há hierarquia, dualismo⁶²¹ ou separação entre corpo e alma nessa compreensão. Segundo Baldessin, é importante ser destacado que a raiz etimológica da palavra saúde é a mesma da palavra salvação (*salus*), logo podemos relacionar saúde e salvação como faces interligadas que inclui corpo, espírito e matéria de forma inteira, como partes de um todo que é inteiro, como diferentes lados de uma mesma moeda.⁶²²

Segundo Bonnard, o "Novo Testamento conhece também o significado mais comum do verbo: salvar no grego clássico deriva de 'são' e significa devolver a saúde ao doente, a segurança ao ameaçado, arrancar da morte o moribundo."⁶²³ Sathler-Rosa diz ainda que buscar a salvação/cura, não se limita a ideia de buscar a eliminação de sintomas episódicos que podem novamente sobrevir ao ser, mas "trata-se da cura/salvação do ser do indivíduo [sic], da personalidade. É cura ontológica. É cura que, num primeiro momento, desvela o indivíduo [sic] diante de si mesmo ao tornar-se consciente das grande lacunas e fragilidades de seu ser."⁶²⁴

Essa cura contempla não apenas aspectos físicos, mas também aspectos emocionais, psicológicos, sociais e relacionais. É cura capaz de encontrar e despertar esperança resiliente, mesmo na senda dor e no sofrimento, para ajudar a encarar e lidar com as crises, não como castigo, mas como momento de fragilidade humana, sim, e também como oportunidade de crescimento,⁶²⁵ como possibilidade de redirecionar a vida que permanece como vida.⁶²⁶ E, de acordo com as Escrituras, justamente o despertar da esperança resiliente, a partir da fé, permanece como uma das atribuições e como um dos desafios da poimênica e do

⁶²⁰ DOBBERAHN, 1993, p. 278-293.

⁶²¹ Aqui é interessante destacar a influência do pensamento grego que separava corpo e alma. O corpo, a carne (*sarx*) era rebaixado e desvalorizado como cárcere da alma, ou seja, era algo ruim. A alma, sim, era algo divino e bom que estava aprisionada à carne e dela precisava se livrar. PLATÃO. **Diálogos**: o Banquete, Fédon, Sofista, Político. São Paulo: Abril Cultural, 1972.

⁶²² BALDESSIN, Anísio apud PAULA, Blanches de. Saúde integral. **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008, p. 911.

⁶²³ BONNARD apud SATHLER-ROSA, 2004, p. 123.

⁶²⁴ SATHLER-ROSA, 2004, p. 123.

⁶²⁵ CLINEBELL, 2007, p. 203, 213, 181, 182.

⁶²⁶ HOCH, Lothar Carlos. Sofrimento, resiliência e fé na bíblia. In.: HOCH, Lothar Carlos; ROCCA LARROSA, Susana Maria (Orgs.) **Sofrimento, resiliência e fé**: implicações para as relações de cuidado. São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2007. p. 72-80; HOCH, Lothar Carlos. A crise pessoal e sua dinâmica: uma abordagem a partir da psicologia pastoral. In.: HOCH, Lothar Carlos; SCHEUNEMANN, Arno Vorpapel (Orgs.). **Redes de apoio na crise**. São Leopoldo: EST; Associação Brasileira de Aconselhamento - ABAC, 2003b. p. 37, 38, 41.

aconselhamento pastoral⁶²⁷ no seguimento ao Senhor da Igreja.

O fato é que quando se fala em cura, tanto do AT quanto do NT, ela não deve ser compreendida meramente como um apêndice da salvação eterna, mas como parte dela que se manifesta no “já agora”, em tensão com “ainda não”. A cura e a salvação no “já agora” e no “ainda não”, contemplam o ser humano em sua integralidade pessoal e relacional, com Deus, com o próximo, com a natureza e consigo mesmo.⁶²⁸ Assim, cura e saúde não têm a ver apenas com ausência de dor e de sintomas, com ausência de conflitos ou de crises, com ausência de lamentos. Isso inclusive transparece na própria definição da OMS sobre saúde, que diz:

Saúde é muito mais do que ausência de doenças, mas um conjunto de condições para o bem-estar da pessoa em todas as suas necessidades. [...] “A saúde é a afirmação da vida e como tal tem a ver com a subjetividade, a espiritualidade, a convivência democrática, a cultura do reconhecimento do diferente, da alegria e da festa. A convivência com a natureza, a vivência da relação com a terra, como mãe da vida e como casa e meio ambiente de todos os seres”.⁶²⁹

Em vista disso, o conceito de cura, saúde, salvação, tem a ver com processo de reintegração social e comunitária que é capaz de resgatar e de cuidar das pessoas, feridas, machucadas, caídas e excluídas. Tem a ver com inquietação e reação frente aquilo que oprime e faz sofrer e, ao mesmo tempo, é identificação solidária com aqueles e aquelas que sofrem. Cura tem a ver com sentir com o outro, e não com ausência de sentimentos e de sentidos. Cura possibilita ação e interação através da reintegração e da valorização da pessoa como um ser carregado de dignidade e que, por isso, deve participar e permanecer como parte do todo na vida comunitária e social, sem ser afastado ou excluído. Cura no Novo Testamento tem a ver com processo de resgate e reconstrução do ser humano como imagem e semelhança do próprio Deus e com a valorização do seu ser como pessoa relacional⁶³⁰ e é nesse sentido que se pode falar em cura e em aconselhamento pastoral no Novo Testamento.⁶³¹

Mas poderíamos ainda nos perguntar quem, além de Jesus, eram os agentes do cuidado poimênico e do aconselhamento pastoral no Novo Testamento?

São todos os crentes. Porém em Tg 5.13ss. transparece que a visitação aos doentes tornou-se mais e mais uma atividade específica dos presbíteros da Igreja, que tinham a tarefa de orar com o doente, ungi-lo com óleo e perdoar os pecados. O tratamento dos doentes continuou sendo uma prática integral de cura espiritual e física.⁶³²

Outra questão ainda digna de nota e que se torna um conceito-chave para o aconselhamento pastoral neotestamentário é a centralidade do conceito *paraclesis*. De acordo com Paulo, “significa a oferta de salvação através da relação com Cristo que a pregação do

⁶²⁷ HOCH, 2003b, p. 40; CLINEBELL, 2007, p. 179.

⁶²⁸ **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008, p. 906.

⁶²⁹ Essa é definição de saúde de acordo com a Organização Mundial de Saúde e do Guia da Pastoral da Saúde. **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008, p. 910.

⁶³⁰ DOBBERAHN, 1993, p. 278-293.

⁶³¹ HOCH, 2003a, p. 97, 98.

⁶³² SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1998, p. 297.

evangelho leva até as pessoas⁶³³ e as chama a participação na vida de Cristo, a partir do Batismo para transformar a vida e as realidades quotidianas, especialmente onde houver situações de sofrimento.⁶³⁴ O termo pode significar tanto admoestação quanto consolação. *Parakletos* (nome dado pelo Evangelista João ao Espírito Santo que Cristo enviaria depois de sua morte para ficar em seu lugar) significa, literalmente, “chamado ao lado” (*para* “ao lado” e *kletos* “chamado”). No mundo grego, o termo tem sentido de advogado, admoestador, defensor e intercessor. No Novo Testamento, *Parakletos* é traduzido por consolador. Parakletos é, portanto, aquele que está ao lado, que consola e admoesta.⁶³⁵

Nesse sentido, a *koinonia*, a comunidade, se torna um espaço para o consolador agir, pois proporciona interações e comunhões de cuidado mútuo, entre pessoas que se põem a caminho, umas ao lado da outra e de forma solidária. A expressão *koinonia* pode ser usada para descrever “a igreja como uma comunidade restauradora e transformadora, centrada no Espírito”⁶³⁶ e interagindo de forma sistêmico-relacional, mutuamente fecunda, como um só corpo em suas múltiplas partes e com suas diferentes funções. Mesmo sendo muitas partes e com múltiplas funções, elas interagem e cooperam entre si, regidas por um único e mesmo sopro de vida.

O Novo Testamento vê a Igreja como o povo de Deus (2Co 6.16) – uma comunidade de cuidado mútuo unida por um pacto com Deus; como corpo de Cristo (Rm 12.4s; 1Co 10.17) – uma unidade orgânica na qual cada membro, cada parte do corpo vivo, tem seus dons e seu ministério peculiares; e como a comunidade do Espírito Santo (At 10.44-47) – uma comunidade redentora e curativa, através da qual o Espírito vivo pode atuar num mundo grandemente necessitado.⁶³⁷

Assim, é possível dizer que o cuidado poimênico também no Novo Testamento era uma função essencial de todos e se materializava e se desenvolvia na vida comunitária, como modo de ser-no-mundo, como essência fontal do povo e como discipulado. A Igreja, que é o povo de Deus em movimento, gente a caminho na diversidade e complexidade, pode e deve se tornar um espaço de cuidado integral que interage e coexiste com o mundo e com toda a criação à sua volta, isso como modo de estar ai no mundo, de viver e conviver de forma participativa, por meio de atitudes comprometidas com o outro e como resposta a ação primeira de Deus, revelada em Cristo, que serve de modelo a ser seguido em nosso exercício poimênico de cuidado e do aconselhamento pastoral.⁶³⁸ Podemos assim dizer que as comunidades primitivas do Novo Testamento viam a salvação, a cura, a saúde e as intervenções do aconselhamento pastoral também em perspectiva integral.

⁶³³ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1998, p. 296.

⁶³⁴ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1998, p. 296.

⁶³⁵ SCHNELLE, Udo. **Teologia do Novo Testamento**. Santo André, SP: Academia Cristã; São Paulo, SP: Paulus, 2010. p. 921-932.

⁶³⁶ CLINEBELL, 2007. p. 50.

⁶³⁷ CLINEBELL, 2007. p. 61.

⁶³⁸ **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008, p. 10.

Entretanto, é necessário lembrar que a vulnerabilidade humana e o sofrimento é chão fértil para o desenvolvimento da prática do cuidado no Novo Testamento, pois foi na cruz de Cristo que se escancarou a radicalidade da forma de ser e de estar-ai-no-mundo para cuidar, mesmo em momentos de extrema angústia, dor e sofrimento.

Schneider-Harpprecht registra que a cruz permanece como um elemento central para o aconselhamento cristão. “O crucificado e ressurreto, tornou-se o centro e a garantia da sua identidade.”⁶³⁹ Hoch, seguindo uma linha de pensamento semelhante, diz que “poimênica é a solidariedade dos fracos. É uma solidariedade daqueles que partilham uma caminhada espinhosa, na certeza de que, ao estarem juntos a caminho, o Cristo está no meio deles como na história dos discípulos e Emaús (Lc 24). Poimênica é também parceria na via crucis,”⁶⁴⁰ é parceria entre vulneráveis⁶⁴¹, não como apoio e incentivo ao dolorismo e ao sofrimento humano, mas como sinal do amor incondicional de Deus que não nos abandona, nem nos desampara, mesmo nos momentos de extrema dor e fragilidade, é Emanuel que se põe ao lado daqueles e daquelas que precisam de sua companhia. Vejamos, então, como se desdobra o aconselhamento pastoral como forma de cuidado, sob o signo da cruz, na dinâmica de resistência e submissão, do já e do ainda não.

3.4.2.1 O cuidado, a poimênica e o aconselhamento pastoral sob o signo da cruz

Ainda com base no Novo Testamento, percebe-se o aconselhamento pastoral em estreita relação entre sofrimento e cruz. Para o teólogo luterano Hoch, o aconselhamento pastoral se dá genuinamente sob o signo da cruz e é exercício da solidariedade na fraqueza. “Aconselhamento cristão é o ato de permanecer ao lado do outro na mais profunda escuridão, sem apelar para soluções mágicas, mas trazer perante Deus tanto a dor e a fraqueza do outro quanto a minha própria impotência”.⁶⁴²

Na compreensão teológica luterana, a cruz de Cristo ocupa um lugar central. O tema foi debatido e trabalhado por ocasião do Debate de Heidelberg em 1518. Já ali, segundo Lutero,

[...] a teologia da glória procura perceber e entender Deus a partir das obras da natureza. [...] A cruz de Cristo, porém, não se pode deduzir das obras da natureza. Ela é o lugar onde Deus quer ser encontrado. [...] O conhecimento autêntico e correto de Deus só ocorre quando Deus dá ao que crê aquilo que lhe quer mostrar. E o que Deus quer mostrar é o poder da impotência, a força da fraqueza, a sabedoria

⁶³⁹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1998, p. 296.

⁶⁴⁰ HOCH, 1980, p. 88-99.

⁶⁴¹ STALSETT, Sturla. **Não há lugar no globo para o "superman"**. Disponível em: <<http://www.alcnoticias.net/interior.php?lang=689&codigo=3443&PHPSESSID=1c30b50ec124e5a3efc8ec322cacd8c5>>. Acesso em 29 de out. 2014.

⁶⁴² **Aconselhamento Pastoral, Psicologia e Espiritualidade**. Disponível em: <<http://www.luteranos.com.br/conteudo/aconselhamento-pastoral-psicologia-e-espiritualidade-i>>. Acesso em 02 de Dez. 2013.

da loucura, a glória do escândalo. Deus age – assim podemos ver na cruz – sob o contrário do que é.⁶⁴³

Daí a importância de no aconselhamento pastoral não se falar apenas em um Deus da glória que olha distante, lá do alto, intocável; mas também falar de um Deus que se manifesta entre as pessoas que sofrem e gritam, enfrentando suas cruces. Um Deus também dos caídos e fragilizados pelas diversas situações da vida. Um Deus que se revela, inclusive, no contrário, no revés, na cruz daqueles e daquelas que clamam a partir ponto mais profundo do seu sofrimento. Imaginar que Deus se revela num momento assim é algo difícil, mas, de acordo com a experiência do ciclo da Paixão e Páscoa, real. Entretanto, uma das grandes dificuldades é o fato de que “todos procuram Deus não em sofrimento e humilhação, mas em poder e glória, na senda do triunfo e não na via da Paixão.”⁶⁴⁴ Mas não existe Páscoa que não passe pela Sexta-Feira da Paixão.

A cruz continua sendo também a característica do ressurreto, razão pela qual o ressurreto é anunciado como o crucificado (1Co 1.23; 2.2). O Cristo exaltado permanece o “Cordeiro morto”, o único digno de receber louvor (Ap 5.12 e outras). Por outro lado, a cruz jamais foi considerada isoladamente, muito menos se fez dela tema central como símbolo do sofrimento humano: como cruz de Jesus ela sempre foi, simultaneamente, interpretada sob a perspectiva da ressurreição. Ela não sinaliza somente o sofrimento, mas também a vitória de Deus sobre o sofrimento. [...] “Não convinha que o Cristo sofresse para (depois) entrar em sua glória?” pergunta o ressurreto aos discípulos de Emaús (Lc 24.26). [...] Por causa da ressurreição, a fé reconhece na paixão, a despeito de seu escândalo e mistério, não uma tragédia ou um acaso, mas o cumprimento dos propósitos salvíficos de Deus.⁶⁴⁵

Neste contexto de aconselhamento pastoral sob o signo da cruz podemos mencionar a postura tomada pelos discípulos e discípulas Jesus. Eles fugiram e se esconderam da realidade da cruz, o que é uma atitude extremamente humana. Num primeiro momento viram nela apenas um evento trágico. A maioria dos discípulos e discípulas permaneceram distante da cruz, levando consigo apenas as memórias da vida de Jesus e, naquele momento, todo o resto foi deixado para trás, em um sepulcro. É isso que inicialmente vemos no exemplo dos discípulos de Emaús (Lc. 24). Os seguidores de Jesus foram se afastando da cruz como que dizendo que o caso estava encerrado, que as coisas eram mesmo assim como se mostravam. Mas, juntou-se a eles um terceiro que os levou de volta à realidade da cruz e, no partir do pão, tiveram novamente um encontro com o Deus vivo, oculto em seu oposto.⁶⁴⁶

Assim, ao encararem a cruz de frente, ao não fugir dela e ao aceitá-la como uma realidade presente, havia neles escuridão e trevas por fora, mas luz por dentro. O dia que tinha

⁶⁴³ DREHER, Martin N. O Desenvolvimento histórico da confessionalidade na IECLB (2). In: HASENACK, Johannes Friedrich; BOCK, Carlos Gilberto (Orgs.). **Unidade: contexto e identidade da IECLB**. Blumenau: Otto Kuhr, 2006. p. 58.

⁶⁴⁴ GERSTENBERGER, Erhard S; SCHRAGE, Wolfgang. **Por que Sofrer?** O sofrimento na perspectiva bíblica. São Leopoldo: Sinodal, 1979.p, 135.

⁶⁴⁵ GERSTENBERGER; SCHRAGE, 1979.p, 138-139.

⁶⁴⁶ WESTHELLE, Vitor. **O Deus escandaloso: o uso e abuso da cruz**. São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST 2008. p. 126.

virado noite se transformou em noite que virou dia.⁶⁴⁷ Nesta realidade de desespero, Jerusalém é o lugar em que as pessoas estão vivendo as suas dores. “É o lugar das cruces, dos sofrimentos, das maiores e menores, do dia-a-dia, da estrutura e da conjuntura. É o lugar que nos assusta, nos mete medo, nos faz ficar tristes, nos faz perder a esperança, mas, ao mesmo tempo, é o lugar que precisa se enfrentar.”⁶⁴⁸

Emaús, por sua vez, é o lugar de refúgio e de fuga ao duro fato instalado. É a maneira de fugir e de dar as costas à terrível realidade. É o fechar de olhos para não ver aquilo que necessitava ser visto, mas que o medo impedia de ver. É o lugar no qual a gente aparentemente se refugia, quando na verdade resigna, desiste, se entrega, desespera. Emaús é aqui mesmo, quando deixamos que a história passe, e passivamente, por querer ou sem querer, permitimos que ela desabe sobre nós. Aí nos entregamos e deixamos que outras pessoas decidam por nós, ajam por nós, pensem por nós. E, às vezes, sem que queiramos, sem que eu saibamos, tornamo-nos objeto a ser usado, manipulado, explorado e oprimido, mesmo já estando no mais profundo sofrimento. A nossa palavra não conta mais, desaprendemos a acreditar nela.⁶⁴⁹ Entretanto, no aconselhamento pastoral sob o signo da cruz não pode ser assim, pois ele se dispõe a caminhar junto na dor e a libertar para a vida.

Assim, a teologia da cruz junto a pessoas fragilizadas e abatidas, pode ser o ponto de partida para o aconselhamento, pois tem os pés fincados no chão e está junto ao povo em todos os momentos. Nela não se despreza, banaliza ou ignora o sofrimento alheio, mas o acolhe e o trata com respeito e dignidade. Algumas teologias não suportam lidar com a dor e o sofrimento, inerentes aos seres humanos. Prometem imediatamente curas miraculosas, sem ao menos ouvir e procurar saber o que realmente se passa com o outro. “A ênfase nas curas ‘milagrosas’ e na solução imediata dos problemas cruciais é mensagem mais atraente, ‘dá ibope’ e insere-se em certa ideologia do sucesso prevalecente em muitas culturas contemporâneas.”⁶⁵⁰ Ao contrário disso, o aconselhamento pastoral e poimênica da cruz representam “o questionamento da soberba daqueles que sempre tem uma resposta pronta, seja qual for a situação.”⁶⁵¹

Esse tipo de pensamento se funda na lógica da fé que se baseia na ideia, do “mostra-me o que fazes e creerei quem tu és,” mas o teólogo da cruz, aquele que respeita, leva a sério e acolhe o sofrimento do outro, ao perceber o poder que brota da cruz, do sofrimento e da

⁶⁴⁷ DREHER, Carlos A. **A caminho de Emaús: leitura bíblica e educação popular**. Belo Horizonte: CEBI, 1993. p. 60-61.

⁶⁴⁸ DREHER, 1993, p. 64-65.

⁶⁴⁹ DREHER, 1993, p. 64.

⁶⁵⁰ SATHLER-ROSA, 2004, p. 121.

⁶⁵¹ HOCH, 1980, p. 88-99.

fraqueza, dirá: “Sei quem és porque te vi ali em meio ao quebrantamento.”⁶⁵² Essa compreensão impulsiona o nosso agir em direção aqueles e aquelas que sofrem, respeitando e levando a sério o seu sofrimento como solo fértil para o agir de Deus, pois se desenvolve na dinâmica de resistência e submissão, do já e do ainda não.

No caso do Deus da cruz, é imprescindível lembrarmos que Cristo foi capaz de descer bem fundo, à *sheol*, e ali se colocou com os caídos, estando intimamente ligado e solidário com aqueles que se encontram num lugar escuro e sombrio. Assim, aconselhamento pastoral e poimênica não significa forçar a trazer o outro ao estado que julgo como perfeito e ideal, “mas significa suportar a situação do outro, onde ele se encontra [...] poimênica da cruz não se realiza entre parceiros desiguais, onde um está preocupado em levar o outro ao estágio de fé e perfeição que ele julga ter alcançado. Poimênica cristã é poimênica crucis. Inclui a humildade de reconhecer as suas próprias limitações.”⁶⁵³ Esse é um dos grandes propósitos do aconselhamento pastoral fundamentado sob o signo da cruz, descer em solidariedade até o lugar onde a pessoa está e se fazer presente ao seu lado em seus momentos de fragilidade, colocando o ouvido a dispor para escutar as suas dores e angústias, como forma de cuidado companheiro em momentos de fragilidade.

A Teologia é vulnerável, não tem as respostas para todas as coisas.⁶⁵⁴ É necessário, sim, estar ciente das limitações e da incapacidade de resolver e ter soluções prontas para os dramas da vida da outra pessoa, e não é essa mesmo a ideia do aconselhamento pastoral. Pois mesmo não tendo respostas e soluções, o simples fato de estar solidariamente ao lado e o colocar-se “junto com”, já é uma mensagem encarnada de cuidado, que perpassa a essência da poimênica e do aconselhamento pastoral. Desse modo, aquele que cuida dos fragilizados aponta para, e dá sinais do cuidado do próprio Deus em nossos momentos de fragilidade. E isso revela algo extremamente grandioso. Revela que quem está no centro da ação cuidadora não é o conselheiro, mas o próprio Deus, junto aquele e aquela que sofre. Sobre isso o teólogo luterano Lothar Carlos Hoch diz o seguinte:

Na Capela da Escola Superior de Teologia, em São Leopoldo, atrás da mesa eucarística, há um quadro que apresenta duas pessoas: uma que acolhe a outra, com um braço envolto em torno da mesma, e o outro braço apontando para uma singela cruz que se encontra atrás do altar. O que eu enxergo neste quadro é o seguinte: por mais importante que seja, que eu saiba acolher uma pessoa em seu sofrimento e que eu saiba ouvi-la em

⁶⁵² WESTHELLE, 2008, p. 125.

⁶⁵³ HOCH, 1980, p. 88-99.

⁶⁵⁴ STALSETT, Sturla. **Não há lugar no globo para o "superman"**. Disponível em: <<http://www.alcnoticias.net/interior.php?lang=689&codigo=3443&PHPSESSID=1c30b50ec124e5a3efc8ec322cacd8c5>>. Acesso em 29 de out. 2014.

profundidade, e jamais devo me entender como sendo o sujeito da cura ou da solução do seu problema. Cabe-me apontar para além de mim mesmo, para Cristo, o bom pastor.⁶⁵⁵

O aconselhamento pastoral deve apontar para aquele que é a fonte de todo o cuidado, jamais para o “aconselhador”. Ele deve ajudar no processo de reconciliação da pessoa fragilizada, consigo mesma, com Deus e com o próximo. Ele deve servir para lembrar aquela pessoa que, mesmo em meio ao caos, à cruz e ao sofrimento, ela não está sozinha e desamparada, pois o próprio Deus conhece essa realidade através da sua encarnação em Jesus Cristo e, por isso, não se deve procurá-lo apenas na senda da glória e nas alturas, mas também nas funduras, para, a partir dali, reconstruir novos caminhos de libertação. É como o Hoch conclui o seu texto sobre aconselhamento pastoral, Psicologia e espiritualidade, citando Lao Tse: “Você está procurando o mais alto? Quer atingir o mais elevado? Desça a vista, por que o alto descansa no profundo.”⁶⁵⁶ Nesse sentido, Clinebell diz algo semelhante ao registrar que o e a agente pastoral e “terapeuta desce com as pessoas até seus ‘pequenos infernos particulares’, permitindo-lhes encarar os seus ‘diabos’ interiores e libertar-se deles.”⁶⁵⁷ Eis aí um grande desafio para o aconselhadores e aconseladoras pastorais, olhar para baixo, para os sofridos e sobrecarregados de nosso tempo, com as suas cruces, identificando-as com uma teologia fundamentada na cruz do próprio Cristo.

Um exemplo extremamente profundo dessa forma de cuidado poimênico e de aconselhamento pastoral fundamentado na realidade e sob signo da cruz, é o das mulheres que foram visitar Jesus no domingo para ungir o seu corpo morto e alquebrado. Elas,

Em meio a sua dor, em face do cadáver do amado, essas mulheres praticam o ato improvável de amor sem esperar que ele alguma vez fosse retribuído. Uma teologia da cruz é sempre o outro lado de uma prática da ressurreição, e uma prática da ressurreição é o outro lado de uma teologia da cruz.⁶⁵⁸

Não se espera retribuição ou troca de alguém que está morto, a motivação precisa ser outra. Essas mulheres, enlutadas e machucadas pelos últimos acontecimentos, praticaram o ato improvável de amor e de cuidado que não busca nada em troca, que não espera qualquer retribuição. Mesmo diante da dor, do desespero, do luto e da cruz vão reconstruindo caminhos de vida, caminhos de superação, caminhos de ressurreição. Elas trabalham o seu luto e as suas dores, servindo, cuidando, pois mesmo estando num momento extremo de sofrimento e de dor, elas servem em amor e, assim, lutam contra o caos e à cruz instaurados em sua realidade. Buscam se reerguer a partir de baixo, sem fugir, mas encarando de frente a dura realidade da cruz.⁶⁵⁹

⁶⁵⁵ **Aconselhamento Pastoral, Psicologia e Espiritualidade.** Disponível em: <<http://www.luteranos.com.br/conteudo/aconselhamento-pastoral-psicologia-e-espiritualidade-i>>. Acesso em 02 de Dez. 2013.

⁶⁵⁶ **Aconselhamento Pastoral, Psicologia e Espiritualidade.** Disponível em: <<http://www.luteranos.com.br/conteudo/aconselhamento-pastoral-psicologia-e-espiritualidade-ii>>. Acesso em 02 de Dez. 2013.

⁶⁵⁷ CLINEBELL, 2007, p. 371.

⁶⁵⁸ WESTHELLE, 2008, p. 128.

⁶⁵⁹ WESTHELLE, 2008, p. 128, 129.

Neste simples e profundo exemplo das mulheres que servem movidas pelo amor, podemos identificar o cuidado como um modo de estar aí no mundo, como atitude, como encarnação e concretização da fé professada que extrapola a ideia de ministério ordenado da Igreja e o coloca como essência de toda a comunidade cristã e, ao mesmo tempo, como seguimento ao Cristo da cruz. A cruz liberta a pessoa cristã de si mesma e a possibilita servir junto aos que sofrem. O cuidado poimênico e o aconselhamento pastoral são formas encarnadas desse servir. Lutero diria: “o cristão não vive mais em si mesmo, mas em Cristo e no próximo. Em Cristo pela fé, e no próximo, pelo amor.”⁶⁶⁰

Assim, veremos mais adiante como alguns modelos e princípios do aconselhamento pastoral podem contribuir como forma poimênica de cuidado com pessoas em situação de depressão.

⁶⁶⁰ Teses trabalhadas por Lutero em seu livro “Da liberdade cristã”. LUTERO, Martin. **Da liberdade cristã**. São Leopoldo: Sinodal, 1979.

IV ACONSELHAMENTO PASTORAL COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPRESSÃO: PERSPECTIVA PRÁTICA

4.1 Considerações iniciais

Depois de um longo percurso de estudos sobre a depressão, sobre a poimênica, o cuidado e o aconselhamento pastoral, buscaremos neste último capítulo analisar alguns modelos e princípios do aconselhamento pastoral que se abrem ao diálogo interdisciplinar. A importância de modelos e princípios inter e transdisciplinares, que dialogam especialmente com outras áreas das ciências humanas⁶⁶¹, – como a Psicologia, Sociologia, Filosofia, Pedagogia, Medicina, Antropologia, etc. – contribui para uma compreensão mais abrangente do ser humano em sua integralidade e dentro de seu contexto, suas dimensões física, psíquica, social, religiosa e cultural. Neste caso, “importantes são o diálogo aberto, a disposição de cooperar pragmaticamente, a postura crítica mútua, a capacidade de definir teoricamente os limites, exigências e mediações entre um lado e o outro, a orientação da poimênica em direção ao objetivo do evangelho.”⁶⁶²

Os princípios dos modelos de aconselhamento pastoral “holístico de libertação e crescimento”⁶⁶³, o “sistêmico”⁶⁶⁴ e o ensaio do modelo “contextual de uma poimênica de libertação”⁶⁶⁵ são exemplos poimênicos daqueles que se abrem ao diálogo e à interação com outras ciências e saberes na busca pelo cuidado do ser humano em sua integralidade. Todos e cada qual com suas particularidades, podem contribuir no processo de acompanhamento a pessoas fragilizadas pelas mais diversas situações da vida, inclusive daquelas acometidas por depressão.

Assim, tomaremos esses modelos citados como pilares fundamentais para nortear a reflexão em torno de princípios do aconselhamento pastoral que podem ser aplicados em casos de depressão. Aportes, princípios e fragmentos de outros autores, como, por exemplo Ward, Alves e Bonhoeffer, serão também utilizados na medida em que trouxerem contribuições à práxis do aconselhamento e do cuidado pastoral com pessoas acometidas por depressão.

⁶⁶¹ BALDESSIN, Anísio. **Como visitar um doente**: orientações práticas para padres, pastores e agentes de pastoral da saúde. São Paulo: Loyola, 2002. p. 19.

⁶⁶² SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 291.

⁶⁶³ CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento Pastoral**; modelo centrado em libertação e crescimento. 4. ed. São Leopoldo: EST/Sinodal, 2007.

⁶⁶⁴ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 313-317; SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph; STRECK, Valburga Schmiedt. Aconselhamento pastoral da família: uma proposta sistêmica. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 34, n. 2, p. 184-198, 1994; PAULY, Lodi Uptmoor. A fala fragmentada de um corpo em fragmentos: relato e reflexão pedagógico-psicanalítica a partir da experiência na oficina do pão. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 36, n.2, p. 169-184, 1996.

⁶⁶⁵ HOCH, Lothar Carlos. Aconselhamento pastoral e libertação. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 29, p. 17-40, 1989.

Como a sintomatologia pode ajudar a melhor compreender algumas atitudes e comportamentos de pessoas em estados de depressividade na interação junto a elas, lembremos alguns dos sintomas comuns entre pessoas com depressão: humor depressivo, perda de prazer⁶⁶⁶, redução de energia, ansiedade, dificuldades com o sono (dormir muito, despertar precoce, despertar múltiplas vezes durante a noite e ficar ruminando problemas), dificuldades de concentração, problemas cognitivos⁶⁶⁷, sentimento de desvalia, culpa, perda de interesse em quase todas as atividades, dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos recorrentes sobre morte e ideação suicida.⁶⁶⁸ Outros sintomas e sinais incluem ainda modificações do nível de atividades, “da fala e das funções vegetativas (p. ex. atividade sexual e outros ritmos biológicos). Essas alterações quase sempre levam a comprometimento dos desempenhos interpessoal, social e ocupacional.”⁶⁶⁹ A pessoa em estado depressivo pode se tornar mais irascível, nervosa.⁶⁷⁰

As pessoas em seu estado normal “experimentam uma ampla faixa de estados de humor e têm, da mesma forma, um grande repertório de expressões afetivas; sentem-se no controle de seus estados de humor e afetos. Nos transtornos de humor, a sensação de controle é perdida, e há uma experiência subjetiva de grande sofrimento.”⁶⁷¹

Ter como ponto de partida conhecimentos sobre a sintomatologia e possíveis reações e comportamentos do indivíduo é um fator importante para se estabelecer uma boa relação de cuidado com pessoas acometidas por depressão. Agentes pastorais que souberem algo sobre a base das manifestações depressivas, poderão melhor compreender, intervir, acompanhar, encaminhar e cuidar das pessoas com depressão. Entretanto, Fédida alerta que “não somente cada estado deprimido dispõe de sua própria singularidade, mas as modalidades variáveis sob as quais a depressão se apresenta proíbem [...] que se fixe um procedimento técnico de ordem sistemática”⁶⁷², o que poderia também ser aplicado ao aconselhamento pastoral. Ou seja, na poimênica e no aconselhamento pastoral não existem receitas prontas, pois ele se desenvolve a partir da relação de cuidado, do contato e do encontro entre duas pessoas, – o eu e o tu (ambos são únicos) – no qual não só as palavras, mas também os gestos, atitudes e sentimentos desempenham um papel importante e fundamental.⁶⁷³

⁶⁶⁶ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 590.

⁶⁶⁷ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 590-591.

⁶⁶⁸ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, p. 348.

⁶⁶⁹ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 572.

⁶⁷⁰ THASE; LANG, 2005, p. 19.

⁶⁷¹ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 572.

⁶⁷² FÉDIDA, 2009, p. 31.

⁶⁷³ FABER; SCHOOT, 1973, p. 58.

Em vista disso, é necessário registrar ainda que os sintomas, apesar de revelar algo sobre o estado do ser, não podem ocupar um lugar central no processo de acompanhamento e de cuidado pastoral. Quem deve estar no centro das atenções do cuidado pastoral é o ser humano, a pessoa que está diante de si, com suas particularidades e singularidades; com suas dores, angústias e dilemas, mas também com a força, com a esperança e com a fé que habitam dentro dela. Às vezes, enfraquecidas ou de difícil acesso, entretanto presentes, como uma reserva extra que pode ser acessada para ajudar a enfrentar e a lidar com as mais diversas situações da vida, inclusive quando se acreditava não poder mais.⁶⁷⁴ Assim, em muitos casos, a pessoa redescobre que por baixo da sensação do "eu não posso mais" reside algo nela que lhe diz que o seu "eu" continua vivendo e, por isso, vale à pena lutar. Percebe-se que a pessoa não é a sua depressão. A sua depressão é um estado ou condição de fragilidade e vulnerabilidade que precisa ser trabalhado e enfrentado. Assim, passamos a compreender que os sintomas revelam algo sobre a condição e o estado de fragilidade e de vulnerabilidade do ser humano, mas não se deve admitir que esses estados ou condições ocupem ou usurpem o lugar do ser, pois essa atitude desencadearia um processo de despersonalização do indivíduo, reduzindo-o à sua situação, à sua condição momentânea ou à sua patologia.⁶⁷⁵

Entretanto, o ser humano, como tal, permanece como imagem e semelhança de Deus, portanto carregado de dignidade que recebeu como atributo que lhe é indelével, independentemente de seu estado de fragilidade.⁶⁷⁶

Opressão, tortura, pobreza, nada pode destruir a imagem de Deus nas vítimas da maldade, de estruturas iníquas, de violência social. Se assim não fosse, Jesus teria perdido a sua dignidade na cruz. O pecado e o crime humano podem humilhar terrivelmente as pessoas e reduzi-las a uma caricatura de si próprias. E, no entanto, o signo da imagem de Deus é indelével.⁶⁷⁷

Com isso é possível dizer que uma psicopatologia como a depressão deve ser compreendida sempre como uma psicopatologia em alguém que está inserido em determinada realidade. Portanto, é sempre uma patologia encarnada. Deste modo, pode ser compreendida como resultados de condições internas e orgânicas da pessoa; ou como denúncia a um mal-estar estrutural do meio em que vive e que faz com que adoça, ao que Hoch chama de pecado estrutural.⁶⁷⁸ A contribuição de Hoch remete a uma necessidade de contextualização do aconselhamento pastoral, por isso, segue um exercício de situar o tema na realidade brasileira e latino-americana.

⁶⁷⁴ HOCH, 2007, p. 72.

⁶⁷⁵ Kühn, Rolf. Das reine Tun. In. Kühn, Rolf. **Leben: eine Besinnung**. München: Alber, 2004, p. 25-31. Texto traduzido por Karin Wondracek.

⁶⁷⁶ BRAKEMEIER, 2002, p. 17, 22.

⁶⁷⁷ BRAKEMEIER, 2002, p. 25.

⁶⁷⁸ HOCH, 1989, p. 17-40.

4.2 Perspectivas para o aconselhamento pastoral em contexto latino-americano

Quando se fala em aconselhamento pastoral é necessário localizar e contextualizar de onde, em que contexto e realidade, se pensa sobre a sua aplicabilidade com pessoas fragilizadas, afinal o *proprium* da poimênica e do aconselhamento pastoral é “atentar para o sofrimento singular das pessoas no contexto do sofrimento global” e local.⁶⁷⁹ Conseqüentemente, cabe à Teologia protestante latino-americana e brasileira, especialmente a de imigração, desenvolver modelos, conceitos e referenciais próprios de aconselhamento pastoral que sejam encarnados em suas realidades e que falem sobre e a partir das dores oriundas de seus povos e de suas realidades.⁶⁸⁰

Pensamos aconselhamento pastoral a partir da América Latina, mais especificamente do Brasil. Portanto, a realidade de povos latino-americanos e das pessoas brasileiras precisa estar como pano de fundo quando falamos ou pensamos o aconselhamento pastoral nestas terras. A Teologia precisa ser contextualizada e inculturada, pois, como hermenêutica da práxis cristã, não se pode separar aspectos teológicos e antropológicos da poimênica e do aconselhamento pastoral. Até mesmo o Verbo de Deus é um verbo encarnado para dentro de uma determinada cultura⁶⁸¹ e para dentro do contexto de pessoas sofridas da sociedade, física e psicologicamente.⁶⁸² “O próprio Jesus Cristo não só assumiu a forma humana; ele também assumiu o contexto humano, para levar ambos, a pessoa e o seu contexto, à redenção.”⁶⁸³

Uma “orientação antropológica leva a poimênica a tomar conhecimento de seu lado empírico como discurso humano que já desde o início está inculturado, sendo expressão da cultura de um povo ou de um grupo e estando inserido em vários sistemas sociais.”⁶⁸⁴ Assim, o aconselhamento pastoral no Brasil precisa ser culturalmente sensível às dores do seu povo. Precisa considerar a diversidade cultural e as desigualdades sociais que existem entre o povo, até mesmo entre “aconselhores” e “aconselhados”. Precisa atentar às dificuldades de comunicação que se estabelece na interação entre diferentes sistemas de valores, crenças, costumes e expressões. Torna-se imprescindível que cuidadores pastorais aprendam o código da cultura do outro, percebendo-o dentro do seu sistema maior, sistema em que tanto “eu” quanto o “outro” estamos inseridos, mas cada um a partir da sua realidade. Às vezes, estabelecemos uma comunicação de lugares diferentes e, portanto, com expectativas e metas

⁶⁷⁹ HOCH, 1989, p. 17-40.

⁶⁸⁰ HOCH, 1989, p. 17-40.

⁶⁸¹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 309.

⁶⁸² HOCH, 1985, p. 249-270.

⁶⁸³ HOCH, 1989, p. 17-40.

⁶⁸⁴ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 310.

diferentes, o que pode desfavorecer a construção de um relacionamento sincero e realista.⁶⁸⁵

Bem sabemos que boa parte do aconselhamento pastoral acontece no contato com o indivíduo, – é individual – especialmente através da relação e da conversação. Entretanto não deve se limitá-lo ao contato individual. Isso porque o indivíduo é sempre um indivíduo inserido num sistema maior e, por isso, é difícil estabelecer uma boa e eficaz relação de cuidado pastoral sem antes conhecer e se envolver com o sistema no qual a outra pessoa está inserida, pois um indivíduo sadio colocado em ambiente doentio perde a sua sanidade.⁶⁸⁶

Nesse sentido, o modelo sistêmico, baseado na teoria dos sistemas, “ajuda a entender que o aconselhamento pastoral nunca lida com indivíduos isolados.”⁶⁸⁷ Indivíduos sempre estão inseridos em sistemas, como: a família, a comunidade, o bairro, a vila, ambiente de trabalho, vizinhança, etc. e esses ambientes podem ser ou estar saudáveis ou não, o que interferirá no estado de sanidade do ser.

Para Hoch, pensar sobre o aconselhamento pastoral na realidade latino-americana, como atitude da fé cristã, é um processo de libertação que se funda na ação pastoral que “se propõe a solidarizar-se com pessoas em situação de crise e sofrimento através do diálogo, do estabelecimento duma relação de ajuda e da mobilização dos recursos terapêuticos da comunidade, ajudando-a inclusive a descobrir as causas estruturais que geram o sofrimento.”⁶⁸⁸ Ou seja, assim como no modelo sistêmico, o modelo de libertação não se limita e nem ignora o contato com o indivíduo, mas vai além e tenta escavar, revelar e denunciar profeticamente as raízes sociais, estruturais, políticas, econômicas, psíquicas, físicas, espirituais e emocionais do sistema em que o ser humano está inserido, que, em muitas situações, se apresenta como um sistema adoecido, revelando que o ser humano vive em uma sociedade patológica.⁶⁸⁹

Rogers tem o mérito de ter apontado para a importância da compreensão do mundo interior da pessoa. Esta é uma importante contribuição da psicoterapia para o aconselhamento pastoral. O aconselhamento pastoral, todavia, não pode permanecer restrito à percepção de mundo interior das pessoas. Ele precisa estar atento também ao mundo exterior, ao contexto social em que as pessoas vivem. Deve incluir essa perspectiva porque se inspira no testemunho bíblico. E este é claro na sua proposta de abarcar o todo da existência humana, também a perspectiva sócio-histórica. As coisas que passam no interior de uma pessoa estão intimamente ligadas às que ocorrem na esfera exterior, no

⁶⁸⁵ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 310, 311.

⁶⁸⁶ SATHLER-ROSA, 2004, p. 48, 113-114, 123.

⁶⁸⁷ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 310, 313.

⁶⁸⁸ HOCH, 1989, p. 17-40.

⁶⁸⁹ O tema da sociedade adoecida e de modelos patológicos de vida são trabalhos, por exemplo, por: FÉDIDA, Pierre. **Dos benefícios da depressão**: elogia da psicoterapia. São Paulo: Escuta, 2009; KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão**: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009; FREUD, Sigmund. **O Mal-Estar na Civilização**. Rio de Janeiro, RJ: Imago Editora LTDA, 1974; BRAKEMEIER, Gottfried. **O ser humano em busca de identidade**: contribuições para uma antropologia teológica. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Paulus, 2002.

contexto social, no ambiente de trabalho, no bairro, na esfera política. Comunicar-se com alguém significa comunicar-se também com o contexto onde a pessoa vive.⁶⁹⁰

Em muitos casos, as depressões se tornaram uma denúncia de um mal-estar instaurado na realidade e nos modelos da vida contemporânea.⁶⁹¹ Ao mesmo tempo, muitos estados de depressividade se tornaram uma espécie de proteção contra um modelo de vida doentio, permitindo que a pessoa continue vivendo.⁶⁹² Solomon relata que “a tristeza que nos esmaga, o retardamento que nos paralisa são também um escudo – às vezes último – contra a loucura. Talvez seja mais fácil dizer simplesmente que dependemos mais dos nossos sofrimentos do que sabemos.”⁶⁹³

Deste modo, em tempos de pressa, correria e pressão, as pessoas acometidas por depressão resistem e respondem a essas exigências com a sua lentidão, com sua hibernação.⁶⁹⁴ Se retraem para tentar amenizar as dores da alma e para não esgotar o pouco de energia vital que ainda lhe resta. A dor congela suas emoções e, por isso, interage pouco com o outro, mas é assim que se pode sobreviver e permanecer, a seu modo e de acordo com a sua temporalidade, em “funcionamento básico” para manter algo de si vivo e protegido dentro de si mesmo.⁶⁹⁵ Esses exemplos revelam algumas formas, consciente ou inconsciente, da pessoa deprimida denunciar e anunciar que existe um mal-estar estrutural instaurado no meio em que vive, e ela o sente e o vivencia na carne, na alma e nas relações.

Esse mal-estar refletido nos modelos de vida contemporânea faz com que a pessoa encarne e personifique a patologia do meio em que vive. Gomes, ao refletir sobre essa problemática em grupos de pertença menores, como a família, diz: “o deprimido em algumas famílias ocupa o lugar de bode expiatório. Ele adoece como sintoma da família. Sua depressão funciona como expiação dos pecados da família, como sintoma dos conflitos e problemas familiares não ditos e não resolvidos.”⁶⁹⁶ No contexto maior é possível dizer que a sociedade ocupa o lugar da família e o ser humano fragilizado é aquele que leva sobre si não somente as culpas dos demais e da sociedade, que permanece na mesma direção, mas aquele que “carrega ainda o fardo das doenças do grupo a que pertence.”⁶⁹⁷ Assim, trata-se de uma miopia do pastor e da pastora pensar que tem diante de si um caso individual que necessita de sua compaixão. Os males que assolam as pessoas em nossa sociedade, como depressões e outros mais, não provêm

⁶⁹⁰ HOCH, 2003a, p. 104, 105.

⁶⁹¹ KEHL, 2009, p. 31, 32, 135.

⁶⁹² KEHL, 2009, p. 135.

⁶⁹³ SOLOMON, 2010, p. 621.

⁶⁹⁴ KEHL, 2009, p. 125.

⁶⁹⁵ FÉDIDA, 2009, p. 15, 19, 203, 204; KEHL, 2009, p. 125.

⁶⁹⁶ GOMES, 2010, p. 150, 151.

⁶⁹⁷ GOMES, 2010, p. 150.

apenas do seu universo interior, eles estão ligados a questões sistêmicas, estruturais, como ambiente familiar, situação social, econômica, cultura e religiosa.⁶⁹⁸

É diante de casos assim que surgem as críticas referentes à hegemonia e ao uso indiscriminado de psicofármacos como panaceia, que muitas vezes cumprem mais a função de anestesiá-la. Sathler-Rosa bem nos lembra de que o indivíduo considerado são que for colocado em um ambiente doentio não consegue preservar a sua sanidade.⁶⁹⁹ Ou seja, não é prudente querer tratar o indivíduo isolado de seu meio vivencial e de suas relações, apenas através de terapia medicamentosa. Assim, é possível dizer que o problema não reside no uso ou não de medicamentos, mas no abuso deles, pois os mesmos, quando usados de forma correta, podem salvar vidas.⁷⁰⁰ O problema reside, sim, quando se têm uma compreensão unilateral e fragmentada sobre o ser humano e quando se parte preponderante e cegamente de terapias que se desenvolvam única e exclusivamente através do uso abusivo e irrestrito dos psicofármacos. A esse tipo de terapia o psicanalista André Green chama de “Psiquiatria veterinária”.⁷⁰¹

O atual imperativo do “seja feliz”, não pode ser uma obrigação a ser alcançada a qualquer custo e através do aniquilamento químico do “eu” originário. A sociedade parece ter se tornado antidepressiva, pois lida com o sofrimento humano como se fosse um defeito de caráter, algo do qual tenha que se envergonhar. Entretanto isso não pode ser aplicado, de forma alguma, a um ser tão vulnerável e frágil como o ser humano. E justamente a sua vulnerabilidade e fragilidade são características da sua humanidade, ou seja, da sua condição humana. São marcas que podem aproximá-lo de outro ser humano, também vulnerável, para que se edifique uma relação de cuidado entre pessoas que se saibam frágeis e vulneráveis, fazendo, assim, brotar e ser aperfeiçoada a força que surge da fraqueza, do encontro entre vulneráveis.⁷⁰² Não permitir que o ser humano lide com a sua situação de vulnerabilidade e fragilidade é roubar-lhe parte essencial da sua dimensão humana. É a partir da relação com sua dimensão e condição originalmente humana que passa o caminho de enfrentamento e reconstrução de novas referências, novas

⁶⁹⁸ HOCH, 1989, p. 17-40.

⁶⁹⁹ SATHLER-ROSA, 2004, p. 48, 113-114, 123.

⁷⁰⁰ GRÜN, 2011, p. 10, 11; SOLOMON, 2010, p. 10, 11, 120, 121; **Entrevista exclusiva para Caros Amigos**. Disponível em: <[http://academico.uefs.br/NovoPortal/Downloads/Modules/Diario//Aula/1000584919/Depress%C3%A3o%20Na%20Sociedade%20Do%20Vazio%20-%20Entrevista%20com%20Maria%20Rita%20Kehl%20\(Caros%20Amigos%20-%20Maio%20de%202009\).pdf](http://academico.uefs.br/NovoPortal/Downloads/Modules/Diario//Aula/1000584919/Depress%C3%A3o%20Na%20Sociedade%20Do%20Vazio%20-%20Entrevista%20com%20Maria%20Rita%20Kehl%20(Caros%20Amigos%20-%20Maio%20de%202009).pdf)>. Acesso em 08 de Set. 2014.

⁷⁰¹ GREEN apud KEHL, 2009, p. 56.

⁷⁰² STALSETT, Sturla. **Não há lugar no globo para o "superman"**. Disponível em: <<http://www.alcnoticias.net/interior.php?lang=689&codigo=3443&PHPSESSID=1c30b50ec124e5a3efc8ec322cacd8c5>>. Acesso em 29 de out. 2014.

estruturas e até mesmo novas normas e formas de vida.⁷⁰³

Percebe-se em nossa sociedade contemporânea que foi instalada uma falsa “indústria do bem-estar” e do “deixe de sofrer”,⁷⁰⁴ que se funda no patológico imperativo de uma suposta felicidade que pode ser comprada e engolida através de cápsulas, mas que, no entanto, podem desencadear um processo de anestesiamento do ser⁷⁰⁵ e acarretar um empobrecimento de sua vida psíquica, obstruindo, assim, os possíveis caminhos para se chegar à raiz real do problema real.⁷⁰⁶ Engbrecht alerta, a depressão é, mais que um acúmulo de sintomas, também uma dor humana que necessita ser escutada, pois tem algo a dizer.⁷⁰⁷

Frente a essa realidade cabe à Teologia, à poimênica, a tarefa de denunciar profeticamente as facetas desse mal-estar instaurado e mascarado. Denunciar que o pecado estrutural pode estar da raiz dos sofrimentos e de muitos males que acometem as pessoas através de diversas enfermidades, estados e condições, sejam eles físicos ou psíquicos.⁷⁰⁸

Faz parte da poimênica libertadora esta preocupação com a conscientização sobre as verdadeiras causas da opressão e dos fatores que geram grande parte do sofrimento e das doenças do povo. Detectar e desmascarar responsabilidades numa sociedade conflitiva como a nossa é fundamental para a atuação da igreja em geral. Mas ela tem importância especial no Aconselhamento Pastoral. Este precisa ajudar o indivíduo a descobrir de que maneira estruturas opressivas ou pecado estrutural se abate sobre ele [sic] como pessoa, como grupo familiar ou como classe. Disso depende entre outras coisas a difícil tarefa pastoral e discernir entre consolar e questionar.⁷⁰⁹

Para fazer tal movimento, “o aconselhamento pastoral precisa estar afinado com os objetivos amplos de libertação da sociedade e da própria Igreja”⁷¹⁰, inclusive deve atentar não apenas aos aspectos físicos, políticos, sociais e de inter-relacionamento, mas também para as necessidades psicoemocionais, espirituais “que resultam de situações cruciais como a pobreza, doença e morte ou crises que assolam pessoas ao longo da vida, tais como a velhice, o relacionamento familiar e outros.”⁷¹¹

O aconselhamento pessoal tornar-se-á problemático [...] na medida em que tiver uma orientação individualista e quando pretender se relacionar com pessoas humanas sem levar em consideração sua situação social, econômica, cultural e religiosa.⁷¹²

Nesta perspectiva, a transformação que se inicia no indivíduo e em pequenos grupos, fortalecendo-os e capacitando-os, lança o olhar à problemática maior que está diante de si. Isso

⁷⁰³ KEHL, 2009, p. 31, 32.

⁷⁰⁴ KEHL, 2009, p. 13.

⁷⁰⁵ WONDRAČEK, 2012, p. 93, 94, 95.

⁷⁰⁶ **Tecendo a vida adoidado**. Disponível em: <<http://entrevistasbrasil.blogspot.com.br/2009/10/maria-rita-kehl-tecendo-vida-adoidada.html>>. Acesso em 08 de set. 2014.

⁷⁰⁷ ENGBRECHT, 2001, p. 5.

⁷⁰⁸ HOCH, 1989, p. 17-40.

⁷⁰⁹ HOCH, 1989, p. 17-40.

⁷¹⁰ HOCH, 1989, p. 17-40.

⁷¹¹ HOCH, 1989, p. 17-40.

⁷¹² HOCH, 1989, p. 17-40.

para que o processo de libertação e reconfiguração estrutural possa ser mediado pelas próprias pessoas que, depois de fortalecidas e capacitadas, atuem como protagonistas da transformação a que tanto anseiam e necessitam. E fazem isso não de forma isolada, mas junto a seus grupos de pertencimento.⁷¹³

Deste modo, indivíduos e grupos que estão à margem, excluídos, na medida em que receberem formação de uma consciência crítica e se sentirem fortalecidos e amparados, podem tornar-se protagonistas na luta por libertação dos mais diversos sofrimentos físicos, psíquicos, espirituais, sociais, econômicos, culturais, etc. ao qual estão majoritariamente expostos, afinal as opressões têm muitas faces e a saúde também uma questão de justiça social.⁷¹⁴

Assim, quando se fala em aconselhamento pastoral com e junto a pessoas latino-americanas e brasileiras em situação de depressão é necessário levar em consideração a complexa e desigual realidade em que estes povos e indivíduos estão inseridos, pois se faz aconselhamento pastoral sempre a “partir de” e “dentro da” realidade, contemplando ao máximo o ser humano em sua integralidade. E assim como é autêntica a luta pela instauração da justiça social e política, pelo bem-estar físico do ser humano; não se pode abrir mão do cuidado que abrange a sua vida psíquica, emocional, relacional e espiritual. Não se deve pensar o cuidado do indivíduo de forma fragmentada e unilateral, mas se deve pensar o cuidado de forma contextualizada, dinâmica, libertadora, relacional, sistêmica, integral. Ou seja, é preciso cuidar do ser humano em relação à sua grande casa, a *oikos*, e aos sistemas que estruturam e regem a sua vida.⁷¹⁵

Cabe à Teologia, e por extensão à pastoral de aconselhamento, ambas essencialmente teocêntricas, saber lidar com angústias existenciais que brotam do solo da fé, da religiosidade e da espiritualidade. Mas, para ser coerente com a sua base fundamental teocêntrica precisa se tornar também antropocêntrica “para melhor cumprir sua tarefa de entender a pessoa humana.”⁷¹⁶

Tendo como pano de fundo a compreensão sobre a integralidade humana na realidade latino-americana e brasileira e a sua inserção na sociedade, que o molda e por ele é moldada, vejamos agora alguns recursos e princípios do aconselhamento pastoral, bem como aportes e fragmentos de outros saberes que trazem subsídios à práxis do aconselhamento pastoral com pessoas acometidas por depressão e que se apresentam como elementos

⁷¹³ Hoch conta uma bonita história de uma grande transformação ocorrida numa favela que deveria ser removida do seu local original. Essa decisão foi tomada pelo Departamento de Turismo local, pois aquela mancha escura na face bonita da cidade não ficava bem. A partir dessa imposição o grupo se uniu, em atitudes e orações, na luta por seus direitos e conseguiu não apenas impedir que isso ocorresse, mas que o local fosse melhorado e dignificado. Segundo o referido autor, estava ali formado o embrião das Comunidades Eclesiais de Base. HOCH, 1989, p. 17-40.

⁷¹⁴ SATHLER-ROSA, 2004, p. 122.

⁷¹⁵ SATHLER-ROSA, 2004, p. 50.

⁷¹⁶ HOCH, 1985, p. 249-270.

terapêuticos no âmbito eclesial. Vejamos agora, alguns recursos e princípios que consideram os modelos anteriormente citados, bem como aportes, princípios e fragmentos de outros autores que trazem subsídios à práxis do aconselhamento pastoral com pessoas em situação de depressão.

4.3 Princípios do aconselhamento pastoral com pessoas em situação de depressão

Para Schneider-Harpprecht o aconselhamento pastoral perpassa todo o ministério eclesial, por ser uma dimensão da *koinonia*. Ele está presente no culto, na catequese, na missão e na diaconia. Ele é parte integrante das dimensões da poimênica que se desdobram através da prática da oração, do canto, da confissão de pecados, absolvição, pregação, bênção, da consolação e exortação, da visitação, comunhões de mesa, assistência aos pobres e enfermos, etc.⁷¹⁷ Em tudo o que o clérigo faz em seu ministério existe uma dimensão terapêutica de poimênica e de cuidado. A sua função ministerial, reconhecida institucionalmente a partir de sua ordenação, inspira essa esperança nas pessoas, por ser representante de Deus e da Igreja de Jesus Cristo, representada por sua comunidade de fé.⁷¹⁸

Essa relação pastoral, de cuidador e cuidadora em âmbito eclesial, é extremamente profunda. De acordo com Clinebell, na prática do exercício ministerial o pastor e a pastora não têm como optar entre fazer ou não fazer o aconselhamento. Ele vai ocorrer de qualquer forma, através daquilo que as pessoas veem, sentem e ouvem, por exemplo, num culto ou então quando procuram particularmente o pastor e a pastora para falarem sobre as suas dores da alma. Originalmente a figura pastoral lhes inspira confiança para acompanhar-lhes pelas travessias de vales sombrios da vida e da morte.⁷¹⁹ Ademais, é necessário estar ciente que quando a pessoa toma a iniciativa de procurar a ajuda pastoral, o que nem sempre ocorre, é porque a sua cruz se tornou pesada demais para carregá-la sozinha, ou seja, a pessoa está extremamente carente de cuidado.⁷²⁰ Vejamos, então, alguns princípios do aconselhamento pastoral que são importantes para serem desenvolvidos em âmbito eclesial com pessoas fragilizadas.

4.3.1 A conversação baseada na sensibilidade da escuta

Schneider-Harpprecht diz que os instrumentos básicos do aconselhamento pastoral que parte do sofrimento das pessoas são a conversação, o ouvir e o falar, pois esses servem

⁷¹⁷ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 292.

⁷¹⁸ FABER; SCHOOT, 1973, p. 144, 145; WARD, 2011, p. 334-344.

⁷¹⁹ CLINEBELL, 2007, p. 44.

⁷²⁰ CLINEBELL, 2007, p. 194.

para dar voz ao sofrimento e para articular o protesto e partir para ação.⁷²¹ O método da conversação não se restringe a simples troca de palavras entre duas ou mais pessoas. O ouvir, o sentir e o falar são seus instrumentos básicos.⁷²² Conversação pressupõe reflexão sobre o conteúdo das palavras que estão sendo ditas, o que exige disponibilidade em ouvir. Pressupõe também saber observar as expressões faciais, o tom de voz e a gesticulação da outra pessoa, os seus momentos de silêncio. Essa postura significa que a atenção está voltada à pessoa, com olhos, ouvidos e sentimentos. A prática da conversação prevê ainda que se conheça a realidade da qual parte o outro que está diante de si. O que faz a pessoa sentir o que está sentindo, dizer o que está dizendo e silenciar no que está silenciando.⁷²³

Saber ouvir, mesmo que seja o silêncio, e não se precipitar em dar conselhos e estabelecer pré-julgamentos é algo muito prudente e uma grande lição a ser aprendida e praticada na conversação. É necessário que o outro consiga purgar e externar aquilo que tem dentro de si. Mas para se abrir e se expor precisará se sentir à vontade e seguro para fazê-lo. Por isso, a simples atitude de ouvir sem atropelar o outro é, antes de qualquer outra coisa, uma atitude de respeito em relação à pessoa e à sua situação.⁷²⁴ Clinebell registra que “a arte do ouvir *empático e reflexivo* é essencial em toda poimênica e em todo aconselhamento. A pastora tenta ouvir sentimentos (bem como palavras), incluindo sentimentos que estão nas entrelinhas, que são dolorosos demais para serem expostos em palavras.”⁷²⁵ Na prática do aconselhamento pastoral, saber ouvir o outro em sua temporalidade é algo extremamente terapêutico. A causa de muitos fracassos no aconselhamento pastoral é justamente resultado “da doença de não ouvir, é da enfermidade de não perceber que eu padeço.”⁷²⁶ É necessário que o aconselhador demonstre estar em sintonia com a pessoa que está diante de si e com seus sentimentos, pois assim, ela se sentirá segura, compreendida e aceita em suas condições circunstanciais.⁷²⁷

Em outras palavras, devemos estar conscientes de que estamos desempenhando um determinado papel, a saber, o de pastor cura d'almas, e que temos uma determinada tarefa, e a partir dessa descoberta agir. Importantes não são somente as palavras a serem empregadas, mas, em primeiro lugar, se conseguimos sintonizar corretamente com o outro e os seus problemas. A partir dessa sintonia as palavras adequadas deverão surgir quase que por si.⁷²⁸

Para que a conversação tenha um bom andamento, é importante que se desenvolva qualidades, tais como: interesse autêntico pela outra pessoa; empatia, ser companheiro de jornada

⁷²¹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 308, 309, 316.

⁷²² SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 316.

⁷²³ FABER; SCHOOT, 1973, p. 7, 8.

⁷²⁴ HOCH, 1989, p. 17-40.

⁷²⁵ CLINEBELL, 2007, p. 72.

⁷²⁶ SHAKESPEARE apud CLINEBELL, 2007. p. 72.

⁷²⁷ FABER; SCHOOT, 1973, p. 20, 23; BALDESSIN, 2002, p. 22.

⁷²⁸ FABER; SCHOOT, 1973, p. 24.

e não tutor que gera dependência; ter tolerância e compaixão por aquilo que pode nos causar estranheza e talvez até não nos ser simpático; não parecer uma figura ameaçadora, detentora de poder e arrogante, mas, sim, ser alguém que inspira aceitação, serenidade e tranquilidade.⁷²⁹ Escutar o sentimento do outro com empatia é uma atitude que ajuda a aprofundar e a sustentar os relacionamentos pastorais de cuidado⁷³⁰, pois as relações de ajuda são lugares da encarnação da graça que, mesmo limitadas e inacabadas, podem transformar e até salvar vidas.⁷³¹

Deste modo, o aconselhamento pastoral deve primeiramente se basear na edificação de relacionamentos que sejam terapêuticos. O simples fato de estar com uma pessoa aflita e fragilizada, concentrar-se nela, ouvi-la atentamente, responder-lhe com empatia e solicitude, permitir-lhe que fale e desabafe sobre sentimentos dolorosos e recalcados, tentar compreender o seu universo interior, etc. são caminhos para a construção de uma relação terapêutica e curativa. Em tempos de falta de tempo, as pessoas carecem de lugares seguros, de ouvidos atentos às suas dores profundas, o que, por si só, já é um elemento terapêutico. Sobre isso, Bonhoeffer afirma o seguinte:

O primeiro serviço que alguém deve ao outro na comunidade é ouvi-lo. Assim como o amor a Deus começa quando ouvimos a sua Palavra, assim também o amor ao irmão começa quando aprendemos a escutá-lo. É prova do amor de Deus para conosco que não apenas nos dá sua Palavra, mas também nos empresta o ouvido. Portanto é realizar a obra de Deus no irmão quando aprendemos a ouvi-lo. Cristãos, e de modo especial os pregadores, sempre acham que têm que "oferecer" algo quando se encontram na companhia de outras pessoas, como se isso fosse o seu único serviço. Esquecem que ouvir pode ser um serviço maior do que falar. Muitas pessoas procuram um ouvido atento, e não o encontram entre os cristãos, porque esses falam também quando deveriam ouvir. Porém, quem não consegue mais ouvir o seu irmão, em breve, também não conseguirá mais ouvir a Deus.⁷³²

Rubem Alves também faz uma reflexão profundamente interessante sobre a arte de escutar, a qual chama de "escutatória".⁷³³ Em síntese, Alves diz que a maioria das pessoas fazem cursos para aprender a falar, mas não há quem queira aprender a ouvir. Entretanto, escutar respeitosa e silenciosamente o que o outro quer dizer, sem atropelar e lhe interromper a fala é algo extremamente difícil, complicado e sutil. Se alguém nos fala do seu sofrimento, nós temos imediatamente uma receita para lhe dar ou, então, conhecemos alguém que sofreu mais que ela. Com isso, é como se dissesse à outra pessoa que aquilo que eu tenho a dizer é mais digno de ser ouvido do que aquilo que ela estava dizendo. Corto-lhe a sua fala, interrompo-a e começo a falar, sem antes ouvi-la e refletir sobre o que queria ou precisava me dizer. Alberto Caeiro bem disse,

⁷²⁹ FABER; SCHOOT, 1973, p. 24, 51.

⁷³⁰ CLINEBELL, 2007, p. 47.

⁷³¹ CLINEBELL, 2007, p. 63.

⁷³² MALSCHITZKY, Harald; BONHOEFFER, Dietrich. **Dietrich Bonhoeffer**: discípulo, testemunha, mártir: meditações de Harald Malschitzky sobre textos selecionados de Dietrich Bonhoeffer. São Leopoldo: Sinodal, 2005. p. 46.

⁷³³ ALVES, Rubem. **O amor que acende a lua**. Campinas, SP: Papirus, 1999. p. 65-71.

“não é bastante ter ouvidos para se ouvir o que é dito. É preciso também que haja silêncio dentro da alma.”⁷³⁴ Segundo Alves,

A gente não aguenta ouvir o que o outro diz sem logo dar um palpite melhor, sem misturar aquilo que ele diz com aquilo que a gente tem a dizer. Como se aquilo que ele diz não fosse digno de descansada consideração e precisasse ser complementado por aquilo *que a gente tem a dizer*, que é muito melhor. [...] Nossa incapacidade de ouvir é a manifestação mais constante e sutil da nossa arrogância e vaidade.⁷³⁵

Estabelecer uma relação onde a pessoa se sente valorizada, digna de ser ouvida e com seus sentimentos levados a sério, deve ser um dos primeiros objetivos do encontro entre “aconselhadora” e a “aconselhanda”.⁷³⁶ Um ouvir disciplinado e comprometido com a dor do outro é capaz de captar os sentimentos mais profundos das pessoas, mesmo que esses não sejam verbalizados.

Ward ressalta que a forma ativa e comprometida de escutar o outro vai revelar-lhe que o visitador tem interesse nela e naquilo que ela tem a dizer, pois o que está sendo dito é algo importante e digno de ser ouvido com atenção. Assim, o outro se sente compreendido e fica mais seguro e convicto para compartilhar suas preocupações e receios, mesmo os mais profundos. Entretanto, lidar com sentimentos profundos da outra pessoa pode, num primeiro momento, assustar. Quem ouve pode se sentir acuada por saber que nem sempre terá algo a dizer ou uma resposta a dar ao outro que está diante de si, mas “nesses momentos preciosos o visitador [sic] pastoral pode precisar seguir o ministério da presença. Em certos estágios de uma conversa difícil e pessoal, é aconselhável que o visitador ouça com seu coração. Talvez tudo que seja necessário é estar presente.”⁷³⁷

Aquele que se dispõe a ouvir possibilita ao outro poder verbalizar e expressar sentimentos e pensamentos profundos, que possivelmente tenham ficado silenciados, escondidos e trancados no fundo da alma, o que pode fazer a pessoa adoecer. Daí a importância em criar oportunidades de contato onde o outro possa ser ouvido e respeitado em suas dores, pois esses podem ser momentos de aliviar o espírito e tirar um grande “peso dos ombros”, do peito e da alma. Por isso, é importante que agentes que exercem o cuidado pastoral com pessoas fragilizadas aprendam a ouvir amorosa e eticamente, sem pré-julgamentos e preconceitos, aquilo que se passa com o outro. Ademais, deve inspirar na pessoa que está diante de si o sentimento de poder estar sendo compreendida e aceita. E ainda que em dado momento o aconselhamento não ultrapasse o estágio da catarse emocional, ele pode possibilitar cura e crescimento, ajudando a remover os bloqueios interiores à autoaceitação e ao enfrentamento. Frequentemente, depois de haver desabafado uma história dolorosa, o aconselhando diz: “Eu venho

⁷³⁴ CAEIRO apud ALVES, 1999, p. 67.

⁷³⁵ ALVES, 1999, p. 67.

⁷³⁶ CLINEBELL, 2007, p. 71.

⁷³⁷ WARD, 2011, p. 334-344.

carregando esse fardo por [...] anos, com medo de falar sobre ele com qualquer pessoa. Pela primeira vez depois de muitos anos, sinto-me capaz de andar de cabeça erguida”.⁷³⁸

A possibilidade de a outra pessoa falar desempenha, sim, um papel libertador no aconselhamento pastoral. “O desabafo, a confissão, a catarse através da palavra têm uma função terapêutica universalmente reconhecida. No entanto, num contexto de opressão como na América Latina não basta a catarse. O clamor que se expressa em palavras não pode permanecer restrito à esfera duma manifestação oral apenas. A libertação pela palavra inaugura uma libertação maior. A palavra é apenas um primeiro ensaio.”⁷³⁹

A conversação prevê o seu desenrolar através do diálogo, da fala entre duas pessoas que se dispõem a estabelecer um relacionamento seguro e de cuidado. Em relação à fala do aconselhador e da aconselhadora, algumas questões podem ser observadas no desenrolar do diálogo, vejamos.

4.3.2 A conversação baseada na sensibilidade do diálogo

Ouvir atenta e profundamente o outro não significa ficar calado durante a conversa, mas também saber ponderar, interagir através comentários, perguntas, gestos e respostas. As respostas podem ser dadas através das expressões do corpo, acenar com a cabeça, o olhar, expressões faciais de alegria ou pesar, não apenas através de palavras.⁷⁴⁰

Agentes pastorais devem se expressar de maneira clara e concreta, orientando a comunicação na direção dos sentimentos, dos fatos reais presentes e de acontecimentos específicos. É necessário colocar a pessoa em contato consigo mesma, com suas forças e recursos, com seus pensamentos autodestrutivos e com suas contradições, ajudando-a a perceber que nem sempre as imagens e ideias sobre si mesma são imagens realistas e ideais. A confrontação pode ser um ponto alto da relação de ajuda, mas só será bem-sucedida se uma compreensão empática já tiver se estabelecido a partir da confiança entre ambos.⁷⁴¹ É necessário ajudar o outro a perceber que existem forças encobertas dentro de si que talvez ele não esteja percebendo e que essas forças positivas podem ser usadas no processo de enfrentamento de suas crises. Ou seja, a relação de ajuda tem a finalidade do desenvolvimento das forças internas da própria pessoa.⁷⁴²

Na lógica da sensibilidade da conversação, baseada na arte de saber ouvir e do falar de forma coerente, evite perguntas desnecessárias que deem a impressão de investigação e de invasão da privacidade da outra pessoa. Não é aconselhável o uso de perguntas fechadas, pois as

⁷³⁸ CLINEBELL, 2007, p. 81.

⁷³⁹ HOCH, 1989, p. 17-40.

⁷⁴⁰ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. **Como acompanhar doentes**. São Leopoldo: Sinodal, 1994. p. 72.

⁷⁴¹ BALDESSIN, 2002, p. 23, 24.

⁷⁴² BALDESSIN, 2002, p. 20.

suas respostas se encerram num sim ou não. Elas atrapalham o fluxo da conversação, servem apenas para obter informações pontuais, mas isso dá cara de interrogatório ao diálogo.⁷⁴³

Perguntas em demasia podem afastar o outro de seus sentimentos reais e da gente. Entretanto, como pessoas deprimidas tendem a ser caladas, existem algumas perguntas que podem ser abridoras e desencadeadoras da fala. “Uma pergunta bem escolhida, feita com calor e empatia, pode ajudar a liberar as pessoas para falar sobre os fardos que carregam.”⁷⁴⁴ Faça perguntas ou comentários sobre sentimentos e sobre como a pessoa percebe e vivencia a sua situação. Eis alguns exemplos que podem ajudar em alguns casos: Como vão indo as coisas? Como você percebe a sua situação neste momento? O que você acha que poderia ser diferente? Você parece estar se sentindo muito desencorajado (contrariado, zangado, arrependido, etc.). Tenho a impressão de que você está carregando um fardo muito grande sozinho. Você gostaria de me dizer mais alguma coisa?⁷⁴⁵

Evite as expressões comuns que menosprezam o sofrimento do outro, como: isso é da vontade de Deus. Deus não dá nada além daquilo que nós podemos suportar. Você logo vai sair dessa. Seja forte. Jesus cura tudo. Não fique assim. Você não está tão mal para se comportar assim. Têm pessoas em situação pior que você. Eu já vi coisa muito pior, etc. Frases como essas podem soar como um insulto à pessoa, como um desrespeito e sinal de incompreensão total à sua condição.⁷⁴⁶ O que a pessoa mais precisa, nesses momentos, é sentir compreendida, amada, aceita.

Cabe a agentes pastorais fornecer informações que possam ser úteis; ajudar a clarificar alternativas viáveis e realistas; estabelecer pequenas metas; dar apoio emocional e inspiração à pessoa; avaliar resultados e acompanhar a pessoa durante seu percurso de travessia.⁷⁴⁷

Aproveite as questões que as pessoas estão colocando diante de você, buscando aprofundá-las sem fugir do assunto. Textos bíblicos são usados como consoladores, animadores e também ajudam direcionar ou motivar uma conversa. Mas lide com a bíblia com responsabilidade, evitando abusos e exageros. Não a use como subterfúgio para escapar dos assuntos que a pessoa lhe trazer.⁷⁴⁸ Não atravesse a conversa ou o silêncio com textos desconectados, pois o importante é que a outra pessoa possa se expressar e falar e livremente sobre si e que se estabeleça uma relação de cuidado dialogal e de mútua confiança. Quando não

⁷⁴³ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 73, 74.

⁷⁴⁴ CLINEBELL, 2007, p. 188.

⁷⁴⁵ CLINEBELL, 2007, p. 188.

⁷⁴⁶ BALDESSIN, 2002, p. 31, 32.

⁷⁴⁷ CLINEBELL, 2007, p. 192-194.

⁷⁴⁸ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 66. WANGEN, 1979, p. 95-106; BALDESSIN, 2002, p. 36, 37.

souber algo e não conseguir explicar os porquês, diga abertamente que não sabe e que também não compreende todos os porquês.⁷⁴⁹

Em casos específicos de depressão, cabe ainda à cuidadora e ao cuidador pastoral lembrar-se que o suicídio é algo muito comum entre pessoas acometidas por depressão. Ele se apresenta como o maior desafio e traz o maior dos prejuízos à pessoa deprimida, pois, uma vez realizado, não há mais como voltar atrás. Por isso, em casos de aconselhamento pastoral com pessoas em situação de depressão é imprescindível perguntar diretamente sobre pensamentos, desejos, ideação e planos suicidas. Raramente o suicídio é um ato repentino e não premeditado, por isso, todas as ameaças de suicídio devem ser levadas a sério. “No aconselhamento de pessoas das quais se sabe ou se suspeita que estão propensas ao suicídio, é crucial perguntar a respeito de impulsos, fantasias ou intenções suicidas.”⁷⁵⁰

O centro de valorização da vida, através do manual organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela OMS, e financiado pelo Ministério da saúde – Brasil, registra que a maioria das pessoas com pensamentos suicidas, de alguma forma, os comunica na conversação. Frequentemente elas dão alguns sinais e fazem comentários sobre “querer morrer”, “sentimento de não valer pra nada”, “não poder fazer mais nada”, “eu sou um perdedor e um peso aos outros”, “os outros serão mais felizes sem mim”, “eu não aguento mais” etc. Essas são frases de alerta e pedidos de ajuda, gritos de socorro, que não devem ser ignorados. Por trás dessas frases de alerta estão os sentimentos de pessoas em grande risco de cometer suicídio. Os principais sentimentos das pessoas que pensam em se matar começam com “D”: “depressão, desesperança, desamparo e desespero (regra dos 4D). Nestes casos, frases de alerta + 4D, é preciso investigar cuidadosamente o risco de suicídio.”⁷⁵¹ E segue,

A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não inocula a idéia [*sic*] na cabeça das pessoas. Elas até ficarão muito agradecidas e aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e as questões com as quais estão se debatendo. Necessariamente, você também não terá de “carregar” o problema da pessoa caso não se sinta momentaneamente capaz: poderá pedir ajuda para outros profissionais da equipe de saúde.⁷⁵²

De acordo com o referido material, perguntas do tipo, “Como você se sente ultimamente?” “Existem muitos problemas na sua vida?” “O que tem tentado fazer para resolvê-los?” podem ajudar a pessoa a se abrir e a falar sobre a sua situação. No entanto, as

⁷⁴⁹ BALDESSIN, 2002, p. 37.

⁷⁵⁰ CLINEBELL, 2007, p. 192-228.

⁷⁵¹ **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** p. 52, 53. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em 01 de Nov. 2014.

⁷⁵² **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** p. 57. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em 01 de Nov. 2014.

pessoas ficam na dúvida de como perguntar e de como entrar num assunto tão delicado. O referido manual sugere o seguinte,

Será mais fácil se você chegar ao tópico gradualmente. Desde o início tente estabelecer um vínculo que garanta a confiança e a colaboração do paciente, pois este pode ser um momento em que ele se encontra enfraquecido, hostil e nem sempre está disposto a colaborar. Respeite a condição emocional e a situação de vida que o levou a pensar sobre suicídio, sem julgamento moral, em uma atitude de acolhimento.⁷⁵³

Acompanhar pessoas com ideia suicida é uma tarefa que exige muito cuidado, atenção, diálogo e encaminhamentos. Às vezes o apelo de ao menos adiar o suicídio pode ser eficaz. Ajude a pessoa a refletir se essa é a única saída para o seu caso. “Será que não podemos encontrar outra saída?” “Se você puser um fim à sua vida, você privará a si próprio de quaisquer possibilidades de encontrarmos uma solução melhor para a sua situação.” “Ao menos espere até que fizemos uma tentativa.”⁷⁵⁴ Caso a pessoa decida assim mesmo se matar, a culpa não é da falta de habilidade do aconselhador ou da aconselhadora, pois se ela estiver decidida a cometer o suicídio ela o fará, independente das pessoas que procuram impedi-la. O importante é não desistir da pessoa e ajudá-la a fazer o mesmo por si.⁷⁵⁵

Independente de casos extremos como os que levam ao suicídio, a conversação com pessoas fragilizadas e vulneráveis terá maior impacto se puder ser desenvolvida através do contato direto, especialmente da visitação. Vejamos o porquê.

4.3.3 O contato através da visitação

É fato que para acontecer o diálogo, a conversação, o contato, a relação de cuidado, o ideal é que as pessoas possam se encontrar. Pensando na situação de pessoas acometidas por depressão, é importante que agentes da pastoral tomem a iniciativa de ir ao seu encontro, pois os sintomas comuns da depressão podem atrapalhar ou impedir a pessoa de tomar a iniciativa em procurar ajuda. Para aperfeiçoar o trabalho de visitação, seria bom que no âmbito eclesial existisse uma rede de mediadores⁷⁵⁶ que pudessem estar atentos, visitar e avisar onde estão as pessoas fragilizadas que mais necessitam de acompanhamento e cuidado pastoral.

Uma vantagem do cuidador e da cuidadora pastoral é que não precisam esperar pelo grito de socorro para ir ao encontro do outro. Ele ou ela, dentro de suas possibilidades, poderão se antecipar. “O aconselhador pastoral pode tomar a iniciativa, entrando em contato

⁷⁵³ **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** p. 58. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em 01 de Nov. 2014.

⁷⁵⁴ CLINEBELL, 2007, p. 229.

⁷⁵⁵ CLINEBELL, 2007, p. 229, 230.

⁷⁵⁶ Starnitzke trabalha sobre a mobilidade dos diáconos que faziam a mediação entre as comunidades cristãs e o ambiente externo. STARNITZKE, Dierk. **Diaconia: fundamentação bíblica, concretizações éticas.** São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2013. p. 13, 43.

com as pessoas em crise e estabelecendo relacionamentos de confiança com elas, de modo que sejam capazes de aceitar a ajuda oferecida.”⁷⁵⁷ Na realidade, “espera-se do visitador pastoral que ele ou ela visite as pessoas que estão sofrendo, sem precisar convite.”⁷⁵⁸ Assim como Deus visitou o seu povo, o visitador e a visitadora pastoral são convidados a visitar o seu rebanho, pois “o relacionamento pastoral tem seu paradigma no relacionamento do próprio Deus com seu povo.”⁷⁵⁹ A própria atitude de visitação Deus, encarnada e relacional,   fundamento para a prática da visitação.

Na maioria dos casos, no encontro físico entre as pessoas a conversa o terá o seu melhor desdobramento e desenvolvimento. No caso do contato com pessoas em situa o de depressão, deve-se considerar o seguinte, a pessoa pode estar triste, eufórica, pessimista, nervosa, ansiosa, sonolenta, com dificuldades para pensar, concentrar ou tomar decisões, sem vontade para fazer coisa alguma, etc. e isso não   culpa do visitador e não deve desmotiv -lo, esses são algumas das formas como a depressão se manifesta no ser. Tais rea es podem dificultar o desenvolvimento de um diálogo.⁷⁶⁰

Diante de um possível silêncio, da impossibilidade de estabelecer uma boa conversa, não se deve cair na tenta o de querer falar pelo outro.   necessário respeitar o seu silêncio, a sua fúria e a sua dor e também saber silenciar, pois o silêncio também tem algo a dizer.⁷⁶¹ O terapêutico da visita está justamente no encontro e no contato, onde, mesmo no silêncio, se pode ouvir o som de palavras não ditas, mas de palavras encarnadas, que expressam: “eu estou aqui contigo”. “Você   uma pessoa importante.” “Você não está sozinha.”⁷⁶² Assim, a rela o do aconselhamento pastoral transforma-se num canal em que a pessoa pode sentir escorrendo a graça de Deus em sua dire o.⁷⁶³

Os gestos autênticos, vindos do cora o, como um abra o verdadeiro, um aperto de mão sincero e outros modos de contato físico, um olhar acolhedor e transparente, o ouvir alguém pronunciar seu nome e dizer: “Estou aqui. Vim lhe fazer uma visita”,   muito confortador.   muito bonito dizer [...] que Deus o ama muito [...] e   verdade; mas não   o amor de Deus que o agente deve provar nesse momento,   o seu, e isso não se faz com palavras.⁷⁶⁴

Esse tipo de contato são   possível através do estar junto, do ir ao encontro da outra pessoa, e esse   o grande diferencial que a visita o tem. A visita pastoral demonstra   outra pessoa que ela não está sozinha, que existe uma comunidade representada pelo indivíduo que foi

⁷⁵⁷ CLINEBELL, 2007, p. 34.

⁷⁵⁸ WARD, 2011, p. 334-344.

⁷⁵⁹ HOCH, 2003a, p. 98.

⁷⁶⁰ COLLINS, 1984, p. 73-85.

⁷⁶¹ HURDING, 1995, p. 378.

⁷⁶² WARD, 2011, p. 334-344.

⁷⁶³ CLINEBELL, 2007, p. 52.

⁷⁶⁴ BALDESSIN, 2002, p. 37.

visitá-la e que essa comunidade se preocupa com ela e se lembrou dela. Por isso, ao chegar ao local cumprimente as pessoas, não apenas em seu nome, mas diga-lhes que veio como representante de um grupo maior, a sua comunidade. Em seguida, diga o motivo da visita através de palavras claras e simples.⁷⁶⁵

Estando dentro do ambiente onde ocorre a visita, observe discretamente se há fotografias, bíblia, livros, CDs, flores, medalhas e/ou outros objetos que estiverem ao alcance de seu olhar. Esses objetos podem dar informações preciosas sobre a pessoa e ajudar no desenvolvimento da conversação.⁷⁶⁶

Normalmente as pessoas deprimidas são caladas, estão silenciadas por sua enfermidade. Vale motivar e encorajar a pessoa a falar sobre a suas dores e dilemas, mas sem tirar-lhe o direito e a liberdade de silenciar. Se houver a possibilidade de se estabelecer um diálogo, engate nele e tente o direcioná-lo de maneira que permita a outra pessoa a falar sobre si. Não desista, mas cuide com o que será falado, pois, como vimos, no aconselhamento pastoral, é extremamente necessário saber ouvir a outra pessoa e ajudar-lhe a falar, a expurgar a sua dor, mas sem feri-la com nossas palavras expectativas.

Dê tempo ao tempo do outro. Evite interpretações prematuras e conselhos prematuros e dê prioridade ao processo de construção de um relacionamento empático e seguro. Exercite a paciência solidária. Não coloque as suas expectativas sobre os ombros da outra pessoa, pois ela já carrega peso demais sobre si, ao mesmo tempo não desista dela. Veja-a como um ser capaz, digno, mas com uma temporalidade momentânea diferente da sua. Seja realista em relação à outra pessoa e a você mesmo, pois ambos são vulneráveis e possuem limitações.⁷⁶⁷

Certamente diante de tamanhos desafios agentes pastorais podem se assustar, esmorecer e até se sentirem acuados para desempenhar a função de acompanhar pessoas acometidas por depressão. Mas cabe lembrar e destacar que nem a poimênica nem o aconselhamento pastoral são tarefas exclusivas de ministros, ministras ou de especialistas da Igreja.⁷⁶⁸ A poimênica, o cuidado e o aconselhamento pastoral, são vocações, chamados feitos à comunidade como um todo para serem traduzidas no nível das relações. “Tanto a consolação quanto a admoestação e o questionamento mútuos são direito e dever de toda a comunidade cristã. Esta concepção deriva do conceito reformatório do sacerdócio geral de todos os crentes. Ao definir o aconselhamento pastoral como função da comunidade, a

⁷⁶⁵ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 63.

⁷⁶⁶ BALDESSIN, 2002, p. 30.

⁷⁶⁷ COLLINS, 1984, p. 79.

⁷⁶⁸ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 292.

Reforma ancorou-o teologicamente na eclesiologia”.⁷⁶⁹ Assim, o aconselhamento pastoral apresenta-se como a arte de traduzir a Boa-Nova na linguagem dos relacionamentos.⁷⁷⁰

Afinal, como vimos anteriormente, a verdadeira Igreja de Jesus Cristo no mundo é reconhecida pelos sinais que deixa no mundo (*signa ecclesiae*), pois “é a Igreja solidária, onde os irmãos e as irmãs se consolam uns aos outros.”⁷⁷¹ Assim a comunidade cristã, que é parte viva e dinâmica do agir de Deus através da Igreja, deve se apresentar como um espaço de cuidado. Vejamos como isso pode se desdobrar no âmbito eclesial.

4.4 A comunidade como espaço de cuidado

Lutero ao refletir sobre o quinto mandamento no “Catecismo Maior” diz que a pessoa deve ser envolta e protegida por seu irmão e por sua irmã, e fazer o mesmo por ele e por ela, como se formassem um muro protetor, uma fortaleza e asilo sagrado, para que nenhum mal ou dano seja causado ao outro.⁷⁷² Essa é a ideia da comunidade como espaço de cuidado. Essa é a ideia de Igreja do cuidado. “A Igreja do cuidado existe onde pessoas de fé se colocam a serviço do cuidado de Deus e permite que o cuidado de Deus chegue às pessoas em sua realidade cotidiana, em suas necessidades, sejam elas necessidades do corpo, sejam da alma, em todos os ciclos da vida.”⁷⁷³ O cuidado é função genuína da Igreja como um todo, ela não deve ser função apenas clerical. Transferir todas as responsabilidades à figura ministerial só servirá para superlotar a sua agenda, esgotar as suas forças, desanimá-lo e limitar o raio de alcance das pessoas feridas.⁷⁷⁴ Deve-se desconstruir a ideia da atuação de um herói solitário, de uma heroína solitária.⁷⁷⁵

Nesse sentido, precisamos pensar o cuidado de forma compartilhada, repartida. Usando a imagem que Lutero utilizou, temos que admitir que um muro protetor e uma fortaleza não podem ser construídos apenas com um tijolo. Para funcionar, precisa de muito mais tijolos, que devem ser unidos em torno de uma causa comum e por uma massa comum. Vejamos, então, algumas propostas de cuidado repartido e compartilhado, no âmbito eclesial, que podem servir à construção do “muro protetor”, na perspectiva da comunidade como espaço de cuidado.

⁷⁶⁹ HOCH, 1998b, p. 30.

⁷⁷⁰ HOCH, 2003a, p. 96.

⁷⁷¹ HOCH, 1998b, p. 30.

⁷⁷² LUTERO, Martin. Catecismo maior. In.: **LIVRO DE CONCÓRDIA: as Confissões da Igreja Evangélica Luterana**. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 1993. p. 422, 423.

⁷⁷³ GAEDE NETO, 2007, p. 68.

⁷⁷⁴ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 291, 292, 293.

⁷⁷⁵ CLINEBELL, 2007, p. 300.

4.4.1 O cuidado compartilhado na comunidade

O “muro protetor” da comunidade que se dispõe a servir como espaço de cuidado deve ser construído de forma interdisciplinar. A formação de uma equipe de cuidado pastoral pode otimizar e expandir sua área de alcance, chegando assim a mais pessoas. Essa equipe deveria ter a oportunidade de trabalhar a formação contínua de pessoas leigas, juntamente com profissionais. É necessário proporcionar capacitação de visitantes e visitantes que estejam aptos a interagir de forma sensível e solidária junto às mais diversas realidades do povo.⁷⁷⁶

Como ministros e ministras são institucionalmente responsáveis pela vida de fé e espiritualidade da paróquia, seria interessante que sempre ao chegar a um novo campo ministerial pudessem visitar, conhecer e estabelecer contato com profissionais de outras áreas da saúde e do cuidado. Conhecer não apenas a sua comunidade eclesial, mas também médicos, psicólogos, psiquiatras, dentistas, assistentes sociais, professores, musicistas, etc. que poderiam ser parceiros no desenvolvimento da práxis do cuidado ali onde estão inseridos.⁷⁷⁷

Estabelecer um trabalho conjunto, além de ser mais promissor, ajuda a aliviar e aperfeiçoar o trabalho de ambos os lados, tanto de quem oferta quanto de quem recebe. É extremamente importante saber repartir e compartilhar diferentes formas de cuidado, com diferentes profissionais e com pessoas voluntárias devidamente preparadas. O fato de saber encaminhar em parceria casos específicos, sem abandoná-lo em seu processo terapêutico, evita que a pessoa se prive ou prorrogue um possível contato necessário com a assistência especializada da área a qual precisa.⁷⁷⁸

Contudo, é necessário cautela ao encaminhar alguém para não deixar-lhe com a impressão e com o sentimento de que está sendo empurrada adiante, com suas dores e angústias, ou de que se está rompendo a relação de cuidado com ela. Observado isso, clérigos são pessoas que podem e devem estabelecer uma ponte entre diferentes sistemas de apoio se mantiverem contato regular com seus paroquianos, com pessoas voluntárias e com profissionais da área do cuidado. Assim, encaminhar alguém ou pedir auxílio não pode ser visto como fracasso ou incompetência de pastores e pastoras, todas as pessoas possuem limitações. Encaminhar alguém e se dispor a desenvolver um trabalho conjunto são sinais de responsável comprometimento ético, sincero e profundo, com o bem-estar integral da outra pessoa. Mesmo no âmbito eclesial,

⁷⁷⁶ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 314, 315.

⁷⁷⁷ CLINEBELL, 2007, p. 300; SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1998, p. 84, 85.

⁷⁷⁸ CLINEBELL, 2007, p. 300.

o processo de cuidado e de ajuda não pode se limitar à figura pastoral, precisa ser dinâmico e dialogal.⁷⁷⁹

Por outro lado, é necessário ter sensibilidade para não cair em extremos e querer sempre e o quanto antes encaminhar alguém adiante, como se estivesse fugindo da pessoa fragilizada. O encaminhamento não deveria acontecer de maneira automática e mecânica. Wondracek, ao tratar sobre esse tipo de encaminhamento, chama-o de barbárie de nossos tempos. Exemplifica da seguinte maneira: “A senhora Y procura o pastor para aconselhamento a respeito da sua depressão. Ele a escuta por alguns minutos e a encaminha ao psiquiatra, que lhe receita medicamentos.”⁷⁸⁰ Vejam, neste exemplo, não houve sequer a possibilidade de escuta, de buscar compreender o que realmente se passava com a pessoa ou, então, a tentativa de se estabelecer uma relação de cuidado pastoral com o outro que está diante de si. Neste caso citado, “a barbárie reduz o sofrimento humano ao plano do visível e do biológico e já não escuta a dor na profundidade. O pastor se sente desautorizado a intervir nessa problemática tornada tão concreta e por isso a encaminha para o ‘especialista’.”⁷⁸¹ Ou seja, não age como um pastor de rebanho.

Todavia, “concebido adequadamente, o encaminhamento é um meio de usar esforço de equipe para ajudar uma pessoa em dificuldade. Trata-se de uma *ampliação e partilha* da responsabilidade, não uma transferência total da mesma.”⁷⁸² Quantos suicídios e sofrimentos extremos têm a sua origem, por exemplo, numa depressão que ninguém soube identificar. Agentes pastorais que na mais ingênua e sincera intenção tentaram resolver sozinhos a situação de quebrantamento de uma pessoa através da expulsão de demônios, quando na verdade se tratava de uma depressão profunda e, assim, criaram mais uma vítima fatal dos maus dias.⁷⁸³ É necessário perceber o momento em que uma determinada situação está ultrapassando os limites de nossa intervenção e saber pedir ajuda, pois essa atitude pode salvar vidas.

Além do encaminhamento a profissionais de outras áreas, a pastora e o pastor precisa poder contar com as lideranças de sua comunidade, com familiares, com amigos, vizinhos, etc. que, através do *mutuum colloquium et consolatio fratrum* (“diálogo mútuo e consolação entre os irmãos”), exerçam conjuntamente o papel de cuidado.⁷⁸⁴ A ajuda e o cuidado mútuo

⁷⁷⁹ CLINEBELL, 2007, p. 301.

⁷⁸⁰ WONDRAECK, Karin Hellen Kepler. Aconselhamento em tempos de barbárie. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 50, n.2, p. 273-287, 2011.

⁷⁸¹ WONDRAECK, 2011, p. 273-287.

⁷⁸² CLINEBELL, 2007, p. 301.

⁷⁸³ HOCH, 1985, p. 249-270; PAIGE, Andrew. **Saindo da depressão**. Campinas, SP: Versus, 2000. p. 14, 15.

⁷⁸⁴ LUTERO, 1993, p. 332.

deveriam nortear o aconselhamento pastoral, em âmbito eclesial. “A rigor, nem se deveria falar em aconselhamento pastoral e, sim, de um aconselhamento comunitário.”⁷⁸⁵

Bem destacou Schneider-Harpprecht que a interdisciplinaridade não permanece apenas no nível teórico, também não se limita à cooperação entre profissionais. “Ela é em primeiro lugar prática e tenta fazer o melhor uso possível dos recursos oferecidos pelas redes sociais. [...] reconhecemos o inter-relacionamento entre os problemas psíquicos e a situação social e cultural do nosso país. Entendemos que é importante promover um trabalho de aconselhamento que assuma o compromisso político e social implícito na preocupação com os problemas de saúde mental e física das pessoas.”⁷⁸⁶

Conseqüentemente, partindo da compreensão de que a depressão está ligada a fatores internos e externos do ser, seria interessante pensar a formação de diferentes grupos de cuidado, inter e transdisciplinar, no âmbito eclesial. Isso não apenas como enfrentamento à problemática, mas também como meio de prevenção, pois quanto antes se perceber possíveis casos e trabalhá-los devidamente, mais chances de recuperação podem surgir.⁷⁸⁷

Um ideal para a comunidade do cuidado é que existissem diversos grupos inter e transdisciplinares atentos aos mais diversos males que assolam o seu povo, por exemplo: grupos de visitação a pessoas fragilizadas por problemas psíquicos, psiquiátricos e físicos; a pessoas com problemas sociais e/ou econômicos; grupos de dependentes químicos; grupos de visitação a pessoas afastadas da comunidade; a pessoas com deficiência; pessoas idosas; pessoas enlutadas; grupo mulheres, de pessoas agredidas e/ou situação de risco; grupo de gestantes e novas mães; grupo de cuidado ao meio ambiente e/ou quantos outros forem importantes dentro de cada contexto e situação específica. Todos esses grupos deveriam receber assessoria especializada, formação adequada e continuada. Deveriam também ser apresentados e instalados em cultos especiais da comunidade. Essas seriam maneiras de construir e manter firme o “muro protetor”, a “fortaleza do cuidado” em âmbito eclesial, sem sobrecarregar ninguém e, simultaneamente, ampliando a área de abrangência, convocando todas as pessoas a se unirem no exercício dos seus dons, através do sacerdócio geral de todos os crentes.⁷⁸⁸

Trabalhando a partir do pulsar de grupos comunitários a comunidade ganha mais vida e dinâmica. Inclusive, os próprios grupos poderiam ser fontes que, juntamente às Sagradas Escrituras, forneceriam matéria viva para tornar o culto comunitário um espaço e momento de cuidado ligado ao contexto e ao cotidiano. Na metáfora de Von Allmen, o culto funciona como

⁷⁸⁵ HOCH, 1985, p. 249-270; PAIGE, 2000, p. 14, 15.

⁷⁸⁶ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1998, p. 84.

⁷⁸⁷ KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 596.

⁷⁸⁸ CLINEBELL, 2007, p. 66.

coração da comunidade. Órgão vital, que recebe as boas e as desafiadoras notícias e realidades que os grupos trazem. Depois de receber, celebrar, agradecer e interceder pelas causas trazidas envia-os novamente, fortalecidos e animados, para continuar as suas missões.

Nessa perspectiva, Mansk, ao refletir sobre a metáfora do culto como coração da comunidade, diz que “assim como o coração, por meio do movimento de sístole e diástole, recebe e distribui ritmicamente o sangue pelas artérias do nosso corpo, mantendo-nos a vida e nos fornecendo energia, assim também o culto congrega a comunidade, fortalece as pessoas e as envia renovadas para a vida diária.”⁷⁸⁹ Também nessa direção, o teólogo luterano Adam, afirma que “liturgia e cotidiano estão interligados.”⁷⁹⁰ Além dessa dinâmica em que a realidade do povo é trazida para dentro do culto - misturando culto, contexto e cotidiano – vejamos, ainda, como o culto e seus elementos litúrgicos se apresentam como sendo terapêuticos, fazendo com que o culto seja genuinamente um espaço do cuidado.

4.4.2 O culto como espaço de cuidado

Em sua já citada metáfora, Von Allmen registra que o culto é o coração da comunidade cristã: se o culto cessa a comunidade morre. É pelo culto que pulsa a vida da Igreja, e “tal como o coração, a vida da Igreja pulsa por sístole e diástole.”⁷⁹¹ O culto se apresenta como momento de celebrar a vida e se torna o ápice celebrativo daquilo que acontece durante a semana nos grupos comunitários. “No culto deveríamos sentir o pulsar da vida da comunidade em seu dia-a-dia.”⁷⁹²

Adam registra que essa imagem da qual fala Von Allmen é uma bela metáfora, pois mostra que há uma estreita e imprescindível relação entre cotidiano e culto. Entre acolher o que vem de fora e enviá-lo renovado adiante. E segue dizendo que

O contexto é decisivo: todo culto denuncia e festeja seu mundo e envia sua comunidade de volta para este mesmo contexto. O culto reflete – na forma e no conteúdo – este seu mundo. [...] O mundo que vem à tona no culto não é nada abstrato, mas apresenta, em sua crueza, o que e por que seus membros vivem e lutam. [...] Nenhum culto ou missa irá mudar o mundo se seus membros, durante a semana, não trouxerem nada de seu culto para o cotidiano e não levarem nada deste cotidiano para o culto de domingo.⁷⁹³

⁷⁸⁹ MANSK, Erli. **Culto: o coração da vida na comunidade cristã**. Disponível em: <<http://www.luteranos.com.br/conteudo/lutero-reforma-500-anos-27321>>. Acesso em 12 de Nov. 2014.

⁷⁹⁰ ADAM, Júlio César. Liturgia como prática dos pés: a Romaria da Terra do Paraná: reapropriação de ritos litúrgicos na busca e libertação dos espaços de vida. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 42, n. 3, p. 52-69, 2002.

⁷⁹¹ ALLMEN, Jean-Jacques von. **O culto cristão: teologia e prática**. São Paulo, SP: ASTE, 2006. p. 53.

⁷⁹² SCHUBERT, Waldir Humberto. A intervenção pastoral em casos depressivos. In.: HOCH, Lothar Carlos; NOÉ, Sidnei Vilmar (Orgs.). **Comunidade terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda**. São Leopoldo, RS: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2003. p. 91.

⁷⁹³ ADAM, 2002, p. 52-69.

Von Allmen diz, ainda, que o culto é: a) uma ameaça para mundo, pois questiona a compreensão de justiça do ser humano. A cruz de Cristo, com seu poder inaudito, abala a estrutura dos tronos e domínios supraterrâneos. A Igreja reunida em culto proclama, ao mesmo tempo, o fim e o fracasso de um mundo cruel;⁷⁹⁴ b) o culto é uma promessa para o mundo, pois Cristo ao renunciar a si mesmo em favor de muitos, tornou-se a nossa esperança. “Não é somente aquele que condena e destrói, senão também o que perdoa e faz reviver.”⁷⁹⁵ Assim, o culto, a partir da fé que inspira nas pessoas ação, pode transformar o mundo num lugar diferente. Nessa perspectiva os grupos comunitários podem se tornar mediadores e proclamadores encarnados da Boa-Nova da paz e da justiça que Deus quer estender a todos os seus filhos e filhas.

Entretanto, o teólogo luterano Hoch alerta que, em grande parte, o culto perdeu a dimensão terapêutica de estar ligada a realidade do seu povo, algo muito destacado no ministério de Jesus. Segundo o referido autor, os tempos mudaram e, a partir do iluminismo e da razão fria e científica, o ser humano mudou a sua percepção do mundo e isso acarretou graves prejuízos e abusos ao que diz respeito à vida psíquica, emocional e espiritual. O referido autor relata o seguinte,

Estou plenamente convencido de que pelo menos em termos de América Latina esse estado de espírito tem a ver com o fato de as igrejas históricas tradicionais terem negligenciado aspectos essenciais no ministério terapêutico com o qual o próprio Senhor da Igreja as havia incumbido. Se hoje as igrejas históricas estão estagnadas em termos de crescimento ou mesmo perdendo membros para outros movimentos religiosos é porque elas não encontraram formas eficazes de se fazerem presente na vida de seus fiéis em momentos cruciais de suas vidas. Temos perdido membros por falta de assistência na hora da dor, porque não conseguimos ser comunidade terapêutica.⁷⁹⁶

As igrejas históricas estão, aos poucos, dando-se conta desse seu papel central. Uma Igreja do cuidado e terapêutica, mesmo sendo Igreja da Palavra, não pode se limitar a pregação do púlpito em meio a uma realidade de tanta dor e sofrimento. Se as pessoas não puderem experimentar a solidariedade da Igreja em momentos de dor e sofrimento pessoal como doença, morte, luto e outras formas de quebrantamento, acabarão duvidando da capacidade desta mesma Igreja em solidarizar-se com elas em questões globais, sociais, culturais. “Estou convencido de que o fato de os pobres, e não só eles, estarem buscando apoio e cura junto ao pentecostalismo e às manifestações de religiosidade afro e espíritas tem a ver com a negligência que as igrejas históricas, católicas e protestantes e a própria Teologia da Libertação demonstram em relação à dimensão terapêutica de sua atuação,”⁷⁹⁷ diz Hoch.

⁷⁹⁴ ALLMEN, 2006, p. 60.

⁷⁹⁵ ALLMEN, 2006, p. 65.

⁷⁹⁶ HOCH, 1998b, p. 22.

⁷⁹⁷ HOCH, 1998b, p. 24.

Nesta mesma direção, para Schneider-Harpprecht a Igreja e seus ministros e ministras precisam saber reinterpretar e resimbolizar as formas populares de poimênica a partir da fé cristã. “É necessário que os/as aconselhadores/as falem a linguagem do povo e partam do seu imaginário. Uma vasta tradição de crenças populares exige, no aconselhamento pastoral, um trabalho específico de compreensão e transformação simbólica das interpretações de uma situação por crenças mágicas.”⁷⁹⁸ Se ministros e ministras ordenados não assumirem esse papel de reinterpretação simbólica, alguém o fará e as pessoas, inocente e desesperadamente, se agarrarão a eles como o recurso disponível em seus momentos de dor.

Assim, surgem alguns desafios para o aconselhamento pastoral e para a práxis da comunidade cristã. É necessário ser Igreja encarnada na realidade do povo e oferecer ajuda através de relações verdadeiras, pois em um mundo tão individualista não há nada mais terapêutico que relações humanas sadias. Na vida celebrativa e cúltica, a Palavra não pode se limitar ao âmbito da razão e do intelecto, ela precisa ser Palavra encarnada, sentida, palpável também no campo da afetividade e das emoções. Gaede Neto alerta, “as pessoas vão à igreja não mais tanto para ouvir sermões abstratos e acompanhar liturgias desconectadas da realidade, mas para buscar paz, alívio das tensões, segurança, benção e cura.”⁷⁹⁹ Kepler diz que algumas formas de pregações causam neuroses e medos nas pessoas que as ouvem, pois tudo se baseia na lógica do dever e do ter que fazer para não despertar a fúria de um deus castigador que não hesita em nos castigar.⁸⁰⁰ Clinebell diz que “para muitas pessoas hoje em dia, a oração e o culto são pálidos e anêmicos, não possuindo o que Tillich chamou de ‘momento estático’. Quando a religião perde seu senso do numinoso, muitas pessoas buscam a transcendência em pseudo-religiões.”⁸⁰¹

Entretanto, na Igreja cristã há uma riqueza de elementos simbólicos, ritos e gestos capazes de expressar, através do contato, do toque e das relações, os conteúdos terapêuticos da fé cristã, de modo que alcancem e perpassem a pessoa de forma integral, integrando os níveis cognitivo, emocional e corporal.⁸⁰² Nesse sentido, Adam traz contribuições ao afirmar que o aconselhamento e cuidado pastoral estão presentes no culto de forma simbólico-representativa. “Na verdade, quanto mais celebrativo e representativo for o culto, mais ele estará ajudando e cuidando das pessoas.”⁸⁰³

⁷⁹⁸ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 311.

⁷⁹⁹ GAEDE NETO, 2007, p. 69.

⁸⁰⁰ KEPLER, Karl Heinz. **Neuroses eclesíásticas e o evangelho para crentes**: uma análise preliminar. São Paulo, SP: Arte Editorial, 2009.

⁸⁰¹ CLINEBELL, 2007, p. 108.

⁸⁰² HOCH, 1998b, p. 26, 27; GAEDE NETO, 2007, p. 69.

⁸⁰³ ADAM, Júlio César. Culto e Aconselhamento Pastoral. **Tear**: liturgia em revista, São Leopoldo, n.23, p. 3-14, ago. 2007.

O fato de poder ir ao culto, por si só, é terapêutico por ser uma atitude de romper com a lógica da rotina semanal estabelecida. É se dispor a receber algo de diferente do que aquilo que se tem que encarar e enfrentar durante a semana. No culto se experimenta a quietude e o silêncio; se pode falar e ouvir sobre coisas que não são comuns ao longo dos dias; é possível ouvir e cantar músicas. É possível estar com pessoas diferentes. É possível parar, parar a correria e viver uma temporalidade e um ritmo diferente daquele vivido no cotidiano e esse ritmo e temporalidade diferente nos permite refletir sobre questões existenciais e olhar para a gente mesmo. O culto possibilita perdoar e receber o perdão e a absolvição. O culto é uma oportunidade para se reabastecer na fé e na esperança; para receber a benção, sonhar e muito mais. Se olharmos apenas para o que foi citado aqui, em contraponto à realidade em que estamos inseridos, perceberemos que esses elementos tornam o culto é um espaço privilegiado de cura e cuidado.⁸⁰⁴

Os medicamentos usados nessa terapia são: “água, vinho, óleo, pão (alimento), luz, tom e música, cores, palavras, diálogo, respiração.”⁸⁰⁵ Além dessa terapia relacional – consigo mesmo, com Deus e com o próximo – o culto e o uso de recursos litúrgicos e de subsídios religiosos colocam o processo de cuidado também numa dimensão vertical. A pessoa fragilizada compreende e sente que Deus está com ela, está conosco, pois é Emanuel. O impacto dessa experiência na vida de uma pessoa fragilizada é imensurável.⁸⁰⁶ Sathler-Rosa afirma que numa realidade em que as pessoas vivem isoladas e solitárias, há casos em que único aperto de mão ou abraço que recebem acontece no domingo na igreja, e isso é um elemento terapêutico e de cuidado comunitário.⁸⁰⁷

Entretanto, é possível ainda fazer mais, pois além dos elementos comuns às liturgias atuais é possível ensaiar elementos simbólicos, ritos e gestos terapêuticos ligados à tradição da fé cristã. Ritos e gestos que alcancem e envolvam de forma mais palpável não apenas a razão e o intelecto, mas também a afetividade, as emoções e a corporeidade, que são dimensões humanas que temos negligenciado, quando não sufocado.⁸⁰⁸

Como as depressões atingem especialmente os afetos, os humores e as emoções de pessoas por ela acometidas, cabe à comunidade incluir momentos litúrgicos ou então liturgias especiais que saibam lidar e que contemplem também essas dimensões do ser humano. A

⁸⁰⁴ ADAM, 2007, p. 3-14.

⁸⁰⁵ ADAM, 2007, p. 3-14.

⁸⁰⁶ CLINEBELL, 2007, p. 196.

⁸⁰⁷ SATHLER-ROSA, 2004, p. 127.

⁸⁰⁸ HOCH, 1998b, p. 27; 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, RS: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2003. p. 10, 11.

igreja possui um tesouro riquíssimo de linguagem simbólica capaz de aproximar e ajudar as pessoas a sentirem o cuidado de Deus em sua direção, através do toque, do contato e da ritualização. Sem espaço para descrever os passos de todas elas, apenas citaremos algumas que podem ser aprofundadas e desenvolvidas em âmbito celebrativo-eclesial.

Confissão⁸⁰⁹, absolvição⁸¹⁰, lembrança do batismo⁸¹¹, a eucaristia⁸¹², unção⁸¹³, mementos⁸¹⁴, imposição de mãos, bênção⁸¹⁵ e demais ritos de passagens.⁸¹⁶ Estas são algumas propostas práticas e simbólicas para trabalhar a dor e o sofrimento não apenas a partir do discurso verbal, do intelecto e da razão, ou da intervenção social, mas também a partir dos afetos e das emoções. Entretanto tudo isso deve ser pensado e avaliado sem exageros, sempre com base na tradição da fé cristã.

Ainda assim, diante das diversas situações de quebrantamento humano e dos seus estados de depressividade, a prática poimênica do aconselhamento pastoral pode ousar e propor iniciativas que funcionem como contraponto à falta de sentido, às exigências e pressões da vida contemporânea, às injustiças e desigualdades reinantes em nossa sociedade. É necessário que o

⁸⁰⁹ Confissão como catarse e possibilidade de purgação e purificação daquilo que há dentro da pessoa. Terapeuticamente falando, “a confissão serve para aliviar as tensões do sistema nervoso central, colocando o sujeito que confessa de volta à comunidade.” GOMES, 2010, p. 200.

⁸¹⁰ As pessoas depressivas carregam consigo sentimentos de culpa e pesar. A Igreja é a instituição autorizada a oferecer o perdão e a absolvição em nome de Deus. Por outro lado, em muitos casos as pessoas precisam de tempo para aceitarem e admitir a sua culpa e, só após isso, podem se reconciliar consigo mesmo, com o próximo e com Deus. GRÜN, 2011, p. 118.

⁸¹¹ Numa realidade de desraizamento e fluidez, as pessoas precisam se sentir parte de um corpo, precisam se sentir pertencentes e aceitas em um grupo. A comunidade é um lugar de pertença e de reenraizamento, capaz de fazer frente à massificação e também ao individualismo, pois se torna ponto de convergência e de encontro entre o singular, o universal e o Eterno. HOCH, 1998b, p. 28.

⁸¹² Participar da mesa do Senhor implica partilhar também sofrimento e pesar uns dos outros, pois todo o corpo se inclina e se volta em direção ao membro que sofre, pelo bem dele e pelo bem de toda a comunidade. Lutero diz que “essa comunhão consiste em que todos os bens espirituais de Cristo e de seus santos são compartilhados e comunicados a quem recebe esse sacramento; por outro lado, todos os sofrimentos e pecados também passam a ser comuns, de modo que amor é aceso por amor, levando à união. [...] Cuidem os membros uns dos outros. ‘Se um membro sofre, todos sofrem com ele; se um deles passa bem, os outros se regozijam com ele.’ Vemos, portanto: se dói o pé de alguém, mesmo que seja só o dedinho, o olho se volta para ele, os dedos o tocam, o rosto se franze e todo o corpo se inclina em sua direção; todos se ocupam com o minúsculo membro. Em contrapartida, cuidar bem dele faz bem a todos os membros. Para entender este sacramento, é preciso guardar bem essa comparação, pois a Escritura a utiliza por causa das pessoas simples.” LUTERO, Martim. Um Sermão sobre o Venerabilíssimo Sacramento do Santo e Verdadeiro Corpo de Cristo e sobre as Irmandades. In.: Obras selecionadas. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 1987, v. 1, p. 429.

⁸¹³ Possui elementos terapêuticos de cura, perdão dos pecados e fortalecimento que são bíblicamente fundamentados (Tg 5. 14-16). HOCH, 1998a, p. 63-73.

⁸¹⁴ Para aqueles e aquelas que sofrem amargamente a dor do luto, os dísticos ou mementos lembram que todos aqueles que já partiram desta vida permanecem na comunhão e sob o amor de Deus “Para pessoas enlutadas esse é, sem dúvida, o elemento de maior valor.” ADAM, 2007, p. 3-14.

⁸¹⁵ As pessoas precisam do toque pastoral que as remeta ao toque do cuidado pastoral de Deus. Assim, a bênção “é um rito de palavras e gestos que coloca em relação o que abençoa, o abençoado e Deus. Paz, força, graça, perdão, consolo, luz estão concentrados na bênção.” ADAM, 2007, p. 3-14.

⁸¹⁶ Por exemplo, “estados de saúde para uma internação hospitalar ou vice-versa; da vida profissionalmente ativa para o período de aposentadoria; da vida conjugal para a viuvez; do casamento para a separação conjugal; ou vice-versa. [...] nascimento de uma criança; nascimento de uma criança com deficiência; adoção de uma criança; luto; acolhimento da vovó, que ficou viúva e veio morar com a filha; o filho que vai sair de casa para estudar ou trabalhar; transferência de residência; falência da empresa, a conquista de um novo emprego,” etc. GAEDE NETO, 2007, p. 69.

ser humano possa se reaproximar de sua humanidade e temporalidade. Assim, outras iniciativas poderiam, ainda, ser ensaiadas no âmbito eclesial, como: Encontros de contemplatividade no alvorecer (começar um dos dias do meio da semana com um encontro baseado em canto, leitura bíblica, silêncio e contemplação, bênção e envio); celebrar cultos simbólicos e meditativos como, por exemplo, o Culto de Tomé; elaborar cadernos de orações que circulem nos bairros e setores, mas que voltem ao culto comunitário para que as orações do povo sejam incluídas na Oração Geral da Igreja; organizar grupos de estudos temáticos sobre o cuidado; promover encontros e palestras com profissionais da área da saúde que compreendem o ser humano em sua integralidade; promover encontros e cursos ligados à arte (música, dança, teatro, poesia, etc.); organizar dias de convívio comunitário e familiar; etc.

4.5 Considerações finais

Tudo o que foi dito até aqui são desafios para que a comunidade cristã sinta-se legitimamente provocada a se reinventar constantemente e a se edificar como espaço de cuidado, de pertença e de reenraizamento e não como espaço do espetáculo mercadológico, pois a Igreja é, nas suas origens, lugar da prática pastoral poimênica e “a comunidade cristã é hoje desafiada a criar uma espiritualidade na qual nossas emoções sejam reconhecidas como mais do que paixões privadas que devem ser silenciadas por remédios particulares.”⁸¹⁷

Diante do desespero, do vazio e da angústia impostos pelos modelos da vida contemporâneos, a principal tarefa dos agentes pastorais é ajudar as pessoas a redescobrirem a força da fé e da esperança, e a encontrarem um sentido profundo para suas vidas. Como bem disse Hoch, “o papel do conselheiro consiste em ajudar a pessoa a recuperar os fragmentos de esperança que ainda existem no recôndito de sua alma e dos quais ela talvez não tenha consciência, visando juntá-los como brasas dispersas em meio às cinzas e, assim, reacender a chama da vida.”⁸¹⁸

Afinal, a cura verdadeira de nossas dores não se limita a eliminação de sintomas e à cura física, mas a deixar-se transformar por elas para ressurgir para uma nova vida, com novas direções, compreensões e posturas. Sem sucumbir, mas encontrando na fé, na esperança resiliente e na relação com o próximo, a força, a graça e o amor de Deus, que nos capacita a transpor barreiras antes vistas como intransponíveis.⁸¹⁹ Eis grandes desafios à práxis do aconselhamento pastoral junto às pessoas sofridas de nossos tempos.

⁸¹⁷ WHITEHEAD, James D.; WHITEHEAD, Evelyn Eaton. **Sombras do coração**: espiritualidade das emoções negativas. São Paulo: Paulus, 1997. p. 58.

⁸¹⁸ HOCH, 2003b, p. 40.

⁸¹⁹ HOCH, 2007, p. 79.

CONCLUSÃO

Chegamos neste ponto da pesquisa conscientes de que o assunto está longe de ser esgotado ou concluído. Há muito ainda a ser estudado e aprofundado. Admitir que o assunto está inacabado é algo prudente e, ao mesmo tempo, inquietante e instigante, pois motiva para que a pesquisa continue a fluir e a se desenvolver nessa área específica.

A prevalência das depressões impõem desafios às mais diversas áreas das ciências humanas e também às relações humanas. Entretanto, depressões não são assuntos meramente atuais. Desde a antiguidade muitas pessoas sofreram e muitas outras ainda hoje sofrem por depressões. No transcorrer da história, estudos avançaram trazendo contribuições em torno de sua compreensão e de formas de tratamentos, terapias e cuidados especiais com pessoas deprimidas.

Os avanços também fizeram com que houvesse diferenças de compreensão e divisões entre as principais áreas que se ocupam com a saúde mental, a Psiquiatria e a Psicologia. De tal modo que, em muitos momentos e situações, caminhos diferentes em relação a cuidados, tratamentos e terapias fossem seguidos por cada uma delas.

A primeira delas, a Psiquiatria, em síntese, compreende a depressão como resultado de um “cérebro desregulado”. Ocorre, por exemplo, um descompasso no encontro sináptico entre os neurotransmissores e os neurorreceptores. Esse descompasso indica que um órgão do corpo humano, o cérebro, está desregulado. Conseqüentemente, este precisará ser corrigido, o que normalmente ocorre através de tratamentos medicamentosos. Ou seja, as depressões são resultados e respostas a um mau funcionamento orgânico que deve ser corrigido como tal.

Já a segunda delas, a Psicologia, partirá da ideia de que depressão, os estados de depressividade estão ligados à psique. Como se “abaixo” do cérebro – num lugar mais profundo do ser e que dificilmente pode ser acessado pela razão, pelo intelecto e por medicamentos – residissem as causas das depressões que, na maioria das vezes, estão ligadas a lutos, desamparos e traumas que podem ser conscientes ou inconscientes. Neste caso, atacar apenas o órgão adoecido, o cérebro, não seria suficiente, pois não se alcançaria a real causa das depressões. Assim, a Psicologia busca, junto à pessoa depressiva, escavar as profundezas da alma humana à procura das causas psíquicas de seu estado ou condição depressiva, o que se constitui como um grande desafio.

Partindo destas duas compreensões, podemos dizer que as depressões podem ser tratadas através de medicamentos e também de psicoterapias. Não há porque insistir numa ruptura radical entre ambas, isso seria se colocar em estado de estultícia, pois em muitos casos a pessoa

dependerá seriamente de tratamento medicamentoso; já em outros casos não dependerá deles e, ainda, em algumas situações pode ser que dependa dos dois, de terapias que sejam conjugadas e que diferentes profissionais saibam dialogar e construir junto à pessoa caminhos de superação, percebendo a pessoa em sua integralidade relacional. Isso deve ser assim porque cada caso depressivo se apresenta como caso único, afinal é sempre um caso encarnado em alguém com experiências, condições e situações diferentes de qualquer outra pessoa. Sendo assim, aquilo que funciona para uma pessoa pode não funcionar da mesma forma quando aplicado a outra.

Atualmente existem ainda muitos preconceitos em relação à depressão, pois muitas pessoas não sabem bem o que ela é e o que ela representa para cada pessoa. Depressões não são momentos específicos e passageiros de tristeza, não tem a ver com falta de força, falta de vontade. Não tem a ver também com fraqueza de personalidade. São psicopatologias, estados e condições como outras das quais a humanidade está exposta. As pessoas adoecem, se tornam frágeis e vulneráveis, sofrem, justamente por serem humanas.⁸²⁰

A pesquisa mostrou também que as depressões se manifestam como resposta, como denúncia e até mesmo como proteção do “eu originário”, ante um estilo de vida adoecido. As pessoas vivem sobre fortes tensões, são exigidas ou exigem muito de si próprias. Em meio à correria cotidiana, não há tempo de parar e olhar para si mesmas e para as pessoas que estão à sua volta. Tempo se tornou dinheiro; e dinheiro e bens de consumo, se tornaram as prioridades. Com isso, a estrutura social tem criado pessoas sobrando que são usadas, exploradas, violentadas e depois jogadas e abandonadas à margem. Essas pessoas, frente a essa realidade cruel, tornam-se vulneráveis às mais diversas enfermidades físicas e psíquicas, às mais diversas condições e estados de dor e sofrimento humano.

Também o sofrimento natural humano passou a ser compreendido como defeito, como fraqueza, como algo inumano e, por isso, passou a ser combatido indiscriminadamente. O ser humano precisa ser estável como uma máquina, embora elas também não sejam estáveis. As pessoas são obrigadas a se apresentarem como eternamente felizes, mas nem sempre são ou estão felizes. Os infelizes são considerados pessoas fracas e devem se envergonhar disso. Não podem mais falar sobre as suas dores e angústias, sobre seus traumas, desamparos e dilemas, pois vivem sob o imperativo da patológica felicidade que lhes foi imposta. Precisam se mostrar fortes para serem aceitos e acolhidos entre iguais, que embora não percebam e não admitam são todos, de igual maneira, frágeis e vulneráveis. Como consequência dessas super-exigências irreais e desumanas, muitas pessoas sentem-se culpadas pelo seu “insucesso” e “fracasso”.

⁸²⁰ GOMES, 2010, p. 214.

Sentem-se indignas, desorientadas e incapazes de reagir, e, com isso, adoecem. É assim que também as depressões se manifestam como denúncia a um estilo de vida extremamente adoecido.

Como a Igreja pode dar a sua contribuição na lida com pessoas com depressão? Primeiramente deve contemplar e estar atenta à integralidade e à inteireza humana, abrindo-se ao diálogo com outras ciências e outros saberes. Deve atentar às diversas formas de relação e inter-relação que perpassam a existencialidade humana e àquilo que o constitui como tal.

Necessita ver, ouvir e atender o clamor e as dores do seu povo. Acompanhá-lo e ajudá-lo nas travessias de desertos da vida com os olhos fixados, não no deserto, mas na esperançosa promessa de libertação e de vida digna e justa.

Assim, uma das principais tarefas de agentes pastorais, deve ser o de se dispor a estar ao lado para ouvir os clamores, as dores e angústias daqueles e daquelas que sofrem com depressão, sem apelar para soluções rápidas e “mágicas, na lembrança de que ele é um simples e limitado servo de Deus, que deve sempre apontar para aquele que é a fonte de todo o cuidado e, assim, trazer perante “Deus tanto a dor e a fraqueza do outro quanto a minha própria impotência.”⁸²¹

Além disso, a prática ministerial, a poimênica e o aconselhamento pastoral devem assumir uma postura profética frente às injustiças estruturais. Uma postura de denúncia contra aquilo que oprime e fere o povo e que deve ser mudado na realidade presente; e, ao mesmo tempo, anunciar aquilo que é a vontade de Deus para seus filhos e filhas. Anunciar o perdão (muitas pessoas carregam muitas culpas consigo); a aceitação (muitas pessoas se sentem excluídas e desraigadas); o amparo (muitas pessoas se sentem desamparadas) a graça e o amor incondicional de Deus (pessoas se sentem indignas, abandonadas e sem valor). Paradoxalmente e ao mesmo tempo em que se denuncia o mal-estar estrutural instaurado entre as pessoas, anuncia o fracasso de um mundo edificado sobre bases cruéis, injustas e desumanas.

Assim, mesmo diante do desespero, do vazio e da angústia impostos pelos modelos da vida contemporâneos, agentes pastorais do cuidado podem ajudar as pessoas a redescobrirem a força da fé e da esperança, e um sentido profundo para suas vidas como meios de enfrentamento. A fé e a esperança são capazes de encontrar um sentido profundo para ancorar a vida. Um sentido profundo é fundamental para sustentar e dar sentido aos sentidos passageiros. Um sentido é uma razão para viver. Uma razão para viver é essencial para lidar com situações de crise. Frankl descobriu que o ser humano é capaz de suportar os mais intensos sofrimentos, quando tem um sentido para sua vida e que o desespero é sinônimo de sofrimento sem o

⁸²¹ **Aconselhamento Pastoral, Psicologia e Espiritualidade.** Disponível em: <<http://www.luteranos.com.br/conteudo/acoeselhamento-pastoral-psicologia-e-espiritualidade-i>>. Acesso em 02 de Dez. 2013.

sentido, pois enquanto o indivíduo não for capaz de descobrir nenhum sentido em seu sofrimento, ele estará propenso ao desespero, que é justamente o oposto da esperança.⁸²²

Com a fé e a esperança redescoberta e reforçada é possível encarar com mais vigor as lidas diárias da vida. Ao ajudar a outra pessoa no caminho da fé e da esperança, agentes pastorais o ajudam a reconstruir paulatinamente a sua vida a partir de uma nova compreensão da realidade, pois é possível olhar para uma mesma realidade com os olhos diferentes. A pessoa, a exemplo dos discípulos de Emaús, pode aprender a encarar as suas dores, as suas crises, as suas cruces de frente. Fugir delas não irá resolver. “Do ponto de vista psicoterápico, não há possibilidade de se ajudar uma pessoa se ela não estabelecer um ‘autocontato’, uma ‘relação física e psíquica com o que dói e perturba.’ Em outras palavras, por maior que seja a crise que uma pessoa esteja enfrentando, é necessário que ela assuma a sua parcela de responsabilidade na solução do problema.”⁸²³ Mas alguém precisa ajudá-la a fazer isso, a compreender as crises não apenas como crises acidentais, mas também como crises desenvolvimentais, que fazem parte dos processos de amadurecimento da vida humana.⁸²⁴

Um dos objetivos do aconselhamento pastoral é justamente capacitar e ajudar as pessoas, a partir da fé, a desenvolver aptidões para encarar enfrentar os momentos de crise também como oportunidade de crescimento e de autoconhecimento, pois as pessoas possuem forças encobertas e recursos potenciais que podem desconhecer e que precisam ser trabalhados. É como se pudéssemos ajudar a atizar a faísca da esperança realista na outra pessoa.⁸²⁵

É possível que na busca de sentido para crises e sofrimentos as pessoas façam a conexão entre seus sofrimentos e o sofrimento do próprio Cristo a caminho da cruz, mas também a caminho da ressurreição.⁸²⁶ Entretanto, “gostamos [...] de vitórias sem esforços: crescimento sem crise, cura sem dores e ressurreição sem cruz.”⁸²⁷ A grande questão gira, então, em torno de como percebemos e reagimos às coisas que nos acontecem, pois podemos vivenciar um mesmo acontecimento como algo desesperador ou como algo passageiro que tem algo a nos dizer e a nos ensinar, pois até mesmo uma enfermidade, uma condição e um estado de fragilidade pode ter algo a nos ensinar.⁸²⁸

⁸²² FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido**. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2008; **Entrevista com Viktor Frankl: a descoberta de um sentido no sofrimento**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=iIRNmWvWk>>. Acesso em 13 de Nov. 2014.

⁸²³ HOCH, 2003b, p. 43.

⁸²⁴ CLINEBELL, 2007, p. 33, 181, 182.

⁸²⁵ CLINEBELL, 2007, p. 33, 86, 87, 179

⁸²⁶ NOUWEN, Henri J. M. **Transforma meu pranto em dança**. Rio de Janeiro: Textus, 2003. p. 19, 20.

⁸²⁷ NOUWEN, 2003, p. 23.

⁸²⁸ Esse tema é trabalhado no livro referido. GRÜN, Anselm; DUFNER, Meinrad. **A saúde como tarefa espiritual**. Petrópolis: Vozes, 2008.

Nesse sentido a fé se apresenta não apenas como caminho de resolução, mas como caminho de ressignificação e de enfrentamento da angústia e do sofrimento humano⁸²⁹, de perceber os desertos da vida também como um lugar de esperança, pois a sua travessia traz transformação e libertação, assim como aconteceu com o povo de Israel, assim como aconteceu com os discípulos de Emaús e com tantas outras pessoas. Os olhos da fé e da esperança nos ajudam a ver para além do aparente fracasso e insucesso, para além da cruz. De tal modo que seja possível dizer que uma crise possa ser também uma oportunidade para que a pessoa conheça camadas mais profundas de sua própria existência, e conhecendo melhor a si mesma e o sofrimento, é capaz de solidarizar-se com a crise e o sofrimento da outra pessoa.⁸³⁰

Cabe ainda perguntar como a Igreja faz uso de seus recursos litúrgicos, dos seus ritos, da meditação, dos cultos, da oração, da bênção e imposição de mãos, da unção, dos Sacramentos, da Palavra, da absolvição, etc. como espaços terapêuticos de cuidado junto ao ser humano fragilizado. Como a igreja tem trabalhado e conjugado as dimensões da razão e do intelecto com a dos sentidos, das emoções, do toque e dos afetos em âmbito eclesial? A pergunta é válida, pois momentos assim ajudam o ser humano a se reaproximar e a sentir a sua humanidade, a sua temporalidade natural, a sua corporeidade através do afeto, da razão, do toque e do cuidado de Deus que insiste em fluir terapêuticamente em sua direção, ajudando-o a organizar o caos de uma vida sem forma e vazia.

Concluimos, assim, que o cuidado integral do ser humano fragilizado não pode seguir por via unilateral. Precisa estar atento a questões sociais, estruturais, existenciais, psíquicas, físicas, políticas, ecológicas, espirituais que afetam o ser humano. Para desenvolver tamanha tarefa, a Teologia não pode se isolar como um saber e uma ciência a parte do mundo. Precisa dialogar e interagir com outros saberes e dar a sua contribuição no processo de enfrentamento, prevenção e recomposição do ser humano em estado de profundo sofrimento e angústias, como ocorre em casos de depressão.

A comunidade cristã, local genuíno onde se desenvolve a práxis poimênica do aconselhamento pastoral, é um corpo que funciona integrando a dimensão horizontal (das relações interpessoais) à dimensão vertical (da relação com Deus). O cruzamento dessas duas linhas, a horizontal com a vertical, forma o símbolo da cruz, a marca do crucificado e ressurreto, Senhor da Igreja, Aquele que, em última análise, ilumina os nossos gestos e atitudes de cuidado pastoral com pessoas que sofrem.

⁸²⁹ GOMES, 2010, p. 16.

⁸³⁰ HOCH, 2003b, p. 38, 42-44.

REFERÊNCIAS

- Aconselhamento Pastoral, Psicologia e Espiritualidade.** Disponível em: <<http://www.luteranos.com.br/conteudo/aconselhamento-pastoral-psicologia-e-espiritualidade-i>>. Acesso em 02 de Dez. 2013.
- ADAM, Júlio César. Liturgia como prática dos pés: a Romaria da Terra do Paraná: reapropriação de ritos litúrgicos na busca e libertação dos espaços de vida. **Estudos Teológicos.** São Leopoldo, v. 42, n. 3, p. 52-69, 2002.
- ADAM, Júlio César. Culto e Aconselhamento Pastoral. **Tear: liturgia em revista,** São Leopoldo, n.23, p. 3-14, ago. 2007.
- ALLMEN, Jean-Jacques von. **O culto cristão: teologia e prática.** São Paulo, SP: ASTE, 2006.
- ALVES, Rubem. **O amor que acende a lua.** Campinas, SP: Papirus, 1999.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Guia essencial de depressão.** São Paulo: Aquariana, 2002.
- BELLO, Angela Ales. **A pessoa humana entre fenomenologia e psicopatologia.** São Paulo, UNIFESP, 22 set. 2014. Palestra ministrada no I Congresso Internacional "Pessoa e Comunidade: fenomenologia, psicologia e teologia".
- ASSMANN, Hugo; SUNG, Jung Mo. **Competência e sensibilidade solidária: educar para a esperança.** Petrópolis: Vozes, 2000.
- BALDESSIN, Anísio. **Como visitar um doente: orientações práticas para padres, pastores e agentes de pastoral da saúde.** São Paulo: Loyola, 2002.
- BALTODANO ARRÓLIGA, Sara Elisabet. **Psicología, pastoral y pobreza.** San José: Universidad Bíblica Latinoamericana, 2003.
- BAUMAN, Zigmunt. **Modernidade Líquida.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001
- BELLO, Angela Ales. **A questão do sujeito humano.** Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IVsipeq/anais/artigos/119.pdf>>. Acesso em 26 de Set. de 2014.
- BRAATEN, Carl E.; JENSON, Robert W. **Dogmática cristã.** v.1. São Leopoldo: IEPG/Sinodal, 2002.
- BRAKEMEIER, Gottfried. **O ser humano em busca de identidade: contribuições para uma antropologia teológica.** São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Paulus, 2002.
- BRAKEMEIER, Gottfried. **O segredo do milagre: uma perspectiva bíblico-teológica.** São Leopoldo, RS: Sinodal, 2012.

- BRAKEMEIER, Gottfried. **Sabedorias da fé**: num mundo confuso. São Leopoldo: Sinodal, 2014.
- BRANCO, Bianca de Moraes et al. Depressão: considerações diagnósticas e epidemiológicas. In.: LACERDA, Acioly Luiz Tavares de (Org.). **Depressão**: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- BOGOCHVOL, Ariel. Sobre a psicofarmacologia. In.: MAGALHÃES, Maria Cristina Rios (Org.). **Psicofarmacologia e Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2001.
- BOTTINO, Cassio M. C.; FERREIRA, Ricardo Barcelos-; RIBEIZ, Salma Rose. Tratamento da depressão em idosos. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- BUBER, Martin. **Eu e tu**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.
- BUTZKE, Paulo Afonso. A jornada da alma pelo deserto: depressão no monarquismo primitivo. In.: WONDRACEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma**: Tramas e tempos da depressão. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012.
- BUTZKE, Paulo Afonso. Crise e depressão – exercício meditativo de 1 Reis 19. In.: WONDRACEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma**: Tramas e tempos da depressão. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012.
- CASTANHO, Sérgio; CASTANHO, Maria Eugênia L.M. (orgs.). **O que há de novo na educação superior**: o projeto pedagógico à prática transformadora. Campinas, SP: Papyrus, 2000.
- CHENIAUX, Elie. Psicologia e diagnóstico de depressão. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento Pastoral**: modelo centrado em libertação e crescimento. 4. ed. São Leopoldo: EST/Sinodal, 2007.
- COLLINS, Gary R. **Aconselhamento Cristão**. São Paulo: Vida Nova, 1984.
- CORREIA, Humberto; NEVES, Maila de Castro. Suicídio. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- CORTELLA, Mario Sergio. **Não nascemos prontos!**: provocações filosóficas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- COSTA, Luis Felipe de Oliveira; ROSO, Mireia C. Desfechos físicos, psicológicos e sociais. In.: MORENO, Ricardo Alberto; CORDAS, Táki Athanássios; NARDI, Antonio Egidio (Orgs.). **Distímia**: do mau humor ao mal humor, diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Depressão: fisiopatologia. Disponível em:

<<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=57>>. Acesso em 18 de Nov. 2013.

Depressão: tipos. Disponível em:

<<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=54>>. Acesso em 12 de Nov. 2013.

Depressão: Uma Doença que Pode Matar. Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=HDXXs9Xt0aU>>. Acesso em 14 de jul. 2014.

DEUS, Pécio Gomes Ribeiro de. A depressão no contexto da psiquiatria e da religião. In.: GOMES, Antônio Máspoli de Araújo (Org.). **Eclipse da alma: a depressão e seu tratamento sob o olhar da psiquiatria, da psicologia e do aconselhamento pastoral solidário.** São Paulo: Fonte Editorial, 2010.

Dicionário Brasileiro de Teologia. São Paulo: ASTE, 2008.

Dicionário de psicologia Dorsch. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

Distímia. Disponível em:

<<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=343>>. Acesso em 12 de Nov. 2013.

DOBBERAHN, Friedrich Erich. Estudos bíblicos sobre cura e salvação. **Estudos Teológicos.** São Leopoldo, v. 33, n.3, p. 278-293, 1993.

DUALIBI, Kalil; PEREIRA, Luciana Reis; MUCCI, Ligia. Depressão e comorbidades psiquiátricas. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2013.

DREHER, Carlos A. **A caminho de Emaús: leitura bíblica e educação popular.** Belo Horizonte: CEBI, 1993.

DREHER, Martin N. O Desenvolvimento histórico da confessionalidade na IECLB (2). In: HASENACK, Johannes Friedrich; BOCK, Carlos Gilberto (Orgs.). **Unidade: contexto e identidade da IECLB.** Blumenau: Otto Kuhr, 2006.

DINIZ, Breno Satler de Oliveira; FORLENZA, Orestes Vicente. Depressão geriátrica. In.: LACERDA, Acioly Luiz Tavares de (Org.). **Depressão: do neurônio ao funcionamento social.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

EBELING, Gerhard. **O pensamento de Lutero: uma introdução.** São Leopoldo: Sinodal, 1988.

ENGBRECHT, Simone. **Aprendendo a lidar com a depressão.** São Leopoldo: Sinodal, 2001.

ENGBRECHT, Simone. As sombras na depressão. In.: WONDRACEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma: tramas e tempos da depressão.** São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012.

Entrevista com Viktor Frankl: a descoberta de um sentido no sofrimento. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=iLRNmwnVWk>>. Acesso em 13 de Nov. 2014.

Entrevista exclusiva para Caros Amigos. Disponível em: <[http://academico.uefs.br/NovoPortal/Downloads/Modules/Diario//Aula/1000584919/Depress%C3%A3o%20Na%20Sociedade%20Do%20Vazio%20-%20Entrevista%20com%20Maria%20Rita%20Kehl%20\(Caros%20Amigos%20-%20Maio%20de%202009\).pdf](http://academico.uefs.br/NovoPortal/Downloads/Modules/Diario//Aula/1000584919/Depress%C3%A3o%20Na%20Sociedade%20Do%20Vazio%20-%20Entrevista%20com%20Maria%20Rita%20Kehl%20(Caros%20Amigos%20-%20Maio%20de%202009).pdf)>. Acesso em 08 de Set. 2014.

ERIKSON, Erik H. **Infância e sociedade.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. **Para entender: Pós-modernidade.** São Leopoldo: Sinodal, 2007.

FABER, Heije; SCHOOT, Ebel van der. **A prática da conversação pastoral.** São Leopoldo: Sinodal, 1973.

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

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido.** São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2008.

FREUD, Sigmund. **O Mal-Estar na Civilização.** Rio de Janeiro, RJ: Imago Editora LTDA, 1974.

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia.** São Paulo: Cosacnaify, 2011.

FORELL, George W. **Fé ativa no amor.** São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 1977.

FROMM, Erich. **A arte de amar.** Belo Horizonte: Itatiaia, 1985.

FROMM, Erich. **A crise da psicanálise: ensaios sobre Freud, Marx e psicologia social.** Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

GAEDE NETO, Rodolfo. **A diaconia de Jesus: uma contribuição para a fundamentação teológica da diaconia na América Latina.** São Leopoldo: Sinodal; Centro de Estudos Bíblicos; São Paulo: Paulus, 2001.

GAEDE NETO, Rodolfo. Implicações para as relações de cuidado. In.: HOCH, Lothar Carlos; ROCCA LARROSA, Susana Maria (Orgs.) **Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado.** São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2007.

GAEDE NETO, Rodolfo. Suicídio: reflexões em torno de um caso-limite. In.: WONDRACEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma: tramas e tempos da depressão.** São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012.

GAEDE NETO, Rodolfo; PLETSCHE, Rosane; WEGNER, Uwe (Orgs.). **Práticas diaconais: subsídios bíblicos.** São Leopoldo: Sinodal, CEBI, 2004.

GASS, Ildo Bohn (org.). **Exílio Babilônio e Dominação Persa.** v. 5. São Leopoldo: CEBI; São Paulo: Paulus, 2004.

GERSTENBERGER, Erhard S; SCHRAGE, Wolfgang. **Por que Sofrer?** O sofrimento na perspectiva bíblica. São Leopoldo: Sinodal, 1979.

GLASENAPP, Rosane. Novas cartografias na saúde coletiva: a espiritualidade na atenção primária à saúde (APS). In.: RODRIGUES, Margaret (Org.). **Cuidado integral:** ações contemporâneas em saúde. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2012.

GOMES, Antônio Máspoli de Araújo (Org.). **Eclipse da alma:** a depressão e seu tratamento sob o olhar da psiquiatria, da psicologia e do aconselhamento pastoral solidário. São Paulo: Fonte Editorial, 2010.

GOMES, Antônio Máspoli de Araújo. A depressão no contexto da psicologia analítica de Carl Gustav Jung e do aconselhamento pastoral solidário. In.: GOMES, Antônio Máspoli de Araújo (Org.). **Eclipse da alma:** a depressão e seu tratamento sob o olhar da psiquiatria, da psicologia e do aconselhamento pastoral solidário. São Paulo: Fonte Editorial, 2010.

GOMES, Antonio Máspoli de Araújo. Um olhar sobre a relação entre depressão e religião numa perspectiva pastoral. In.: WONDRAČEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma:** tramas e tempos da depressão. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012.

GRÜN, Anselm; DUFNER, Meinrad. **A saúde como tarefa espiritual.** Petrópolis: Vozes, 2008.

GRÜN, Anselm. **O tratamento espiritual da depressão.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

HASENACK, Johannes Friedrich; BOCK, Carlos Gilberto (Orgs.). **Unidade:** contexto e identidade da IECLB. Blumenau: Otto Kuhr, 2006.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo.** v. 1 e 2. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista, SP: Universidade São Francisco, 2005.

HERNANDÉZ, Carlos José. **Viagem ao coração de si mesmo:** guia de leitura bíblica. Curitiba: Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos, 1999.

HERNANDÉZ, Carlos José. Biología da resurrección. *Psicoteologia*, v. XV, n.31, p. 14-16, 2002.

HOCH, Lothar Carlos. Algumas considerações teológicas e práticas sobre a pastoral de aconselhamento. **Estudos Teológicos.** São Leopoldo, v. 20, n.2, p. 88-99, 1980.

HOCH, Lothar Carlos. Psicologia a serviço da libertação: possibilidades e limites da psicologia na pastoral de aconselhamento. **Estudos Teológicos.** São Leopoldo, v. 25, n.3, p. 249-270, 1985.

HOCH, Lothar Carlos. Aconselhamento pastoral e libertação. **Estudos Teológicos.** São Leopoldo, v. 29, p. 17-40, 1989.

HOCH, Lothar Carlos. A função terapêutica dos ritos crepusculares: aconselhamento pastoral junto aos que andam no vale da sombra da morte. **Estudos Teológicos.** São Leopoldo, v. 38, n. 1, p. 63-73, 1998a.

HOCH, Lothar Carlos. Comunidade terapêutica: em busca duma fundamentação eclesiológica do aconselhamento pastoral. In.: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org.). **Fundamentos teológicos do aconselhamento pastoral**. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: ASTE, 1998b.

HOCH, Lothar Carlos; NOÉ, Sidnei Vilmar (Orgs.). **Comunidade terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda**. São Leopoldo, RS: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2003.

HOCH, Lothar Carlos. A comunicação como chave do Aconselhamento Pastoral. In.: HOCH, Lothar Carlos; NOÉ, Sidnei Vilmar (Orgs.). **Comunidade terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda**. São Leopoldo, RS: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2003a.

HOCH, Lothar Carlos; SCHEUNEMANN, Arno Vorpapel (Orgs.). **Redes de apoio na crise**. São Leopoldo: EST; Associação Brasileira de Aconselhamento - ABAC, 2003.

HOCH, Lothar Carlos. A crise pessoal e sua dinâmica: uma abordagem a partir da psicologia pastoral. In.: HOCH, Lothar Carlos; SCHEUNEMANN, Arno Vorpapel (Orgs.). **Redes de apoio na crise**. São Leopoldo: EST; Associação Brasileira de Aconselhamento - ABAC, 2003b.

HOCH, Lothar Carlos; ROCCA LARROSA, Susana Maria (Orgs.) **Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado**. São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2007.

HOCH, Lothar Carlos. Sofrimento, resiliência e fé na bíblia. In.: HOCH, Lothar Carlos; ROCCA LARROSA, Susana Maria (Orgs.) **Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado**. São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2007.

HOCH, Lothar Carlos; HEIMANN, Thomas (Orgs.). **Aconselhamento Pastoral e espiritualidade**. Anais do VI simpósio de Aconselhamento e Psicologia Pastoral. São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2008. Disponível em: <<http://www.luteranos.com.br/conteudo/aconselhamento-pastoral-psicologia-e-espiritualidade-i>>. Acesso em 02 de Dez. 2013.

HOFF, Fernanda Dornelles; BANGEL, Marina Lucia Tambelli. Depressão na infância: uma escuta psicanalítica. In.: WONDRACEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma: tramas e tempos da depressão**. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012.

HORNSTEIN, Luis. **As depressões: afetos e humores do viver**. São Paulo: Via Lettera; Centro de Estudos Psicanalíticos, 2008.

HULME, William E. **Dinâmica da santificação**. São Leopoldo: Sinodal, 1976.

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

JASPERS, Karl. **Psicopatologia Geral 1: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenológica**. São Paulo: Atheneu, 1913.

JOSUTTIS, Manfred. **Prática do evangelho entre política e religião: problemas básicos da teologia prática**. São Leopoldo: Sinodal, 1982.

JUNG, Carl Gustav. **A Dinâmica do inconsciente**. Petrópolis: Vozes, v. 8, 1984.

JUNG, Carl Gustav. **A natureza da psique**. Petrópolis: Vozes, v. 8/2, 1991.

KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamim J. **Compêndio de psiquiatria**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.

KEPLER, Karl Heinz. **Neuroses eclesíásticas e o evangelho para crentes: uma análise preliminar**. São Paulo, SP: Arte Editorial, 2009.

KIELING, Christian. Depressão na infância e na adolescência. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

KÜHN, Rolf. **Ipseidade e praxis subjectiva: abordagens fenomenológicas e antropológicas segundo o pensamento de Michel Henry**. Lisboa: Edições Colibri, 2010.

KÜHN, Rolf. Das reine Tun. In. Kühn, Rolf. **Leben: eine Besinnung**. München: Alber, 2004.

LACERDA, Acioly Luiz Tavares de (Org.). **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LELOUP, Jean-Yves. **Cuidar do ser: Fílon e os terapeutas de Alexandria**. Petrópolis: Vozes, 1996.

LELOUP, Jean-Yves; BOFF, Leonardo. **Terapeutas do deserto: de Fílon de Alexandria e Francisco de Assis a Graf Duerckheim**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

LIBANIO, João Batista. **O que é pastoral?** São Paulo: Brasiliense, 1982.

LIMA, Bruno; MORENO, Ricardo Alberto. Distímia. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LIVRO DE CONCÓRDIA: as Confissões da Igreja Evangélica Luterana. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 1993.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes et al. Depressão: vulnerabilidade e resiliência. In.: LACERDA, Acioly Luiz Tavares de (Org.). **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LUTERO, Martim. Catecismo maior. In.: **LIVRO DE CONCÓRDIA: as Confissões da Igreja Evangélica Luterana**. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 1993.

LUTERO, Martim. **Consolo no sofrimento: um sermão sobre a preparação para a morte e um sermão sobre a contemplação do santo sofrimento de Cristo**. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre, RS: Concórdia, 2000.

LUTERO, Martim. **Da liberdade cristã**. São Leopoldo: Sinodal, 1979.

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

LUTERO, Martim. Um Sermão sobre o Venerabilíssimo Sacramento do Santo e Verdadeiro Corpo de Cristo e sobre as Irmandades. In.: Obras selecionadas. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 1987, v. 1, p. 429.

MAGALHÃES, Maria Cristina Rios (Org.). **Psicofarmacologia e Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2001.

MALSCHITZKY, Harald; BONHOEFFER, Dietrich. **Dietrich Bonhoeffer**: discípulo, testemunha, mártir : meditações de Harald Malschitzky sobre textos selecionados de Dietrich Bonhoeffer. São Leopoldo: Sinodal, 2005.

MALTA, Dâmaris Cristina de Araújo. Angústia, fé e sentido da vida na pós-modernidade. In.: GOMES, Antônio Máspoli de Araújo (Org.). **Eclipse da alma**: a depressão e seu tratamento sob o olhar da psiquiatria, da psicologia e do aconselhamento pastoral solidário. São Paulo: Fonte Editorial, 2010.

MANSK, Erli. **Culto: o coração da vida na comunidade cristã**. Disponível em: <<http://www.luteranos.com.br/conteudo/lutero-reforma-500-anos-27321>>. Acesso em 12 de Nov. 2014.

MARTINS, Florinda. Abordagem fenomenológica de feição das depressões: do diagnóstico à terapia. In.: WONDRACEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma**: tramas e tempos da depressão. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012.

MARTINS, Florinda. O que pode um corpo em depressão. In.: WONDRACEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma**: tramas e tempos da depressão. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012.

MCGIRR, Alexander; BERLIM, Marcelo Turkienicz; TURECKI, Gustavo. Aspectos genéticos da depressão. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MELLO, Andrea A Feijó et al. As relações entre o estresse e a depressão: explorando um endofenótipo. In.: LACERDA, Acioly Luiz Tavares de (Org.). **Depressão**: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed, 2009.

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.

MOCHCOVITCH, Marina D.; NARDI, Antonio Egidio. Tratamento farmacológico da distímia. In.: MORENO, Ricardo Alberto; CORDAS, Táki Athanássios; NARDI, Antonio Egidio (Orgs.). **Distímia**: do mau humor ao mal humor: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. **A Dimensão Psíquica na Compreensão da Depressão**. Disponível em: <<http://psicolatina.org/11/depressao.html>>. Acesso em 30 de Set. 2014.

MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. **Depressão: uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100009>. Acesso em 29 de Set. 2014.

MORENO, Ricardo Alberto; CORDAS, Táki Athanássios; NARDI, Antonio Egidio (Orgs.). **Distímia: do mau humor ao mal humor: diagnóstico e tratamento.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

MORENO, Doris Hupfeld; MORENO, Ricardo Alberto. Diagnóstico e quadro clínico. In.: MORENO, Ricardo Alberto; CORDAS, Táki Athanássios; NARDI, Antonio Egidio (Orgs.). **Distímia: do mau humor ao mal humor: diagnóstico e tratamento.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

NARDI, Antonio Egidio. **Questões atuais sobre depressão.** São Paulo: Lemos, 2006.

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, RS: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2003.

NOÉ, Sidnei Vilmar (Org.). **Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral.** São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2004.

NORDSTOKKE, Kjell (Org.). **A diaconia em perspectiva bíblica e histórica.** São Leopoldo: Sinodal, 2003.

NOUWEN, Henri J. M. **Transforma meu pranto em dança.** Rio de Janeiro: Textus, 2003.

O que são os transtornos mentais. Disponível em:

<<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=230>>. Acesso em 25 de Nov. 2013.

OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich de; HEIMANN, Thomas. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In.: NOÉ, Sidnei Vilmar (Org.). **Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral.** São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2004.

OLIVEIRA, Renato Daltro de; LIMA, Rafaela Araujo; JESUS, Mychelle Moraes-de-; QUARANTINI, Lucas C. Depressão e condições médicas gerais. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

PAIGE, Andrew. **Saindo da depressão.** Campinas, SP: Versus, 2000.

PAULA, Blanches de. Saúde integral. **Dicionário Brasileiro de Teologia.** São Paulo: ASTE, 2008.

PAULY, Lodi Uptmoor. A fala fragmentada de um corpo em fragmentos: relato e reflexão pedagógico-psicanalítica a partir da experiência na oficina do pão. **Estudos Teológicos.** São Leopoldo, v. 36, n.2, p. 169-184, 1996.

PERES, Urania Tourinho. Uma ferida a sangrar-lhe a alma. In.: FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**. São Paulo: Cosacnaify, 2011.

PLATÃO. **Diálogos**: o Banquete, Fédon, Sofista, Político. São Paulo: Abril Cultural, 1972.

Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. p. 52, 53. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em 01 de Nov. 2014.

QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

RAUCHFLEISCH, Udo. **Quem cuida da alma?**: controle de fronteiras entre psicoterapia e poimênica. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2014.

RAD, Gerhard von. **Teologia do Antigo Testamento**. 2. ed. totalmente revisada. São Paulo, SP: ASTE, Targumim, 2006.

RAZZOUK, Denise; ALVAREZ, Cristiano Estevez; MARI, Jair de Jesus. O impacto econômico e o custo social da depressão. In.: LACERDA, Acioly Luiz Tavares de (Org.). **Depressão**: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed, 2009.

REBLIN, Iuri Andréas; SINNER, Rudolf von (Orgs.). **Religião e Sociedade**: desafios contemporâneos. São Leopoldo: Sinodal-EST, Faculdades EST 2012.

Reportagem sobre depressão. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=-pphgB0CFSg>>. Acesso em 13 de Set. 2014.

RÉUS, Gislaine Z.; ABELAIRA, Helena Mendes; QUEVEDO, João. Modelos animais de depressão. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

RIETH, Ricardo Willy. Cruz e cura na poimênica de Lutero. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 43, n.2, p. 7-20, 2003.

RODRIGUES, Margaret (Org.). **Cuidado integral**: ações contemporâneas em saúde. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2012.

SAFRA, Gilberto. A fragmentação do éthos no mundo contemporâneo. In.: NOÉ, Sidney Vilmar (Org.). **Espiritualidade e saúde**: da cura d'almas ao cuidado integral. São Leopoldo: Sinodal, 2004.

SAFRA, Gilberto. A questão da depressão: horizontes antropológicos. In. REBLIN, Iuri Andréas; SINNER, Rudolf von (Orgs.). **Religião e Sociedade**: desafios contemporâneos. São Leopoldo: Sinodal-EST, Faculdades EST, 2012.

SALOMA, Andiará Calado De et al. Depressão na Infância e na adolescência. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SANTOS, Hugo N.; HOCH, Lothar Carlos. **Dimensiones Del cuidado y asesoramiento pastoral: aportes desde América Latina y el Caribe**. Buenos Aires: Ediciones Kairós, 2006.

SANTOS, Hugo N. La dimension poiménica de Jesus. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 50, n. 2, p. 234-248, jul. 2010.

SATHLER-ROSA, Ronaldo. **Cuidado pastoral em tempos de insegurança: uma hermenêutica contemporânea**. São Paulo: ASTE, 2004.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. Medo e fé: a transformação do medo na poimênica. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 33, n. 3, p. 239-153, 1993.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph; STRECK, Valburga Schmiedt. Aconselhamento pastoral da família: uma proposta sistêmica. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 34, n. 2, p. 184-198, 1994.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. **Como acompanhar doentes**. São Leopoldo: Sinodal, 1994.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. Aconselhamento pastoral e diversidade cultural. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 37, n.1, p. 73-91, 1997.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. (Org.). **Fundamentos teológicos do aconselhamento pastoral**. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: ASTE, 1998.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. A fundação da Associação Brasileira de Aconselhamento: motivos, objetivos e perspectivas. In.: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. (Org.). **Fundamentos teológicos do aconselhamento pastoral**. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: ASTE, 1998.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org.). **Teologia prática no contexto da América Latina**. São Leopoldo: Sinodal, São Paulo, SP: ASTE, 2005.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. Aconselhamento Pastoral. In.: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org.). **Teologia prática no contexto da América Latina**. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: ASTE, 2005.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. Construções da realidade na teologia prática. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 50, n. 2, p. 219-233, jul. 2010.

SCHNELLE, Udo. **Teologia do Novo Testamento**. Santo André, SP: Academia Cristã; São Paulo, SP: Paulus, 2010.

SCHIPANI, Daniel S. **O caminho da sabedoria no aconselhamento pastoral**. São Leopoldo: Sinodal, 2004.

SCHUBERT, Waldir Humberto. A intervenção pastoral em casos depressivos. In.: HOCH, Lothar Carlos; NOÉ, Sidnei Vilmar (Orgs.). **Comunidade terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda**. São Leopoldo, RS: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2003.

SILVA, Antônio Geraldo da; CÂMARA, Fernando Portela. Psicoeducação e tratamento da depressão. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SLAVUTZKY, Abrão. O desamparo dos depressivos. In.: WONDRACEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma: tramas e tempos da depressão**. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012.

SILVA, Marta Nörnberg da. Cuidado(s) em movimento: a ética do cuidado e a escuta sensível como fundamento do cuidado do outro. In.: NOÉ, Sidnei Vilmar (Org.). **Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral**. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2004.

SOLOMON, Adrew. **O demônio do meio dia: uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

SOUZA, Thaís Rabanea de; LACERDA, Acioly Luiz Tavares de. Depressão ao longo da história. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

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.

Subsídios para a campanha: Não à medicalização da vida: medicalização da educação. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf>. Acesso em 08 de Set. 2014.

STALSETT, Sturla. **Não há lugar no globo para o "superman"**. Disponível em: <<http://www.alcnoticias.net/interior.php?lang=689&codigo=3443&PHPSESSID=1c30b50ec124e5a3efc8ec322cacd8c5>>. Acesso em 29 de out. 2014.

STARNITZKE, Dierk. **Diaconia: fundamentação bíblica, concretizações éticas**. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2013.

STONE, Howard W. **Depressão e esperança**. Novas visões para o aconselhamento pastoral. São Paulo: Paulus, 2010.

STRECK, Valburga Schmiedt; ADAM, Júlio César. Ritos e práticas pastorais em tempos de mudança: uma reflexão a partir da liturgia e do aconselhamento pastoral. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 51, n. 2, p. 319-333, dez. 2011.

Suicídio é a segunda maior causa de morte entre jovens no mundo. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1108498-suicidio-e-a-segunda-maior-causa-de-morte-entre-jovens-no-mundo.shtml>>. Acesso em 13 de jul. de 2014.

SULZBACH, Mireia et al. Depressão gestacional e pós-parto. In.: QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da (Orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Tecendo a vida adoidado. Disponível em:

<<http://entrevistasbrasil.blogspot.com.br/2009/10/maria-rita-kehl-tecendo-vida-adoidada.html>>. Acesso em 08 de set. 2014.

THASE, Michael E.; LANG, Susan S. **Sair da depressão:** novos métodos para superar a distímia e a depressão branda crônica. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

TOLMAN, Anton. **Depressão em adultos:** as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2009.

TREIN, Hans. **Terra, a matéria prima dos humanos.** Disponível em:

<<http://www.luteranos.com.br/conteudo/terra-a-materia-prima-dos-humanos>>. Acesso em 30 de Nov.2013.

WACHHOLZ, Wilhelm. Contribuições da hermenêutica filosófica para a poimênica e o aconselhamento pastoral. **Estudos Teológicos.** São Leopoldo, v. 50, n. 2, p. 202-218, jul. 2010.

WANGEN, Richard Harvey. O uso e abuso da Bíblia na poimênica. **Estudos Teológicos.** São Leopoldo, v.19, n. 2, p. 95-106, 1979.

WARD, Erdwina. Escutar com o coração: o significado da presença no aconselhamento pastoral. **Estudos Teológicos,** São Leopoldo, v. 51, n. 2, p. 334-344, jul./dez. 2011.

WEISSHEIMER, Vera Cristina. **Quando a vida dói:** confiança nos momentos de angústia. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2013.

WESTHELLE, Vitor. **O Deus escandaloso:** o uso e abuso da cruz. São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2008.

WHITE, John. **As máscaras da melancolia:** Um psiquiatra cristão aborda a problemática da depressão e do suicídio. São Paulo: editora ABU, 1987.

WHITEHEAD, James D.; WHITEHEAD, Evelyn Eaton. **Sombras do coração:** espiritualidade das emoções negativas. São Paulo: Paulus, 1997.

WOLFF, Hans Walter. **Antropologia do Antigo Testamento.** São Paulo, SP: Loyola, 1975.

WONDRACEK, Karin Hellen Kepler; HERNÁNDEZ, Carlos José. **Aprendendo a lidar com crises.** São Leopoldo: Sinodal, 2004.

WONDRACEK, Karin Hellen Kepler. **O amor e seus destinos:** a contribuição de Oskar Pfister para o diálogo entre teologia e psicanálise. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2005.

WONDRACEK, Karin Hellen Kepler. Aconselhamento em tempos de barbárie. **Estudos Teológicos.** São Leopoldo, v. 50, n.2, p. 273-287, 2011.

WONDRACEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma:** tramas e tempos da depressão. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012.

WONDRACEK, Karin Hellen Kepler. Jornada de um afeto em busca de seus fios. In.: WONDRACEK, Karin Hellen Kepler et al. **Sombras da alma**. Tramas e tempos da depressão. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2012.

WONDRACEK, Karin Hellen Kepler; HEIMANN, Thomas; HOCH, Lothar Carlos; SIMPÓSIO DE ACONSELHAMENTO E PSICOLOGIA PASTORAL 9., 2013, São Leopoldo, RS). **Um olhar nos espelhos da culpa**. São Leopoldo, RS: Sinodal, Faculdades EST, 2014.

YALOM, Irvin D. **Os desafios da terapia**: reflexões para pacientes e terapeutas. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

23 pessoas morrem em acidentes de moto por dia no Brasil. Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2010/06/23-pessoas-morrem-em-acidentes-de-moto-por-dia-no-brasil.html>>. Acesso em 13 de jul. de 2014.