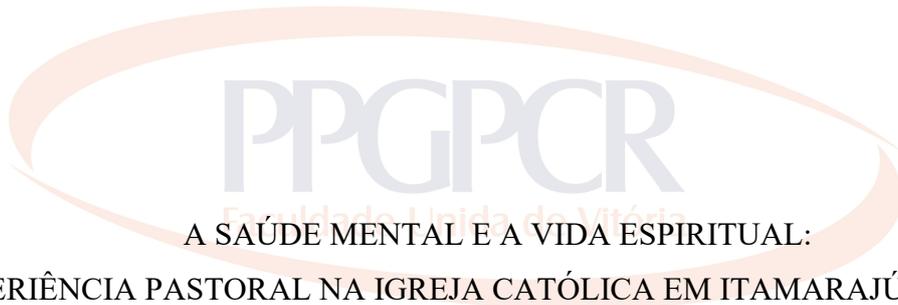


FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

RONALDO CARDOSO DE OLIVEIRA

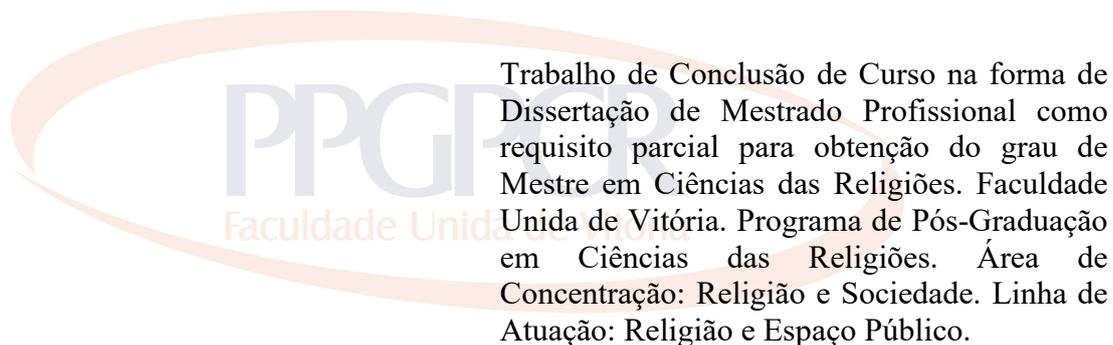


A SAÚDE MENTAL E A VIDA ESPIRITUAL:
EXPERIÊNCIA PASTORAL NA IGREJA CATÓLICA EM ITAMARAJÚ NA BAHIA

RONALDO CARDOSO DE OLIVEIRA

A SAÚDE MENTAL E A VIDA ESPIRITUAL:
EXPERIÊNCIA PASTORAL NA IGREJA CATÓLICA EM ITAMARAJU NA BAHIA

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação Profissional da Faculdade Unida de Vitória – 25/02/2022.



Trabalho de Conclusão de Curso na forma de Dissertação de Mestrado Profissional como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências das Religiões. Faculdade Unida de Vitória. Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões. Área de Concentração: Religião e Sociedade. Linha de Atuação: Religião e Espaço Público.

Orientador: Wanderley Pereira da Rosa

VITÓRIA-ES

2021

Oliveira, Ronaldo Cardoso de

A saúde mental e a vida espiritual / Experiência pastoral na Igreja Católica em Itamaraju na Bahia / Ronaldo Cardoso de Oliveira. -- Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2021.

vii, 96 f. ; 31 cm.

Orientador: Wanderley Pereira da Rosa

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2021.

Referências bibliográficas: f. 90-96

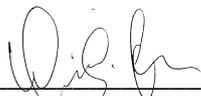
1. Ciência da religião. 2. Religião e espaço público. 3. Depressão.
4. Aconselhamento pastoral. 5. Psicoterapia. 6. Espiritualidade. 7. Saúde mental.
- Tese. I. Ronaldo Cardoso de Oliveira. II. Faculdade Unida de Vitória, 2021. III.
Título.

RONALDO CARDOSO DE OLIVEIRA

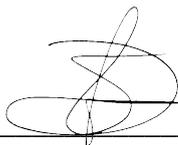
A SAÚDE MENTAL E A VIDA ESPIRITUAL:
EXPERIÊNCIA PASTORAL NA IGREJA CATÓLICA EM ITAMARAJU/BA

Trabalho de Conclusão de Curso na forma de Dissertação de Mestrado Profissional como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências das Religiões. Faculdade Unida de Vitória. Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões. Área de Concentração: Religião e Sociedade. Linha de Atuação: Religião e Espaço Público.

Data: 25 fev. 2022.



Wanderley Pereira da Rosa, Doutor em Teologia, UNIDA (presidente).



Sergio Luiz Marlow, Doutor em História Social, UNIDA.



Edebrando Cavalieri, Doutor em Ciências da Religião, UFES

RESUMO

O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência da Paróquia Nossa Senhora de Fátima de Itamaraju no cuidado de pessoas com transtorno depressivo que são acolhidas por meio da criação do Centro de Atendimento Terapêutico (CAPT). Nesse Centro se concentram os esforços do aconselhamento pastoral e da psicoterapia e cuja experiência exige pensar novas práticas pastorais, que estejam de acordo com modelos sinodais de igreja de ação comunitária para encontrar soluções diante de pessoas com transtornos mentais, assim como, para entender a importância do cuidado da saúde mental para o bom cuidado da experiência de fé. Este trabalho leva em consideração estudos sobre depressão e as formas como a paróquia foi abordando essa situação, para finalmente, sugerir linhas reflexivas para adequar a experiência religiosa e a experiência da sanidade mental.

Palavras-chave: Depressão, aconselhamento pastoral, psicoterapia.



ABSTRACT

The aim of this paper is to present the experience of the Parish Nossa Senhora de Fátima of Itamaraju in the care of people with depressive disorder, that are sheltered in the process of the Therapeutic Service Center creation. In this Center are concentrated the pastoral counseling and psychotherapy's efforts, which experience requires thinking of new pastorals practices, that are aligned with synodal church models of a communitary action, to find solutions in front of people with mental disorders, even as, to understand the importance of the mental health care to the good care of faith experience. This paper takes in consideration both studies about depression and the ways used by the parish to deal with the situation, to finally, suggest reflexive lines to align the religious experience and the mental health experience.

Keywords: Depressive, pastoral counseling, psychotherapy.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1 O FENÔMENO DA DEPRESSÃO: CONCEITO, HISTÓRIA E CARACTERÍSTICAS ..	11
1.1 A compreensão do fenômeno da depressão na história.....	12
1.1.1 Os gregos do século V a.C.: os fluidos essenciais explicam os comportamentos.....	13
1.1.2 Ocidente medieval dos séculos VII-XV: releitura teológica e tardia dos gregos.....	15
1.1.3 Modernidade e a lógica da cognição racional para entender a melancolia	17
1.1.4 Na contemporaneidade: da modernidade à pós-modernidade.....	19
1.1.5 Além de conceitos: da analítica existencial ao horizonte de sentido.....	24
1.2 Depressão: um mal que atinge a sociedade pós-moderna	25
1.2.1 Depressão: apenas um problema pessoal?.....	26
1.2.2 Depressão: um problema social e de saúde pública	27
1.2.3 O fenômeno da depressão no Brasil	28
1.3 Depressão: fatores de risco, fatores de prevenção e formas de tratamento	31
1.3.1 Fatores de risco.....	32
1.3.2 Fatores de prevenção	33
1.4 Um olhar da religião acerca do estado depressivo da sociedade.....	37
1.4.1 Indicadores e estudos sobre religião e o fenômeno da depressão.....	38
1.4.2 Religião, depressão e pobreza	39
1.4.3 Escassez de informação acerca do papel positivo ou negativo da religião	40
2 EXPERIÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICO-PASTORAL DE PESSOAS COM DEPRESSÃO	42
2.1 Modelo sistêmico: a pessoa humana e seu contexto eclesial.....	43
2.2 Modelo personalista: o cuidado integral na Igreja	46
2.2.1 Integridade e unidade da pessoa humana (DSI, n. 127ss)	47
2.2.2 Abertura à transcendência e unicidade da pessoa (DSI, n.130ss)	48
2.2.3 A liberdade da pessoa (DSI, n. 136ss).....	49
2.2.4 A igualdade em dignidade de todas as pessoas (DSI, n.144ss)	50
2.3 O modelo do aconselhamento pastoral.....	51
2.3.1 A conversação.....	51
2.3.2 O ouvir.....	52
2.3.3 O falar.....	54
2.4 A Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Itamaraju/BA, como <i>locus</i> de cuidado.....	57

2.4.1 Caminhar do ministério paroquial: sinodalidade.....	58
2.4.2 Ética médica e aconselhamento pastoral	59
2.4.2 Abordagem integral da pessoa humana	60
3 PARÓQUIA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA DE ITAMARAJU/BA COMO CAMPO DE ESTUDO	63
3.1 Aproximação das atividades pastorais e do Centro de atendimento Psicoterapêutico CAPT.....	64
3.2 Para entender a origem do CAPT na Paróquia.....	64
3.3 Metodologia adotada no atendimento psicoterápico na Paróquia.	65
3.3.1 Plano de atendimento	66
3.3.2 A psicoterapêutica implementada.....	66
3.4 Plano de ação no atendimento psicoterapêutico	69
3.4.1 Identificação CAPT	70
3.4.2 Finalidade do plano de atendimento	70
3.4.3 Recursos econômicos e materiais	71
3.4.4 Identificação da ação	71
3.4.5 Descrição do projeto.....	74
3.4.6 Objetivo da terapia.....	74
3.4.7 Resultados esperados da terapia nos pacientes.....	75
3.5 Levantamento de resultados	75
3.6 Sínteses e reflexões da experiência do CAPT na Paróquia.	85
CONCLUSÃO.....	88
REFERÊNCIAS	91
ANEXO A: QUESTIONÁRIO APLICADO NA ENTREVISTA.....	98
ANEXO B: DOCUMENTOS ENTIDADES PRIVADAS	100
ANEXO C: DOCUMENTOS PODER PUBLICO	101

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo entender a experiência de atendimento a pessoas com transtornos depressivos que se realiza na Paróquia Nossa Senhora de Fátima, na cidade de Itamaraju – Bahia. Esta experiência foi se desenvolvendo a partir da criação do Centro de Atendimento Psicoterapêutico (CAPT) no espaço da paróquia, como resultado da demanda de atendimento psicossocial identificado pela equipe pastoral por meio de organizações paroquiais como “Mães que oram pelos filhos” cuja preocupação central é o cuidado dos seus familiares com doenças mentais, assim como o grupo de psicólogos voluntários, membros da comunidade. Esta experiência levanta alguns pontos de reflexão que podem orientar às práticas religiosas no contexto do transtorno depressivo; proporcionam também uma adequada compreensão do transtorno depressivo como fator que afeta a experiência da fé. Mais especificamente, esta experiência coloca em pauta o papel de aconselhamento pastoral e a psicoterapia como ações que podem trabalhar apoiando desde distintas perspectivas às pessoas da comunidade que apresentam transtorno depressivo.

Para entender esta experiência, este trabalho tem como marco teórico os modelos da prática do acompanhamento psico-pastoral desenvolvido no capítulo 2. Deve-se destacar o interesse da paróquia no cuidado da pessoa humana de forma integral. Por isso o cuidado também exige uma atenção aos aspectos psicológicos. Nesse sentido, o modelo sistêmico interessa porque se trata do cuidado da pessoa humana que acontece enquanto ela é membro da comunidade eclesial; daí o valor da prática do aconselhamento pastoral como uma atitude de colhida em profundidade.

O segundo modelo psico-pastoral é denominado personalista, porque coloca no cuidado da pessoa humana na integridade dada pela vida – e não como dualidade alma e corpo; nesta integridade radica a liberdade e a dignidade por isso que o cuidado da psique não é apenas o cuidado de uma dimensão humana, mas de toda a vida humana, no qual coincide com linhas terapêuticas indicadas no capítulo 3.

Finalmente, o modelo de aconselhamento pastoral, é uma forma prática de entender não apenas como metodologia de aproximação fenomenológica, mas como uma atitude de vida diante do outro (conversar, ouvir, falar). Estas linhas de acompanhamento psico-pastoral que permitem entender a prática da paróquia na sua dimensão sinodal de igreja, como método fenomênico de compreensão coletiva; o respeito às ciências médicas como modelo ético e profissional que ilumina práticas pastorais e; que motiva o respeito à integridade da pessoa humana, sua liberdade, em qualquer situação.

Para entender a experiência da paróquia foram desenvolvidas três abordagens, a saber, da necessidade de compreender melhor os transtornos mentais, em especial, os transtornos depressivos – como se apresenta no capítulo 1 – dos diferentes modos de abordar a depressão como preocupação do acompanhamento pastoral sob uma perspectiva psicológica – presente no capítulo 2 – e, finalmente, mostrar como essa experiência desenvolveu-se no contexto da paróquia – no capítulo 3.

O capítulo 1 intenta esclarecer como a depressão se tornou um dos problemas mais recorrentes identificados na experiência da paróquia. A depressão é um problema de ordem mundial que afeta varias dimensões da vida, por isso, investiga-se esse fenômeno, desde suas causas até possibilidades de prevenção e diagnóstico. Desta forma, esta reflexão acontece à luz das preocupações da paróquia, diante de pessoas religiosas que solicitam no CAPT cuidados para depressão. Neste sentido, deve se entender, a partir dos pressupostos e coordenadas das ciências médicas, o fenômeno da depressão.

No capítulo 2 observamos as possíveis articulações do acompanhamento pastoral e psicoterápico, visando o cuidado da saúde mental dos fiéis que enfrentam a depressão. Compreende-se que o papel da paróquia é evangelizar. Isto é, promover a boa nova aos seus membros provocando adesão à experiência do sagrado no cristianismo. Por esses motivos, a paróquia não é autoridade legal para sugerir o tratamento psicossocial, como o faz o profissional da saúde, mas indica, a partir do respeito à livre vontade humana das pessoas, a possibilidade de iniciar uma terapia psicológica. Por isso, é importante entender os modelos de acompanhamento psico-pastoral expostos nesta parte.

O capítulo 3 faz uma descrição analítica da experiência da paróquia no CAPT, mostrando a prática do aconselhamento pastoral e sua relação com o atendimento psicoterapêutico. A paróquia apresenta sua missão, com o cuidado com a vida humana como consequência do processo evangelizador. Posto isto, neste capítulo, mostra-se como as iniciativas do aconselhamento pastoral acabam também relacionando-se com as áreas de interesse da psicologia.

Neste mesmo capítulo 3, por meio da aplicação de instrumentos de pesquisa (questionários, entrevistas com participantes e gestores do projeto), identificou-se a depressão como um fator de fortes consequências na vida de pessoas religiosas. Desta maneira, este trabalho é a expressão da experiência realizada com pessoas, cujas experiências particulares, apresentam a retomada de confiança na vida, diante do sofrimento causado pela depressão. Por outro lado, as pessoas que participaram desta experiência, por meio do CAPT, apresentaram profundas fragilidades socioeconômicas e culturais, fatores que agravaram a

situação no atendimento. Porém, também se observou como o atendimento pastoral ajudou na superação destas dificuldades, evitando maiores traumas nos atendidos e, por outra parte, mostrou definitivamente a delicada fronteira entre atendimento psicológico e atendimento pastoral.

Neste contexto se levanta a seguinte hipótese, a saber: “é necessário ter elementos adequados para avaliar e entender melhor a experiência paroquial com o atendimento às pessoas que sofrem depressão por meio da iniciativa do CAPT”. Esta hipótese tem em consideração que o objeto deste trabalho é entender a experiência paroquial que assumiu o atendimento psicoterapêutico, diante de demandas da comunidade. Tal experiência exige uma aproximação fenomenológica a esta realidade.

A realidade desta experiência paroquial vivenciada no dia a dia foi aprofundada a partir de questionários e entrevistas em profundidade com pessoas participantes desta experiência. Os resultados oferecidos permitem formular a seguinte tese que guia este trabalho:

A experiência da paróquia, a partir do atendimento pastoral e da criação do CAPT, permite entender que o acolhimento das pessoas da comunidade que sofrem depressão é um ato pastoral peculiar que exige, necessariamente, o cuidado profissional e independente de psicólogos.

1 O FENÔMENO DA DEPRESSÃO: CONCEITO, HISTÓRIA E CARACTERÍSTICAS

Ao longo da história, o fenômeno da depressão foi registrado na descrição de sintomas, assim como no levantamento de possíveis causas por meio de categorias e conceitos que coincidem, em parte, com a identificação contemporânea do transtorno. Desde o tempo dos gregos, até nossos dias, foram usadas diversas categorias e conceitos para entender as possíveis causas e efeitos do estado depressivo da psique humana. Todos os intentos de compreensão do fenômeno da depressão apontam, de alguma forma, que ela é mais que tristeza e, ao mesmo tempo, é tão profunda e complexa como o desejo de encontrar um sentido na vida.

Nesta parte do trabalho, não se pretende uma descrição histórica das causas ou das formas da depressão, mas das categorias principais que identificaram este fenômeno, desde a época dos gregos clássicos, até as tendências atuais de sua compreensão. Os registros de problemas relacionados com a depressão, desde os tempos antigos, até os dias atuais, dependem de ambientes epistemológicos determinados. Por isso, deve-se compreender a mentalidade dos gregos clássicos, assim como a mentalidade da modernidade e pós-modernidade, com o surgimento da Psicanálise. Vale destacar que também não se pode menosprezar a mentalidade religiosa ocidental europeia, que monopolizou o Cristianismo no Ocidente, na Idade Média, e que afetou, positiva e negativamente, na forma de entender e pretender solucionar os efeitos da depressão. Neste último caso, deve-se entender a forte influência da mentalidade helenista/greco-latina na leitura religiosa do tema tratado. Atualmente, a depressão é apontada como o grande mal da sociedade pós-moderna. Se a modernidade não deu conta, pela razão instrumental (Cfr. escola de Frankfurt), de abordar esses problemas, a pós-modernidade entendeu bem a complexidade da realidade do fenômeno. Por isso, nestes tempos pós-modernos, todos os saberes acumulados são importantes para uma ampla reflexão. Por outro lado, a pós-modernidade se aproxima, na análise fenomenológica, como um intento de ser fiel à realidade, e retirar desta a compreensão da depressão, não como algo conclusivo, mas como uma experiência que permite uma memória não apenas histórica, mas também de sentido, para rastrear as possíveis causas e efeitos deste transtorno. Neste retorno fenomenológico, abrem-se pautas para a reflexão da analítica existencial, com um instrumento epistemológico também possível para compreender a depressão numa outra perspectiva, além das Ciências Psicológicas.

Nesta parte do trabalho, o fenômeno da depressão exige também uma aproximação mais precisa aos intentos de caracterizá-la como uma enfermidade associada a fatores de risco

e de proteção. Pode parecer uma pauta médica, mas que se torna necessária para entender o contexto.

Ao passar para a abordagem da religião e depressão, foi constatado que existem poucos trabalhos destacados com esses temas. No entanto, há muitas alusões à relação da Psicologia com a religião. Freud, e sua visão da religião como uma ilusão (*iludere*) aplicada a estados da alma humana, acertou no estudo de patologias psicológicas com visões distorcidas da religião. Neste trabalho, embora não encontrando muitos estudos sobre a relação entre depressão e religião, se buscou levantar informes que possam nos aproximar a compreensão da depressão e a religião.

A partir da experiência do atendimento pastoral, percebeu-se a necessidade de cuidado maior com as pessoas, haja vista o fenômeno depressivo estar em todos os setores sociais, principalmente nas camadas mais pobres da sociedade. E a religião ainda pode ser um fator de risco maior ou menor diante da depressão, mas também pode ativar ações multidisciplinares que permitam um bom acompanhamento de pessoas acometidas por esse mal.

1.1 A compreensão do fenômeno da depressão na história

A depressão é, geralmente, identificada como uma enfermidade classificada como um tipo de Transtorno do Humor, caracterizando-se por comportamentos nos quais o indivíduo modifica a percepção de si, passando de um problema para a grande catástrofe da vida. Dessa forma, encaminha-se a um conjunto de condições: alteração de humor, falta de interesse em atividades que, outrora, eram prazerosas, e apresentação de características que podem configurar a interação de várias vertentes (ambientais, biológicas, psicológicas, sociais e pessoais). De acordo com a intensidade, ela ainda pode ser classificada em leve, moderada e grave.¹

Por outro lado, a religião também é um fator presente na compreensão do fenômeno da depressão. A experiência deste trabalho – experiência do acompanhamento psico-pastoral – mostra pessoas de tradição católica, que têm uma vida espiritual intensa, apresentando fortes sintomas depressivos. Isso não é excepcional, pois a espiritualidade católica aborda este fenômeno como parte integral da história de vida das pessoas, no confronto como o projeto

¹ AZEVEDO, Lidiany A.; ALMEIDA, Thiago C.; MOREIRA, Ana Helena. “O resfriado da psiquiatria”: a depressão sob o ponto de vista Analítico-Comportamental. *Revista Transformações em Psicologia*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 65-85, 2009, p. 65-85.

evangélico. Exemplo disso são os exercícios espirituais de Santo Ignácio, que se aprofundam na compreensão dos estados de “desolação” e dos estados de “consolação” como aspectos para entender a alma humana, e poder orientá-la no seu princípio e fundamento. No mesmo sentido, há também os escritos Santa Teresa de Ávila, que identificam a melancolia e as possíveis causas presentes na própria existência, que podem ser ressignificadas na experiência de encontro com a pessoa de Jesus. Vale destacar que Santa Teresa sabe muito bem que não se podem iludir as pessoas com religião, assim como não se pode projetar em “Jesus” a depressão. A melancolia é resultado de um tecido histórica da vida; por isso, é a vida que deve ser resgatada.

Este trabalho, ainda que, aparentemente, descreva a “história” da compreensão da depressão, tem como intuito sinalizar o poder da compreensão clássica grega e medieval sobre a leitura moderna e pós-moderna deste fenômeno. Finalmente, o texto também apresenta uma preocupação evidente pelo Brasil, diante dos impactantes indicadores da depressão na população.

1.1.1 Os gregos do século V a.C.: os fluidos essenciais explicam os comportamentos

Desde o século V a.C., na Grécia, o humor já era estudado pelos pensadores. Foi Hipócrates, por exemplo, quem primeiro descreveu a melancolia como uma condição de desalento, abatimento, insônia, irritabilidade e inquietude. Para ele, a melancolia era resultado de distúrbio biliar. O humor era sinônimo de fluidos corporais, caracterizado em quatro categorias: sangue, bile amarela, bile negra e fleuma.²

Segundo a teoria de Hipócrates (460 a.C.), o estado de humor dos sujeitos dependia do equilíbrio de substâncias corporais, mais especificamente a concentração de uma substância em particular: a bile negra, em um órgão especial - o cérebro, que daria origem à melancolia. Deste modo, tinha-se um modelo explicativo para o humor, pautado no aspecto fisiológico, ou seja, em órgãos e substâncias.

Para Dorfman, Hipócrates teria admitido, inequivocamente, a melancolia como uma doença mental proveniente de disfunções cerebrais, como o medo e a tristeza, que perduravam por muito tempo. Ademais, os escritos de Hipócrates incluíam a aversão aos alimentos, à insônia, à irritabilidade, à inquietação e ao desânimo como sintomas da melancolia,

² PERES, Uriana T. *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 27.

ocasionados por um excesso de bile negra, isto é, uma das quatro categorias de humores corporais que precisavam estar equilibrados para se ter saúde, conforme crenças da época.³

Por muito tempo, preponderou o postulado de Hipócrates, mais conhecido por “teoria dos quatro fluidos essenciais”, em que a bile correspondia ao humor corpóreo, que conferia caráter colérico; a fleuma conferia o caráter de frieza, mais ameno; o sangue, um caráter mais extrovertido; e a bile negra, por sua vez, ao caráter melancólico. Dessa forma, é possível apontar ainda que Hipócrates foi o primeiro a tentar atribuir justificativas, não totalmente pautadas no misticismo, para as mais variadas doenças e enfermidades que acometiam os cidadãos. O que encontra convergência no trecho abaixo:

Atribui-se a Hipócrates (Cós, 460 - 370 a.C.) e seus seguidores a diferenciação entre medicina e filosofia, bem como a transição da explicação da doença centrada em termos sobrenaturais para termos científicos e, ainda, a superação da teoria cardiocêntrica de Aristóteles (Estagira, 384 - Atenas, 322 a.C.), a qual considerava o coração como o centro das emoções humanas, descrevendo o cérebro como o ‘centro’ das funções mentais e, portanto, de suas patologias.⁴

O principal aporte dos gregos clássicos foi indicar que existe uma relação entre o corpo físico e o estado da alma e do espírito. Hoje, não estamos tão longe dessa percepção, porque é sabido que, na depressão, há também aspectos fisiológicos em curso. O tratamento da saúde mental costuma entender a complexidade de fatores que são parte da depressão. Um desses fatores é o fluido corporal. Por isso, sempre estão presentes as análises laboratoriais como importante fonte de referência para esse tratamento.

Porém, hoje, essa visão física da depressão foi levada ao extremo de entender que a química do cérebro também pode ser modificada pelo uso de medicamentos. Neste último caso, a indústria farmacêutica está na vanguarda de medicamentos que podem alterar o humor - antidepressivos, ansiolíticos, etc., como parte dos tratamentos para doentes mentais. As formas modernas dos fluidos essenciais gregos ainda persistem no uso e tratamento da saúde mental, hoje. Esses fluidos não necessariamente são parte do corpo, mas causam efeitos na alma.

³ DORFMAN, W. Current concepts of depression. *Psychosomatics*, [s.l.], v. 4, p. 253-260, 1963, p. 253-260.

⁴ SOUZA, T. R.; LACERDA, A. L. T. Depressão ao longo da história. In: QUEVEDO, J.; DA SILVA, A. G. (orgs.). *Depressão: Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 9.

1.1.2 Ocidente medieval dos séculos VII-XV: releitura teológica e tardia dos gregos

A teoria dos humores de Hipócrates permaneceu como referência para a compreensão dos humores até a Idade Média, onde a visão científica foi substituída pela ótica religiosa cristã, no Ocidente. O domínio religioso, nesse período, abarcava todas as esferas da vida. Levando-se em consideração a evolução histórica do conceito atribuído ao termo depressão, através de uma linha do tempo, é possível se reportar, primeiramente, ao período da Antiguidade, em que os estados emocionais atrelados à depressão eram atribuídos à incorporação de maus espíritos, ou tidos como castigos, pelo fato de o indivíduo ter desagradado alguma entidade divina.⁵ Esta teoria costuma caracterizar os quadros do humor, como pode ser observado no quadro abaixo:

Quadro 1. Depressão – Histórico⁶

HUMOR	QUALIDADES	ELEMENTO	CARÁTER
Sanguíneo	Quente, úmido	Ar	Otimista, gordo
Colérico	Quente, seco	Fogo	Explosivo, magro
Fleugmático	Frio, úmido	Água	Lento, gordo
Melancólico	Frio, seco	Terra	Introspectivo, magro

Nesse período, infere-se que os quadros depressivos eram divergentes da tristeza não patológica, uma vez que surgiam na ausência de situações que normalmente causariam essa emoção, ou pela desproporção da intensidade ou duração dos sintomas.⁷ Com a transição para a Idade Média, no geral, o conceito de depressão continuou associado ao fato de que algo de errado estava se passando com o comportamento humano, interligado com sua capacidade de resiliência. Nesse ínterim, houve bastante influência da Igreja Católica que, a princípio, mencionou o significado de preguiça como tendo uma ênfase no estado apático e indolente, originado por demônios, nos seres humanos acometidos pela melancolia.⁸

A melancolia foi identificada entre as causas e curas das doenças pela freira alemã, Hildegard (1098-1179).⁹ A partir daí, iniciou-se uma intensa disputa entre entidades religiosas

⁵ LACERDA, A. L. T.; DEL PORTO, J. A. Depressão ao longo da história. In: QUEVEDO, J.; DA SILVA, A. G. (orgs.). *Depressão: Teoria e Clínica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019, p. 19-27.

⁶ Adaptado de: SLIDEPLAYER [Site institucional]. [s.d.]. [online]. [n.p.].

⁷ MENDELS, J.; COCHRANE, C. The nosology of depression: the endogenous-reactive concept. *Am J Psychiatry*, [s.l.], v. 124, p. 1, 1968, p. 1.

⁸ LACERDA; DEL PORTO, 2019, p. 19-27.

⁹ RADDEN, J. *The nature of melancholy: from Aristotle to Kristeva*. New York: Oxford University, 2000, p. 32.

e médicas, no tocante à promoção do tratamento da doença, fato que sempre foi acompanhado ao longo da história da Psiquiatria enquanto ciência, tendo visibilidade até os dias de hoje, quando ainda se assiste à atuação de líderes religiosos se disponibilizando a tratar os mais variados transtornos mentais, o que inclui a depressão.¹⁰

No entanto, neste período, a depressão era ainda tratada no dilema da Teologia e sua visão maniqueísta da realidade. O mal identificado por meio da melancolia apresentava o campo de cura e salvação na intervenção teológica. Neste sentido, nenhuma visão antropológica era reconhecida como eficiente. Assim, se descartavam os fatores biológicos, psíquicos e sociais para entender a melancolia. Desta forma, se impulsionou a visão mágica da intervenção divina como uma verdadeira salvação, e se condenou intentos que dependessem da vontade humana de encontrar soluções à depressão; por isso, era mais fácil manter-se fiel nas leituras gregas dos fluidos, para entender os comportamentos melancólicos.

O período medieval significou um retrocesso para a Ciência e a tecnologia. O apelo à Teologia como única fonte de verdade e saber acabou também impedindo o aceso a diagnósticos que permitiram melhor compreender a depressão.

No entanto, por influência dos pensadores gregos, surge uma Teologia ocidental católica, com certo grau de sistematização, que foi importante para sua época, porém foi lamentável para o desenvolvimento da Ciência moderna. O motivo deste defeito foi transferir a ideia do “ser” aristotélica à ideia do Sagrado da Bíblia. Neste sentido, o Sagrado bíblico era mais próximo de uma experiência do Sagrado do que uma categoria filosófica. Então, com o aristotelismo, se desenvolve uma valorização das ideias e categorias filosóficas para falar de Deus mais do que das experiências de Deus, narradas nos textos sagrados.

As consequências desta lógica medieval foram priorizar o mundo das essências, de onde faz parte o Sagrado, e minimizar a realidade mundana. Esta lógica aplicada à melancolia (depressão) causou alguns desvios de atenção, a saber: primeiro, como não existiam categorias e conceitos para entender o sentir humano, por ser parte da existência, se limitou a descrição de antigas teorias dos gregos clássicos; segundo, como as categorias e conceitos trabalham sobre a essência, e a melancolia (depressão) é uma experiência, então, não há forma de compreender essa realidade temporal não eterna, como o mundo das ideias aristotélicas, e de ideias do sagrado da Teologia Medieval. Assim, restava Deus para cuidar das pessoas melancólicas.

¹⁰ SABSHIN, M. Turning points in twentieth-century American psychiatry. *Am J Psychiatry*, [s.l.], v. 147, n. 10, p. 1267-1274, 1990, p. 1267-1274.

1.1.3 Modernidade e a lógica da cognição racional para entender a melancolia

A melancolia é estudada de forma mais analítica, dentro das condições antropológicas que possam ser explicáveis e razoavelmente compreensíveis para a Ciência. As leituras teológicas de Deus deixam espaço para um antropocentrismo racional intenso. Renato Descartes é a cara desse empreendimento racional, quando admite, na dúvida, que a capacidade racional se inspira em Deus, mas de forma metafísica. De alguma forma, o aristotelismo medieval se separa da Teologia medieval para voltar à consciência da razão humana. O homem moderno volta a definir-se como animal racional e, portanto, a valorizar sua autonomia diante do Sagrado, assim como sua autonomia para entender a realidade existencial sem interferências diretas do Sagrado.

No século XVI, diversos estudiosos da área passaram a defender uma diferenciação entre a melancolia com e sem causas. Mais precisamente, em 1621, Robert Burton publicou uma obra intitulada *Anatomia da melancolia*, descrevendo os três principais componentes da depressão: o humor, a cognição e os sintomas físicos. O autor defendeu que apenas os casos sem causa deveriam ser levados em consideração como doença.¹¹ Burton identificou que a melancolia se difere da loucura, além de considerar sua forma positiva como fonte da sabedoria, da poesia e do desenvolvimento teológico e filosófico. Porém, identificou a melancolia negativa como incidência do medo, do sofrimento e enfado, que deixa as pessoas pesadas, preguiçosas, inquietas e inaptas para atividades.

Existem, entretanto, mais duas vertentes de uso e significado para o termo depressão. A primeira é aquela que a entende como sintoma indicativo de baixa autoestima, presente em diversas enfermidades; e a segunda, aquela que a define como uma síndrome de sinais e sintomas relacionados aos transtornos do humor.¹²

Na Renascença, surgiram vários estudos da melancolia. Dentre eles, destaca-se o de Teresa de Ávila (Santa Teresa), com sua obra "*Libro de las Fundaciones*", em que distingue melancolia dos estados apenas humorais, saindo do dilema corpo e alma para a compreensão relacional nas causas que provocam a melancolia, visto se esconder nelas uma fragilidade

¹¹ SABSHIN, 1990, p. 1267-1274.

¹² DEL PORTO, José A. Conceito e diagnóstico da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, p. 6-11, 1999, p. 6-11.

moral e comportamental.¹³ Neste sentido, Santa Teresa inicia apreciações humanas para entender a melancolia nos tempos modernos.

A vida espiritual também foi objeto diante do fenômeno da depressão. Foi por volta de 1548, que Santo Ignácio de Loyola editou os Exercícios Espirituais (EE.), uma abordagem à alma humana, desde os aspectos mais íntimos do comportamento e suas causas, e do encontro com o princípio e fundamento da vida. Esta experiência se tornou uma importante fonte da compreensão da espiritualidade cristã e da conscientização de aspectos da vida, que passam da depressão – próxima à ideia de “desolação espiritual” –, até a “consolação espiritual” sem causa precedente (EE. 330). Estes aspectos dos Exercícios Espirituais são compreendidos, desde o exercício do discernimento da vida, não como uma superação, mas como uma assimilação e ordenamento para o princípio e fundamento dela.

Na época do Iluminismo, as teorias humorais da melancolia perderam credibilidade diante dos intentos de explicação científica por meio das ciências médicas, na anatomia, na mecânica entre outros, que aplicavam métodos de observação empírica indutiva para destacar princípios e leis, assim como uma cientificidade baseada nas teorias das quais se deduziam os princípios para compreender os casos particulares.

Sabe-se, porém, que o termo depressão é relativamente novo na história das ciências da saúde, tendo sido utilizado pela primeira vez no ano de 1680, para a determinação de um estado de desânimo ou perda de interesse por coisas e fatos da vida. O desenvolvimento de seu conceito teve o estopim a partir da decadência dos paradigmas místicos e supersticiosos, que fundamentavam preponderantemente as explicações das enfermidades em épocas remotas, incluindo os transtornos mentais. Essa origem pode ser atribuída aos relatos e inspeções de alterações de humor, principalmente ao estado referenciado como melancolia.¹⁴

A partir do século XVII, ocorreu uma considerável alteração no campo do pensamento intelectual, quando os métodos observacionais, empíricos e indutivos ganharam espaço frente aos métodos relacionais, intuitivos e dedutivos hipocráticos. Essa vertente foi fortalecida também no século XVIII, através da intensificação dos estudos sobre a Fisiologia, admitindo-se a visão de que o sistema nervoso era a fonte da saúde ou da doença mental.¹⁵

Durante o século XIX, o uso do termo melancolia, devido a sua popularização, foi bastante questionado, sendo usado também, de forma semelhante, para quadros patológicos

¹³ JESÚS, Santa Teresa. *Libro de las fundaciones*. Madrid: Alianza, 1967, p. 63.

¹⁴ ROUSSEAU, G. Depression's forgotten genealogy: notes towards a history of depression. *Hist Psychiatry*, [s.l.], v. 11, n. 41, p. 71-106, 2000, p. 71-106.

¹⁵ MENDELS; COCHRANE, 1968, p. 1.

ou não. Nesse mesmo período, houve a proliferação da classificação do termo depressão proposta por diversos autores. Proclamava-se melancolia simples e complicada, com e sem estupor, ativa e passiva, com e sem delírio.¹⁶

Emil Kraepelin – 1855-1926 – foi um estudioso que contribuiu enormemente para os diagnósticos psiquiátricos, na Era Moderna, iniciando seus trabalhos no final do século XIX, e dando continuidade a eles no século XX. Ele foi pioneiro no uso do termo *estado depressivo* para designar as mais variadas estirpes de melancolia, o que culminou na utilização consagrada da terminologia *depressão*, já na segunda metade do século XX.¹⁷

Em um primeiro momento, Kraepelin descreveu a melancolia como um transtorno separado, sem elo com a psicose maníaco-depressiva. Posteriormente, ele propôs o termo *insanidade maníaco-depressiva* para designar uma combinação entre todos os quadros depressivos e maníaco-depressivos, em uma categoria com abrangência dos mesmos processos fisiológicos enquanto origem, mesmo com manifestações clínicas diferentes.¹⁸

O termo depressão estava sendo usado como sugestão de uma *redução* da fisiologia humana normal e como metáfora da função emocional; ou seja, apontava para um estado contrário à excitação ou estimulação, como uma atenuação da atividade geral, atingindo estágios variados.¹⁹ O ser humano evolui por níveis ou estágios de motivação e, à medida que cresce e amadurece, ultrapassa os estágios mais baixos e desenvolve faculdades de níveis mais elevados. As diferenças individuais, entretanto, influenciam na duração, na intensidade e na possível fixação em cada estágio ou níveis de motivação que correspondem às necessidades fisiológicas, psicológicas, e de autorrealização.²⁰

1.1.4 Na contemporaneidade: da modernidade à pós-modernidade

Nas primeiras décadas do século XX, a depressão foi incisivamente subdividida em: depressão neurótica - entendida como produto de diversas adversidades psicossociais, relacionadas às perdas, especificamente; e condições melancólicas - marcadas por sintomatologia grave, associada à psicose, e atribuída a uma disfunção cerebral, fruto da razão

¹⁶ KILOH, L. G.; GARSIDE, R. F. The independence of neurotic depression and endogenous depression. *Br J Psychiatry*, [s.l.], v. 109, p. 451-463, 1963, p. 451-463.

¹⁷ SABSHIN, 1990, p. 1267-1274.

¹⁸ LACERDA; DEL PORTO, 2019, p. 19-27.

¹⁹ BERRIOS, German E. Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. *Revista Latinoam. Psicopat. Fund.* São Paulo, v. 15, n. 3, p. 590-608, 2012, p. 590-608.

²⁰ CHIAVENATO, Idalberto. *Gestão de Pessoas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p. 597.

científica que, a cada dia, se apresentava mais específica e gerava mais ferramentas epistemológicas para a compreensão da Ciência e Tecnologia a serviço da vida. Ainda nessa fase, teve destaque Sigmund Freud, que afirmou ser a depressão um produto de fatos pregressos, constantemente relacionados à infância e à perda do objeto de amor.²¹ Foi também neste período que se pôde observar a decadência e descrença da Ciência moderna e sua pretensão de verdade, mas também a volta à realidade - no típico modelo fenomenológico – como uma forma de ver que a própria vida se explica, e não são as razões que explicam fora da vida. Por isso, a descrição e aproximação da realidade existencial serão fundamentais.

Nesta aproximação, a modernidade perde terreno para abrir na experiência a grande capacidade humana de compreender o sentido da vida. Isso permite o surgimento da psicologia freudiana, assim como a ontologia heideggeriana e a crítica a razão instrumental da escola de Frankfurt. Neste contexto, surge uma imensa produção de conhecimentos que ajudariam a entender o fenômeno da depressão.

Desta forma, percebeu-se uma analítica que permitia entender o transtorno como uma nítida mescla dos quadros de depressão e mania. Sua segregação foi iniciada em 1987, quando se propôs a separação entre quadros unipolares como ocorrência apenas de momentos depressivos, e quadros bipolares como ocorrência de momentos depressivos e maníacos. Esta distinção foi impulsionada por estudos de cunho clínico, pré-clínico, genético, e epidemiológico, implicando sua imprescindibilidade encontrada nos documentos padronizados mundialmente, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que já se encontra em sua quinta versão (DSM-5), e Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10), excluindo-se o “luto” no DSM-5, comparativamente ao CID-10 como critério diagnóstico de Depressão.²²

Depreende-se do exposto que depressão é um termo usado, no geral, para descrever situações de sentimentos negativos, sombrios, e/ou cabulosos, não se restringindo apenas a um estado de tristeza profunda ou desânimo. Isso porque a tristeza revela uma causa conhecida com duração específica, ou seja, é um sentimento momentâneo e saudável, por mais estranho que pareça. Este sentimento faz parte da vida, e é comum a todos os seres humanos. Pode ser definida como a ausência de satisfação pessoal, quando o indivíduo se

²¹ PARKER, G. Classifying depression: should paradigms lost be regained? *Am J Psychiatry*, [s.l.], v. 157, n. 8, p. 1195-1203, 2000, p. 1195-1203.

²² BAHLS, Saint-Clair. Uma visão geral sobre a doença depressiva. *Revista Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 4, p. 1-7, 2000, p. 1-7.

depara com a própria fragilidade. O surgimento da tristeza está associado a situações de perdas, sofrimentos, decepções, angústias.

Ao passar por esses momentos de tristeza, que dura por um curto período, há uma tendência de atenuação deste sentimento, e isso leva a ver o acontecido de maneira mais fortalecida emocionalmente, para que a vida retorne ao seu curso normal; ao passo que a depressão engloba várias emoções de longa duração, geralmente relacionadas à angústia.

Depressão é uma palavra utilizada para descrever uma gama imensa de sentimentos negativos e sombrios. Em primeiro lugar, depressão não é um estado de tristeza profunda, nem desânimo, preguiça, estresse ou mau humor. A depressão é diferente da tristeza, pois, tristeza geralmente tem uma causa conhecida e duração determinada no tempo e no espaço. Já a depressão envolve uma gama de sentimentos difusos de longa duração no tempo e no espaço, geralmente relacionados à angústia.²³

Quando a tristeza não passa, mas se acentua, juntamente com uma sensação de angústia, faz com que o sujeito não consiga superá-la, ficando impedido de elaborar ações para livrar-se desse sentimento, o que acaba por gerar uma sensação de vazio, que se desencadeia em pensamentos negativos recorrentes, com evidências comportamentais de retraimento social, crises de choro sem motivo pertinente, atitudes de ação suicida, entre outros, o que acaba por gerar o estado de depressão. Por fim, de acordo com o CID-10, a depressão é designada como uma enfermidade da categoria dos transtornos do humor, e caracterizada por crises episódicas demarcadas por recidivas, o que faz dela uma das doenças mais prevalentes no século XXI, mesmo tendo se tornado conhecida desde a Antiguidade.²⁴

É ainda a Classificação Internacional das Doenças, da Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua décima revisão, a CID-10, que expõe os transtornos do humor, dos atuais estados depressivos, em suas linhas gerais, quais sejam: F30 - Episódio maníaco (usado para episódio único de mania); F31 - Transtorno afetivo bipolar; F32 - Episódio depressivo (usado para episódio depressivo único); F33 - Transtorno depressivo recorrente (tem as mesmas subdivisões descritas para o episódio depressivo); F34 - Transtornos persistentes do humor: F34.0 - Ciclotimia e F34.1 - Distimia F34 - Transtornos persistentes do humor: F34.0 - Ciclotimia e F34.1 - Distimia.²⁵ Nas palavras de Eugen Bleuer:

²³ DIAS, Alessandro M.; AZEREDO, Bárbara A. Depressão e religiosidade: uma busca pelo equilíbrio farmacêutico e espiritual. *Revista Unitas*, Vitória, v. 8, n. 1, p. 54-68, 2020, p. 55.

²⁴ GOMES, Antonio M. A. Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. *Revista Estudos de Religião*, São Bernardo do Campo, v. 25, n. 40, p. 81-109, 2011, p. 81-109.

²⁵ OMS [Site institucional]. [s.d.]. [online]. [n.p.].

A característica mais típica dos estados depressivos consiste na proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio e nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. Muitos referem, sobretudo, a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente.²⁶

Nessa visão, o estado depressivo é frequentemente associado à sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado, alterações psicomotoras, em particular à lentificação ou retardo psicomotor.

Cada um dos indivíduos pertencentes à espécie humana vivencia, ao longo do ciclo ontológico, diversas experiências e situações, que os tornam literalmente passíveis de apresentar oscilações na forma como respondem aos estímulos, tanto internos quanto externos, a seu corpo. Certamente esses estímulos são, na maioria dos casos, diferentes e específicos para cada ciclo de vida, ou seja, alguns ocorrerão na infância, outros, na adolescência, na fase adulta, ou na senilidade. Por outro lado, mesmo com as divergências, as oscilações, no tocante ao nível de resposta, ocorrerão àquelas ligadas aos sentimentos ou simplesmente afeto. O cotidiano das pessoas acaba por propiciar-lhes emoções diversas, tais como sentimento de tristeza, frustração e desânimo, perante a sequência de eventos que vão se apresentado ao longo dos dias.²⁷

No segundo capítulo, é analisada a importância de se considerar o contexto da pessoa acometida com depressão, na prática do aconselhamento pastoral e na práxis do cuidado, como uma compreensão da pessoa e seu histórico de vida, nas relações humanas (ciclo de vida).

É sabido que a depressão pode ter frequência contínua, ou se dá em um episódio único, sendo sua gravidade e duração variáveis. Assim sendo, essa patologia tende a ser de intensidade leve, moderada ou grave. No caso de ser classificada em leve ou moderada, a pessoa ainda consegue realizar suas atividades, com esforço, o que é algo impossível na sua forma grave. A maioria das pessoas que sofrem de depressão não se enxerga como doente, por não apresentarem sintomas graves da doença, como incapacidade, desespero ou angústia.

Importante ressaltar que para o correto enfrentamento desta afecção, é necessário atentar-se às etiologias e sinais da doença, como causas (problemas de saúde, familiares, econômicas, eventos marcantes, envelhecimento, uso de drogas e álcool, entre outros), e sinais (pensamentos persistentes, falta de interesse e prazer, alteração de peso, dificuldade

²⁶ BLEULER Eugen. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985, p. 81.

²⁷ BAHLS, 2000, p. 1-7.

para dormir, falta de concentração, falta de energia, sentimento de culpa, tendência ao suicídio, entre outros).²⁸

Um ponto crucial diante desse contexto consiste na durabilidade e, conseqüentemente, na natureza de tal resposta afetiva. Isso porque, por mais que haja momentos vexatórios durante a vida, o ser humano é dotado da capacidade de superação dos sentimentos negativos, após um curto ou médio prazo. Mas quando essas emoções extrapolam por longo prazo, as pessoas assumem um caráter patológico preocupante e inapropriado de comportamento, podendo desencadear um transtorno de humor ou afetivo, sendo o mais comum deles a depressão.²⁹

A partir do fenômeno observado, salienta-se que a elaboração de tal estratégia requer o acompanhamento de um profissional da área de saúde mental para diagnosticar os respectivos sintomas, tais como a figura do psicanalista, especialista dotado de curso superior proveniente de qualquer área profissional, acrescido de uma especialização com duração de dois anos, baseada na linha teórica do médico Sigmund Freud, que se debruça ao recurso de interpretação do conteúdo da mente, que se divide em consciente, pré-consciente, e inconsciente do indivíduo. E, assim sendo, tem o manejo e a sapiência de duas ferramentas: a fala e a escuta. Este profissional só atua exclusivamente em consultório clínico.³⁰ No segundo capítulo, são feitas propostas para o aconselhamento pastoral e a práxis do cuidado, a partir da instrumentalização da *fala* e, especialmente, da *escuta*.

Nessa perspectiva, é necessário compreender o papel de cada profissional, seja ele psicólogo ou psiquiatra, pois o profissional habilitado tem o conhecimento de várias escolas teóricas em saúde mental e as suas técnicas de atendimento. Além disso, esse profissional tem concessão por ter várias especializações em saúde mental, incluindo a psicanálise, e dispor da ocupação em consultórios clínicos, hospitais, estruturas empresariais e educacionais, dentre outros espaços. Já o psiquiatra estuda os aspectos fisiológicos e bioquímicos do cérebro humano, tais como os transtornos resultantes de desequilíbrio nesse sistema, e as possibilidades de tratamento, especialmente com o uso de medicamentos.

A visão psíquica concebida com base nesses comportamentos é uma convergência ao teórico-científico. Elucidar a depressão é uma tarefa cautelosa, uma vez que seu conceito está estritamente ligado a estigmas populares, o que significa que muitos a compreendem e a

²⁸ MAGALHÃES, Lana. Depressão. *In: TODA MATÉRIA* [Site institucional]. 22 jan. 2020. [n.p.]. [online].

²⁹ GUIMARÃES, F. S. Distúrbios Afetivos. *In: GRAEFF, F. G.; BRANDÃO, M. L. (eds). Neurobiologia das Doenças Mentais*. 4. ed. São Paulo: Lemos, 1993, p. 79-108.

³⁰ GUIMARÃES, 1993, p. 79-108.

consideram de forma equivocada, ou simplesmente leiga, fazendo uso do termo como sendo um *status* associado à tristeza e desânimo, sem considerar o caráter patológico.³¹

1.1.5 Além de conceitos: da analítica existencial ao horizonte de sentido

A obra “Ser e Tempo”, de Martin Heidegger, iniciou uma reflexão a partir da aproximação fenomenológica da existência humana³². Heidegger rebateu a modernidade clássica do ser – próximo à metafísica – com a aproximação da condição humana – próximo à ontologia do ser. Em outras palavras, a busca de sentido da vida é um processo de construção que acontece na própria analítica da existência, e o sentido dado à mesma vida, do qual depende a condição humana. Esta tarefa considera a vida humana como uma integridade que deve ser abordada com autenticidade, pela necessidade de encontrar o “ser” que o fundamenta, a partir da própria análise da existência. Nesta perspectiva, o “sem sentido” não é o ilógico da modernidade, mas a falta de uma orientação fundamental de vida ou um horizonte de sentido. E essa é precisamente a realidade mais próxima para entender a depressão.

Embora Heidegger não estivesse preocupado com a depressão, ele apontou para elementos importantes na compreensão do ser humano no tempo (a construção da própria história de vida). Aqui, essa abordagem se faz interessante, posto entender a depressão não como um estado de vida, mas o resultado de uma história na vida. Todo ser humano procura o sentido da própria existência, mesmo que ela seja, aparentemente, insignificante. Isto supõe uma reflexão sistêmica da vida, assim com uma abordagem histórica da própria vida que busca sentido. A depressão, compreendida nesta perspectiva é, portanto, um caminho no processo de discernimento da existência; por isso, não pode ser vista como um aspecto isolado da vida, mas integrado à falta de sentido dela. Além disso, a história de vida é a história das relações que também estabelecemos. Assim, esta construção do sentido não se isola das relações humanas, mas se compreende também no contexto interpessoal. Numa linguagem mais atual, pode-se dizer que Heidegger ajuda a ressignificar a vida e, neste intento, construir o seu caminho.

Outro estudioso importante foi Hans George Gadamer, que se preocupou com a capacidade do ser humano de compreender a si mesmo (Hermenêutica), que passa a ser muito

³¹ BAHLS, 2000, p. 1-7.

³² HEIDEGGER, 2012, P. 47-77; 139-147.

importante na busca de sentido; este visto como um processo de ressignificação não ancorado no passado, como uma tradição rígida, mas como um eixo que está num constante processo hermenêutico de compreensão³³. Esta ideia é importante na semântica do problema tratado neste trabalho, que aponta para práticas de acompanhamento e atendimento que aconteceram na Paróquia de Itamaraju, onde foi observado não apenas um sintoma da depressão, mas uma história de vida complexa, que intenta reencontrar um sentido, numa caminhada pessoal e, portanto, dentro das inter-relações na vida da comunidade familiar, paroquial de bairro, entre outros.

1.2 Depressão: um mal que atinge a sociedade pós-moderna

O crescimento e desenvolvimento das sociedades transformaram as relações sociais e interpessoais em relações mais complexas e multiformes. Conseqüentemente, e de modo mais amplo e variado, as relações psicossociais foram afetadas, não apenas pela diversidade de interações físicas, mas também de interpelações virtuais, que revelam a intensidade do problema da depressão nas pessoas e suas relações com as sociedades. Esse fenômeno revelou tanto o crescimento quanto a importância de compreender melhor esse mal que vem atingindo a sociedade pós-moderna. Na atualidade, há uma intensa preocupação com o aumento do número de pessoas diagnosticadas com os transtornos do humor, principalmente a depressão. Sendo assim, é possível fazer uma analogia, ao mencionar que enquanto a melancolia foi vista como uma patologia significativa, no século XIX, a depressão vem sendo considerada o estado de mal-estar mais prevalente, atualmente.³⁴

O modelo das redes sociais também sinaliza o fenômeno da depressão. Neste contexto, o problema se agrava diante da fragilidade e falta de sigilo dos registros eletrônicos; diante da angústia de muitas vidas com a saúde mental comprometida. Notícias nesse sentido não faltam na mídia social eletrônica, que deixa mais vulnerável a privacidade das pessoas e, por isso, o acesso a relatos de depressão *online* resulta mais comum do que parece, assim como os intentos de minimizar essas ocorrências, colocando tudo no plano individual.

Como já sabido, a depressão é um problema pessoal, com fortes interações sociais e, por esse motivo, deve ser entendida como uma questão de saúde pública, haja vista esse

³³ GADAMER, Hans G. Verdade e Método. Tradução de Flávio Paulo Meurer, com revisão de tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Editora Vozes, 1999. Hermenêutica como urgência. p. 286; Hermenêutica como tarefa 450-460.

³⁴ KEHL, M. R. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009, p. 13.

transtorno supor uma pessoa em suas relações históricas e sociais, que necessita de políticas médicas adequadas. Para isso, é necessária uma política pública de saúde mental que garanta essa forma integral de tratamento desse mal.

1.2.1 Depressão: apenas um problema pessoal?

O sofrimento de pessoas com depressão é intenso, e acarreta muitos danos, não só à vida do indivíduo que por ela vem sendo assolado, como também para a sua família e sociedade de modo geral. Os sofrimentos psíquico e físico geram um desgaste muito grande nas pessoas que convivem com um caso depressivo, especialmente no núcleo familiar, pois o doente requer cuidados e atenção específicos. Somado a isso, ainda constata-se que uma sociedade sem políticas públicas que proporcionem lazer às pessoas, ou em que a qualidade de vida e a oportunidade de emprego são precárias, pode conduzir ao humor depressivo.³⁵

Conforme já mencionado, na época de Hipócrates, a depressão foi apontada como uma doença que envolvia alterações cerebrais biológicas; fato atualmente constatado, de certa forma, pelas Ciências Médicas. Esta ciência, entretanto, ainda não trouxe respostas completas a respeito da etiologia da doença, uma vez que os achados histológicos cerebrais não estão presentes em todos os pacientes, e por existirem vários tipos de depressão diagnosticados³⁶. Nesse sentido, é evidente que os estudos referentes ao transtorno, mesmo com os avanços das Ciências Médicas, permanecem inconclusivos, posto cada pessoa depressiva apresentar comportamento diferente. Sendo assim, para direcionar os estudos acerca do assunto, a depressão recebeu uma classificação, desde 1993, como apontam os autores a seguir:

A depressão como doença é classificada, segundo o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2013), como um Transtorno do Humor. No manual da Classificação Internacional das Doenças (CID-10, 1993) é classificada quanto à intensidade e predomínio de tipos de sintomas com a finalidade de quantificar a gravidade da doença e o nível de comprometimento do sujeito acometido.³⁷

No entanto, a depressão sinaliza o efeito de um longo processo histórico de cada pessoa. Afinal, o transtorno do humor, ou qualquer sinal que relata depressão, exige o resgate

³⁵ BAHLS, 2000, p. 1-7.

³⁶ NASCIMENTO, Alexsandro M.; PAULA, Rafael A.; ROAZZI, Antonio. Autoconsciência, religiosidade e depressão na formação presbiteral em seminaristas católicos: um estudo ex-post-facto. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, Uberlândia, v. 10, n. 1, p. 35-48, 2017, p. 35-48.

³⁷ CAMPOS, Bárbara C.; RODRIGUES, Olga Maria. P. R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *Revista Psico*, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p. 483-492, 2015, p. 483-492.

da história de cada indivíduo, isto é, nas relações, ao longo da história de vida, se observa a depressão como um assunto, não apenas individual, mas como um fenômeno que se aprofunda nas interações pessoais. Por isso, na definição de depressão vale inserir os sintomas sociais que ela carrega. Assim, como o transtorno é um fenômeno pessoal e também social, a OMS sempre o considerou como um assunto de saúde pública, no novo paradigma de tratamento, proporcionando cuidados e monitoramentos na comunidade; senão vejamos:

Importantes princípios dos cuidados em saúde mental. Incluem-se entre eles o diagnóstico, a intervenção precoce, o uso racional de técnicas de tratamento, a continuidade dos cuidados e uma ampla variedade de serviços. Constituem princípios adicionais a participação dos utentes, as associações com as famílias, o envolvimento da comunidade local e a integração nos cuidados primários de saúde. [...] A saúde mental das comunidades deve ser monitorizada, mediante a inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação e de notificação de saúde. Os indicadores devem incluir tanto o número de indivíduos com estes problemas e a qualidade dos cuidados que recebem, como algumas medidas mais gerais da saúde mental das comunidades. Essa monitorização ajuda a determinar tendências e a detectar mudanças na saúde mental, em resultado de eventos externos, tais como catástrofes.³⁸

1.2.2 Depressão: um problema social e de saúde pública

Sabe-se que, na atualidade, a depressão vem se destacando por dados epidemiológicos de alta prevalência e morbidade, o que a coloca no posto de problema de saúde pública. Conforme estatística divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), esse mal se revela, hoje, como a quarta doença mais diagnosticada em nível mundial, e pode-se dizer que um sexto da população apresentou ou apresentará algum tipo de manifestação dessa natureza.³⁹

Como verificado no breve exposto, a OMS tem um papel importante no combate e pesquisa dessa doença, considerada o mal do século, conforme já mencionado, ficando evidente o seu crescimento contínuo na sociedade. Os dados recolhidos da OMS, no período de 2005 – 2015 apontam que:

Mais de 300 milhões de pessoas já foram diagnosticadas e/ou vivem com depressão no mundo. Estima-se que entre 15 e 25% da população mundial já foi acometida por esse transtorno e que uma em cada quatro pessoas irá fazer tratamento para esta enfermidade ao menos uma vez na vida. No caso específico do Brasil, cerca de 24 a 30 milhões de pessoas, apresentaram, apresentam ou apresentarão pelo menos um

³⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório mundial da saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Climepsi, 2002, p. 11-12.

³⁹ AZEVEDO; ALMEIDA; MOREIRA, 2009, p. 65-85.

episódio depressivo uma vez na vida, situação que lhe coloca em liderança do ranking dos países em desenvolvimento.⁴⁰

Esses números revelam que a situação é grave, demonstrando que o Brasil precisa investir em medidas mais eficazes e acessíveis, com políticas públicas voltadas, em especial, à saúde mental, que atendam à população com transtorno depressivo⁴¹, visto ainda não existir uma estratégia de combate eficaz e duradouro para compreender melhor o impacto real dessa doença no País. Como isso ainda não acontece, vamos presenciando, a cada ano, o aumento de casos, com maior incidência nas regiões Sul e Sudeste. Esse fato abre uma lacuna para construir, ao longo da pesquisa – especialmente no segundo e terceiro capítulos – os argumentos que apontam para as contribuições que a Paróquia Nossa Senhora de Fátima, em Itamaraju – BA, pode oferecer em relação à superação da depressão, a partir do aconselhamento pastoral e da práxis do cuidado com os seus fiéis.

A OMS considera que a depressão, dentro um novo paradigma, é a compreensão social da questão:

A importância da saúde mental é reconhecida pela OMS, desde a sua origem, o que se reflete na sua própria definição de saúde, como ‘não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade’, mas como ‘um estado de completo bem-estar físico, mental e social’.⁴²

1.2.3 O fenômeno da depressão no Brasil

No infográfico da OMS para o Brasil, foram apresentados alguns dados que destacam a situação delicada em que vivemos. O crescimento da depressão no nosso meio é preocupante, elevando o País ao título de mais depressivo da América Latina, acometendo mais as mulheres. Segundo a organização mundial da saúde (OMS), o Brasil é o segundo com maior número de depressivos nas Américas com 5,8% da população, ficando somente atrás dos Estados Unidos, com 5,9% de depressivos. A doença afeta 4,4% da população Mundial.⁴³

Segundo o levantamento do *The Lancet*, as desordens mentais, como a depressão e a ansiedade, estão entre as principais condições de saúde não fatais que levam os brasileiros a

⁴⁰ SEIXAS, Yasmim K. M. *Depressão em acadêmicos de enfermagem*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Uniceplac, Gama, 2019, p. 1-14.

⁴¹ CHIAVENATO, 2011, p. 597.

⁴² OMS, 2002, p. 30.

⁴³ HURSO. *OMS considera depressão uma epidemia global*. 02 jan. 2020. [online]. [n.p.].

conviverem, cada vez mais tempo, com algum tipo de incapacitação.⁴⁴ Em suma, essas são as ponderações mais pertinentes quanto à origem da depressão, em âmbito global, visto nunca ser tratado o motivo, mas, sim, a doença.

Aqui, vale destacar que o estilo de vida da sociedade capitalista tem deixado os indivíduos cada vez mais propensos a desenvolverem quadros depressivos, o que acaba por gerar maior faturamento para as indústrias farmacêuticas, com a crescente venda de remédios antidepressivos.

Em boa parte desses casos, entretanto, a depressão chega a se comportar de forma incapacitante, comprometendo atividades cotidianas das pessoas acometidas pela patologia, podendo acarretar absenteísmos, redução de produtividade, acidentes de trabalho, empobrecimento das relações interpessoais, aquisição de outras enfermidades, bem como risco prematuro de morte, com anos potenciais de vida perdidos, devido à ideação suicida.⁴⁵

Em consequência disto, existe uma apatia na sociedade como um todo, pois, geralmente, a doença é tratada como algo passageiro, ou sem muita importância, até acontecerem casos de suicídio em decorrência deste mal. Quando isso acontece, muitas vezes, passamos a questionar certos estilos de vida, por algum tempo, mas logo a neutralidade é retomada, e seguimos sendo engolidos pelo sistema, iludidos por promessas de melhorias de vida, através de pílulas da felicidade, e da prosperidade frívola como suposta cura para todos os problemas psicossociais.⁴⁶

Doutra banda, todas as formas midiáticas, fontes literárias e científicas, bem como os profissionais de saúde vêm se voltando mais para tais questões, isto é, para essas mudanças de comportamento, abordando seus sintomas, etiologias e possibilidades de tratamento, mesmo com a existência de alguns entraves, como o estigma populacional e a negação da vivência da situação, principalmente.⁴⁷ Nessa vertente, é importante observar que a construção de uma sociedade esclarecida emerge do campo da comunicação, lugar este que é tido como um agente de socialização. Desse modo, os meios de comunicação possibilitam a difusão de informação, desempenha um papel de extrema relevância na sociedade para alertar sobre os impactos sociais da depressão.

⁴⁴ CHISHOLM, D. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, [s.l.], v. 3, p. 415-424, 2016, p. 415-424.

⁴⁵ ABREU, N.; OLIVEIRA, I. R. Terapia Cognitiva no Tratamento de Depressão. In: CORDIOLI, A. V. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 33-38.

⁴⁶ ABREU; OLIVEIRA, 2008, p. 33-38.

⁴⁷ MACHADO, S. C. E. P. Psicoterapia Psicodinâmica das depressões e Psicoterapia do luto Normal e Patológico. In: CORDIOLI, A. V. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 52-63.

Os membros da enorme massa populacional vivenciam, hoje, um mundo repleto de transformações sociais, econômicas e culturais, comparativamente às épocas remotas da história das sociedades. Esses indivíduos, por sua vez, são fundamentalmente caracterizados pela heterogeneidade e diferença, apresentando fragmentação, indeterminação e desconfiança nos discursos universais, o que implica mudança profunda da estruturação dos sentimentos.⁴⁸ Tais transformações modificaram, também, os traços de subjetividade e são consequência da transição do período moderno para o pós-moderno.

Estudos internacionais comprovam a efetividade da intervenção psicológica e seus benefícios, que se revelam presentes, também, em outras patologias, além daquelas relacionadas com a perturbação mental.⁴⁹ Esta, enfatiza-se, vem revelando um aumento considerável, e as suas consequências reforçam a necessidade de intervenção psicológica. Acrescido a isto, menciona-se o fato de o estilo de vida, preconizado hoje como adequado ou dentro dos padrões de normalidade, ser pautado na construção de uma família nuclear, na valorização do individualismo competitivo, numa sociedade do espetáculo, que vangloria o mundo da iconoclastia, do consumismo exacerbado e do desenvolvimento tecnológico e científico. As pessoas tentam seguir piamente essas condutas e não se atentam para as prováveis consequências disso tudo.

Nesse sentido, torna-se fácil entender que as consequências diretas desses fenômenos acabam por ocultar a troca de experiências, ocasionando o empobrecimento da vida interior e, por tabela, a dificuldade de simbolização, o que contribui facilmente para a proliferação de psicopatologias como a depressão.⁵⁰ A partir desse pressuposto, a socialização dos indivíduos perante sua personalidade, atitudes e formação de opiniões como mecanismo de controle e planejamento de suas próprias atividades cotidianas é, de fato, uma responsabilidade do Estado, ou seja, para a oferta de políticas públicas de saúde eficientes e eficazes, que garantam a saúde mental da sociedade como um todo.

⁴⁸ MENDES, Elzilaine D.; VIANA, Terezinha de C.; BARA, Olivier. Melancolia e Depressão: um estudo psicanalítico. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 30, n. 4, p. 423-431, 2014, p. 423-431.

⁴⁹ CARVALHO, Sílvia. Psicoterapia e Medicina Geral e Familiar: o potencial da terapia cognitivo comportamental. *Revista RPMGF*, Lisboa, v. 30, n. 6, p. 406-409, 2014, p. 406-409.

⁵⁰ BIRMAN, J. *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012, p. 47.

1.3 Depressão: fatores de risco, fatores de prevenção e formas de tratamento

No Século XX, a OMS reconheceu a mudança de paradigmas com o surgimento da Psicofarmacologia, dos movimentos dos Direitos Humanos, e da compreensão dos fatores sociais na definição de causas e de prevenção da depressão, como se vê:

A psicofarmacologia fez progressos significativos, com a descoberta de novas classes de drogas, particularmente neurolépticos e antidepressivos, bem como foram desenvolvidas novas modalidades de intervenção psicossocial. [...] O movimento a favor dos direitos humanos converteu-se num fenómeno verdadeiramente internacional, sob a égide da recém-criada Organização das Nações Unidas, e a democracia avançou em todo o globo, embora a diferentes velocidades. [...] Componentes sociais e mentais foram incorporados com firmeza na definição de saúde [...] da recém-criada OMS, em 1948.⁵¹

Estes três fatores são importantes, já que sua articulação interdisciplinar abriu a capacidade de entender o fenómeno da depressão. Atualmente, a compreensão contemporânea desse mal, como um assunto farmacológico, é uma realidade, ainda que possam existir críticas a respeito pelo abuso de produtos químicos. No entanto, existem bases científicas suficientes para confirmar os efeitos das substâncias no corpo humano e na composição química do cérebro. Por isso, deve-se reconhecer, de forma prudente e científica, o poder dos psicofármacos, combinados com substâncias regulamentadas, no tratamento da depressão. Este assunto em si exige um trabalho interdisciplinar no interior das Ciências (Humanas e Técnicas). Sendo assim, esta abordagem despertou a necessidade da interação de importantes áreas da Medicina, como a Endocrinologia, que identificou o poder dos hormônios no comportamento humano; a Nutrologia, com o bem-estar do corpo e seus nutrientes, entre outros.

A Declaração dos Direitos Humanos é uma carta que orienta e obriga a implantar a política de todos os países membros. Os Direitos Humanos não é uma opção que um país ou uma sociedade pode ter, mas um dever, uma obrigação, que consiste no desenvolvimento da dignidade da pessoa humana, especialmente diante de situações depressivas que causam a perda de dignidade como pessoa e como sociedade. Essa dignidade é negada, quando as políticas de emprego e renda humilham o trabalhador; quando a usurpação e apropriação dos territórios de nações indígenas obrigam os nativos a deixarem suas terras ancestrais; quando se nega o mínimo para viver, que é o direito à moradia digna; quando a concentração de renda

⁵¹ OMS, 2002, p. 95-96.

fica nas mãos de poucos; quando se obriga a viver outras culturas e tradições, outras línguas e expectativas de vida.

Por ser um direito, a dignidade humana não pode ser negada. Sendo assim, é importante que as políticas em saúde mental colaborem com ações efetivas contra essa negação e, com isso, possam sobrelevar situações extremas que tiram o sentido da vida de muitas pessoas. Para que isso aconteça, um mínimo de cuidado deve ser assegurado, a saber, que os regimes das nações cuidem da liberdade e da democracia participativa.

Enfim, como visto, a depressão depende de fatores sociais. Por isso, o risco e a prevenção não se limitam ao tratamento personalizado, mas ao cuidado do bem social da comunidade humana (nação, país, estado, município, bairro, etc).

1.3.1 Fatores de risco

A representação social da depressão mostra-nos intensamente um dos seus principais agentes: a inércia psicológica na sociedade pós-moderna, limitando o desenvolvimento social e físico do indivíduo. As agitações depressivas são recorrentes e prevalentes, impactando, em uma escala desproporcional, o modo de vida dos indivíduos, bem como dos seus familiares e amigos mais próximos, associando-se à taxa de mortalidade e custos econômicos elevados.

Entende-se por fatores de risco os eventos negativos que aumentam a predisposição de qualquer indivíduo em deflagrar problemas físicos, sociais e emocionais.⁵² São mais frequentes em indivíduos que não possuem uma boa rede de relações interpessoais, tanto com familiares quanto com amigos, tendo o risco de acarretar mais comorbidades, das quais as mais frequentes são: o abuso de álcool ou substâncias, as perturbações de pânico, a perturbação obsessivo-compulsiva, e a ansiedade social.

A Depressão ainda continua sendo uma incógnita e, em vários aspectos, controversa. Nessa perspectiva, muitas pesquisas vêm sendo realizadas considerando diversas variáveis, como, por exemplo, faixa etária, sexo, transtornos alimentares etc. Vários fatores são levados em conta na gênese desse transtorno, de modo especial os biológicos e psicossociais, que agem fortemente entre si e na manifestação patoplástica dessa doença.⁵³

⁵² TABOADA, Nina G.; LEGAL, Eduardo J.; MACHADO, Nivaldo Resiliência: em busca de um conceito. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 104-113, 2006, p. 104-113.

⁵³ NASCIMENTO; PAULA; ROAZZI, 2017, p. 37.

Para o tratamento do transtorno, a intervenção comumente adotada é o tratamento psiquiátrico, tendo a medicação importância fundamental, em especial nos casos crônicos. A psicoterapia também tem apresentado a sua valiosa colaboração.⁵⁴

Um dos fatores de risco mais atribuídos à depressão tem sido o estresse, que pode ser considerado sob as vertentes biopsicossociais, como o componente genético. Nesse componente, por exemplo, é possível dizer que a magnitude de uma reação emocional negativa como essa doença é maior em gêmeos univitelinos do que em bivitelinos, quando são expostos a agentes estressores. Isso não exclui, entretanto, a influência do meio como um potencial agente estressante, tais como os diversos eventos de vida e conflitos interpessoais.⁵⁵ Para explicar a vulnerabilidade genética à depressão, diversos autores atribuem-na à ocorrência de um trauma ou evento estressor na infância.

No que tange aos eventos da vida, o estresse pode levar à depressão, devido a uma perda muito significativa de alguém ou de algo, o que leva à deflagração de um sentimento bastante doloroso. Conseqüentemente, o corpo vai paralisando, por não conseguir aceitar e simbolizar essa ausência, entrando em um estado depressivo, que nada mais é do que uma defesa natural ou espontânea para lidar com as emoções.⁵⁶ O estresse está imbricado à causa ou piora de episódios depressivos, sendo, portanto, influenciado por atributos da personalidade, vulnerabilidade genética, eventos de vida e conflitos interpessoais.

1.3.2 Fatores de prevenção

Em contraposição aos fatores de risco, existem aqueles que atuam impedindo a depressão, sendo denominados de fatores de prevenção, como o suporte social frente às adversidades dos estressores ambientais e interpessoais.⁵⁷ Compreende-se por suporte social qualquer processo através do qual as relações pessoais proporcionam saúde e bem-estar, atenuando o nível de estresse e, conseqüentemente, de sintomas depressivos. Consegue-se alcançar essa situação mais facilmente quando se tem uma autoestima mais elevada,

⁵⁴ NASCIMENTO; PAULA; ROAZZI, 2017, p. 35-48.

⁵⁵ FEITOSA, Fábio B. A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, Rondônia, v. 34, n. 2, p. 488-499, 2014, p. 488-499.

⁵⁶ FÉDIDA, P. *Depressão*. São Paulo: Escuta, 1999, p. 23-27.

⁵⁷ TABOADA; LEGAL; MACHADO, 2006, p. 104-113.

habilidades sociais assertivas, maior empatia com o próximo, pois, assim, aumenta-se a rede social de interação para esse suporte.⁵⁸

No tocante ao tratamento do transtorno depressivo, cita-se a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que se caracteriza por ser um tipo específico de psicoterapia que foca na importância dos processos cognitivos na compreensão e no tratamento dos transtornos mentais. Tal terapia foi desenvolvida por Aaron Beck, no final dos anos 1950, tendo se tornado uma das psicoterapias mais investigadas de forma empírica, e que traz mais evidências científicas de eficácia, com comprovação de que breves intervenções psicológicas já permitem a melhora do funcionamento psicológico e redução do número de consultas médicas.⁵⁹ A Terapia Cognitivo-Comportamental, de Aaron Beck, aprofundada no tema de crenças, percepções e motivações, enfatiza justamente esses fatores para analisar como atuam no temperamento e nas ações dos indivíduos.

Desde, aproximadamente, 45 anos atrás, quando o papel da cognição na depressão e na terapia foi descrito pela primeira vez na literatura, tem havido um progresso contínuo no desenvolvimento da teoria e da terapia cognitivas (TC). Os experimentos empíricos de ambas refinaram o modelo cognitivo, com o passar dos anos. Entretanto, as características essenciais da TC persistiram, especialmente a ênfase na influência do pensamento distorcido e da avaliação cognitiva irrealista de eventos sobre os sentimentos e comportamentos do indivíduo. Aaron Beck, o fundador da terapia cognitiva, formulou uma base teórica coerente, antes do desenvolvimento de estratégias terapêuticas.⁶⁰

Na visão de Beck e outros autores, como Willian James, as crenças que os indivíduos têm de si mesmos sobre o mundo e o futuro determinam o modo como se sentem, o que e como pensam, e afetam profundamente o seu bem-estar emocional, causando doenças ou motivação de crenças psicológicas.

A ideia de percepção é entendida como o processo que ocorre entre sentir e pensar; como é interpretada a sensação em determinado contexto, e de acordo com a sua bagagem emocional e história de vida. Nos seres humanos é desenvolvida a percepção visual e a auditiva. Além da percepção ligada aos cinco sentidos, possuem a percepção temporal e espacial, bem como os processos mentais, a memória e a interpretação dos dados percebidos.

⁵⁸ FELDMAN, P. ; COHEN, S. Social support. In: KAZDIN, A. E. (ed.), *Encyclopedia of Psychology*. New York: Oxford University Press, 2000, p. 373-376.

⁵⁹ CARVALHO, 2014, p. 406-409.

⁶⁰ KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, n. 2, p. 54-64, 2008, p. 54-64.

Ainda com relação à percepção, o ser humano desenvolve os esquemas, ou pensamentos disfuncionais mais profundos, de maneira precoce, ainda em seu desenvolvimento, onde as crenças agem como *filtros*, pelos quais as informações e experiências atuais são processadas, sendo elas moldadas por experiências pessoais e derivadas da identificação com outros indivíduos e da percepção das atitudes destes.⁶¹

A denominação Terapia Cognitiva Comportamental foi trazida por Aaron Beck, que considerava introspecção, insight, testagem da realidade, e aprendizagem como processos cognitivos. Entendia este teórico que os problemas psicológicos podem ter sua resolução através da correção de concepções errôneas e do aprendizado de atitudes mais adaptativas, ou seja, o papel do terapeuta, para Beck, é auxiliar o cliente a identificar seus pensamentos aberrantes e aprender maneiras mais realistas de formulá-los. Atribui a aceitação fácil dessa premissa por parte do cliente à sua experiência anterior em corrigir interpretações errôneas. O paciente estaria aplicando as mesmas técnicas de resolução de problemas que anteriormente empregou em sua vida. Na TCC, o cliente identifica seus pensamentos errôneos, que ocorrem em situações específicas e são responsáveis pelos problemas emocionais. Ele é encorajado a perceber e, se necessário, anotar os pensamentos anteriores ao seu comportamento. O autor admite ser esse tipo de terapia mais adequado ao cliente que está acostumado a fazer introspecção e a refletir sobre os seus pensamentos e fantasias.⁶²

Cabe ressaltar que as terapias, no geral, são apenas alguns dos tratamentos disponibilizados para o indivíduo que apresenta transtorno depressivo, mas, pelos resultados positivos, são amplamente recomendadas. Contudo, no Brasil, apenas 10% das pessoas que sofrem depressão procuram tratamento e ajuda médica especializada, o que provavelmente se justifica pela dificuldade de acesso aos dispositivos públicos de saúde, ou pela precariedade desses, ou, ainda, pela falta de recursos humanos qualificados para o atendimento da demanda, como vemos a seguir:

Dados recém-divulgados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, do IBGE, apontam conclusões que nós, profissionais de saúde mental já observamos de perto nas clínicas e consultórios: um crescimento significativo do número de casos de depressão no Brasil. Segundo a pesquisa, 16,3 milhões de pessoas com mais de 18 anos sofrem da doença, um aumento de 34,2%, de 2013 para 2019. Em alguns Estados, como Rondônia, o incremento foi de 70%. Na Paraíba já são mais de 220 mil diagnosticados. No Espírito Santo, 350 mil. São índices alarmantes. A PNS traz outras informações interessantes: as regiões urbanas registram a maior prevalência

⁶¹ KNAPP; BECK, 2008, p. 54-64.

⁶² KERBAUY, R. R. Keller: o cientista ensina. In: KERBAUY, R. R.; FERNANDES, F. (orgs.) *Keller: coleção grandes cientistas sociais*. São Paulo: Ática, 1983, p. 7-42.

de casos de depressão (10,7%), enquanto nas áreas rurais o índice é de 7,6%. Estados do Sul e Sudeste têm 15,2% e 11,5%, respectivamente, de adultos com diagnóstico confirmado de depressão. Em seguida aparecem Centro-Oeste (10,4%), Nordeste (6,9%) e Norte (5%). Quando analisados os dados por sexo, as mulheres são as que mais sofrem de depressão: 14,7%, frente a 5,1% dos homens. Os idosos entre 60 e 64 anos representam a faixa etária com maior incidência: 13,2%. [...] Ano passado a OMS já havia apontado o Brasil como o país com mais deprimidos da América Latina, com 5,8% da população padecendo da doença, frente aos 4,4% nos demais países do continente. A situação é grave se considerarmos o descaso do atendimento em saúde pública com as doenças mentais no Brasil, que recebem destinação pífia do orçamento da pasta. Os novos números apresentados agora pela PNS são ainda mais preocupantes se levarmos em conta que a pesquisa é anterior à pandemia, quando casos de depressão e ansiedade cresceram significativamente.⁶³

Os dados acima expostos levantam, uma vez mais, a importância da prevenção. Eles indicam, de forma indireta, o valor de entidades do terceiro setor, como igrejas e instituições filantrópicas, no apoio a pessoas que sofrem com depressão, apresentando-a como um problema da saúde pública, por se tratar do bem social mais valioso: a dignidade da pessoa humana, que deve ser cuidada segundo a Constituição brasileira (Constituição da República Federativa do Brasil, artigo 1º),⁶⁴ haja vista ser papel do estado prevenir esse mal, como se vê no texto abaixo, *in verbis*:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.⁶⁵

No Brasil, a exemplo de outros países de matriz neoliberal e emergente, as terapias e tratamentos terapêuticos demandam altos investimentos. As ideologias do “estado mínimo” neoliberal parecem ter efeitos perversos no atendimento à saúde mental e à prevenção, fazendo com que a maior parte da população tenha acesso negado a esses tratamentos preventivos. A privatização da saúde, o mais precioso bem do Estado, para interesses econômicos da indústria farmacêutica e dos planos de saúde parece ser um caminho sem retorno e uma sentença para o sofrimento dos mais pobres desta terra.

Assim sendo, vale ressaltar que maiores investimentos públicos em saúde mental não é um pedido que a sociedade civil deve fazer aos seus governantes, mas uma exigência, apoiada na Constituição Federal. Já na perspectiva do humanismo cristão, é um dever ético de

⁶³ GIGLIOTTI, Analice. *IBGE: crescimento da depressão é realidade no Brasil*. In: VEJA RIO [Site institucional]. 24 nov. 2020. [n.p.]. [online]. [n.p.].

⁶⁴ Na Constituição da República Federativa do Brasil, art. 3, agrega: “III—erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV—promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. Saiba mais em: BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Presidência da República. [online]. [n.p.].

⁶⁵ BRASIL, 1988, [n.p.].

reconhecimento da dignidade da pessoa humana. No entanto, há sinais de mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS) para a questão, vez que o papel da OMS em políticas internacionais de saúde obriga o governo brasileiro a internalizar as abordagens adequadas para a prevenção das causas e fatores de risco da depressão.⁶⁶

Neste sentido, vale indicar o potencial papel que as instituições religiosas podem desempenhar na ajuda para o tratamento desse transtorno. É provável que essa intervenção das entidades religiosas venha a ser questionada por segmentos políticos, sob a alegação de por em risco o valor do estado laico, bem como o atendimento na saúde pública mental por entidades religiosas pode desviar suas funções para atividades proselitistas. Por isso, esse papel deve ser bem transparente e delicado, posto haver, infelizmente, entidades que se autoneameiam religiosas que fazem uso de recursos públicos para esse fim, tornando essa atividade uma fonte de recursos para isenções fiscais.

1.4 Um olhar da religião acerca do estado depressivo da sociedade

A interligação entre a religiosidade e a saúde nos remonta aos primórdios da evolução humana e formação da sociedade, onde os poderes da *cura* estavam nas mãos dos que lidavam com o espírito – sacerdotes, xamãs, gurus, etc. – aos quais era reconhecido o *poder* para tratar dos males do corpo.⁶⁷ Com o surgimento e avanço das Ciências, a associação desse tripé – religiosidade, espiritualidade e saúde – deixou de ser questionada empiricamente para ser discutida cientificamente.⁶⁸

Em meio a tudo isso, na atualidade, é possível notar que a sociedade está cada vez mais adoecida, seguindo o modelo de consumo imposto pelo sistema capitalista, ficando o ser humano perdido nessa seara de problemas, vivendo como escravo moderno, ao acreditar que deve levar a vida apenas com objetivos de ter e adquirir coisas, tornando-se, ao final de tudo, o próprio produto dessa teia social. É nesse contexto fértil, que entra a doença considerada o mal do século: a depressão. E é aí que aparecem as indústrias farmacêuticas prometendo a cura, através de cápsulas, o que acaba por gerar um ciclo vicioso, pois a real cura não pode ser comprada.

⁶⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnósticos e prevenção*. [s.d.]. [online]. [n.p.].

⁶⁷ PINTO, Cândida; PAIS-RIBEIRO, José Luís. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Revista Arquivos de Medicina*, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007, p. 47-53.

⁶⁸ SANTOS, Franklin S. Espiritualidade e saúde mental: espiritualidade na prática clínica. *Revista Segmento Farma*, São Paulo, n. 4, p. 1-7, 2009, p. 1-7.

Em contrapartida, deve-se também reconhecer os perigos da religião para pessoas que sofrem depressão, visto que suas possíveis alienações e projeções na vida institucional religiosa, assim como o desenvolvimento de sentimentos fanáticos com o religioso, podem encobrir outros problemas que ameaçam à saúde mental desses indivíduos.

1.4.1 Indicadores e estudos sobre religião e o fenômeno da depressão

Atualmente, algumas pesquisas que investigam as relações entre envolvimento religioso e saúde física e mental têm sido publicadas.⁶⁹ Tais relações vêm sendo cada vez mais estudadas, e as evidências têm apontado que as práticas religiosas e espirituais estão associadas a uma melhor saúde física e mental, bem como maior longevidade e apoio social.⁷⁰ Dessa forma, muitas pessoas, por não acreditarem em milagres da indústria farmacêutica, migram seu foco para a religião, como uma última tentativa, procurando conforto espiritual e cura para essa patologia.

Assim sendo, vale ratificar o papel da religião na formação do indivíduo, visto que esta tem uma função social muito importante na sociedade. Para muitos, por exemplo, o acesso à informação, inicialmente, se dá através da igreja, de onde se observa todo o perfil social do indivíduo, sendo possível identificar seu estado psicológico.

Corroborando com o exposto, estudos epidemiológicos consistentes mostram que existe uma relação positiva entre religiosidade e a melhora dos indicadores de saúde.⁷¹ Pessoas envolvidas em atividades com frequência em serviços religiosos - orações e leitura de textos religiosos - e que se consideram “mais religiosas”, apresentam maior bem-estar psicológico e menor prevalência de depressão, além de menor uso, abuso, ou dependência de substâncias, e baixo comportamento suicida.⁷²

Além disso, crenças e atividades religiosas têm sido ainda associadas a melhor função imunológica, menores taxas de mortalidade devido ao câncer e a doenças cardíacas, menores

⁶⁹ MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PINSKY, Ilana; ZALESKI, Marcos; LARANJEIRA, Ronaldo. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 18-21, 2010, p. 18-21.

⁷⁰ GUIMARÃES, Hélio P. ; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 88-94, 2007, p. 88-94.

⁷¹ STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e Saúde. In: SALGADO, Mauro I.; FREIRE, Gilson. (orgs.). *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte: Inede, 2008, p. 427-443.

⁷² DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 177-178, 2006, p. 177-178.

níveis de colesterol e pressão arterial, diminuição da ansiedade, menor uso de substâncias proibidas, menos casos de depressão, ou sua recuperação mais rápida; aumento de comportamentos saudáveis, como fumar menos, praticar mais exercícios e ter melhor qualidade de sono; redução das taxas de suicídio, maiores bem-estar, apoio social, estabilidade, e satisfação conjugal, esperança, otimismo; e mais propósito e significado para a vida.⁷³

Há, ainda, estudos desenvolvidos nos Estados Unidos apontando para uma associação positiva entre envolvimento religioso com pessoas do sexo feminino e maior idade.⁷⁴ Já aqui, no Brasil, um levantamento realizado com amostra nacionalmente representativa, também evidenciou que as mulheres e os mais idosos apresentavam níveis significativamente maiores de comprometimento com práticas religiosas individuais e coletivas, mesmo após controle para os outros fatores sociodemográficos.⁷⁵

1.4.2 Religião, depressão e pobreza

Alguns autores propõem que a religiosidade tende a ser maior entre indivíduos de camadas mais desfavorecidas economicamente. Todavia, em um estudo desenvolvido, recentemente, com a população brasileira, indicadores de níveis socioeconômicos, como renda, nível educacional, ocupação e estado civil, não apresentaram associações significativas com a religiosidade.⁷⁶ Investigações sobre o enfrentamento dos problemas de saúde, sua relação com fatores sócio-demográficos, e os aspectos clínicos de pessoas portadoras de HIV/AIDS mostraram que pessoas com escolaridade até o Ensino Médio incompleto apresentaram médias mais elevadas, estatisticamente significativas, demonstrando maior utilização da busca de práticas religiosas como forma de enfrentamento para seus problemas.⁷⁷

Todavia, em contraste com esses estudos, que indicam a influência benéfica dos fatores religiosos sobre a saúde de indivíduos e populações, há outros que mostram resultados opostos, associando a religião e religiosidade com pior estado de saúde mental e física, com

⁷³ KOENIG, H. G. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, [s.l.], v. 13, n. 4, p. 213-224, 1998, p. 213-224.

⁷⁴ KRAUSE, Neal. Religion, aging, and health: exploring new frontiers in medical care. *Southern Medical Journal*, [s.l.], v. 97, n. 12, [n.p.], 2004, [n.p.].

⁷⁵ MOREIRA-ALMEIDA; PINSKY; ZALESKI; LARANJEIRA, 2010, p. 18-21.

⁷⁶ MOREIRA-ALMEIDA; PINSKY; ZALESKI; LARANJEIRA, 2010, p. 18-21.

⁷⁷ SEIDL, Eliane M. F. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 421-429, 2005, p. 421-429.

comportamentos negativos de enfrentamento às patologias, com o uso inadequado dos serviços de saúde.⁷⁸ Maton, citado por Chatters,⁷⁹ menciona que certas doutrinas religiosas podem gerar estados emocionais negativos, como, por exemplo, a culpa, a vergonha e a ansiedade, bem como atitudes e crenças que reforçam a visão negativa da natureza humana. O uso impróprio da religião, que leva ao fanatismo, asceticismo, mortificações e tradicionalismo opressivo, também pode ter consequências negativas sobre a saúde das pessoas e comunidades.⁸⁰

1.4.3 Escassez de informação acerca do papel positivo ou negativo da religião

Conforme o exposto até aqui, percebeu-se que os potenciais efeitos, positivos ou negativos, da religiosidade sobre a saúde física e mental de indivíduos e populações, justificam o interesse e a importância de se investigar esse fenômeno presente na cultura brasileira e mundial.

Ao observar a literatura atual, no entanto, percebe-se que ainda são poucos os estudos de base populacional, principalmente no que se refere à realidade brasileira. Em sua grande maioria, os estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos e Europa, havendo ainda uma grande lacuna de conhecimento sobre esse tema no Brasil,⁸¹ embora os dados oficiais revelem que mais de 90% da população brasileira se declara praticante de alguma religião.⁸² Outro levantamento, também recente, realizado com uma amostra probabilística da nossa população, evidenciou altos níveis de religiosidade. Nesta pesquisa, 83% dos participantes informaram ser a religião muito importante na sua vida, e 37% disseram frequentar um serviço religioso pelo menos uma vez por semana.⁸³

Assim sendo, considera-se que estudos como este, que pretende analisar a relação da religiosidade com características pessoais e de saúde de uma população, são de bastante

⁷⁸ ELISSON, Christopher G.; LEVIN, Jeffrey, S. The religion-health connection: evidence, theory, and future directions. *Sage Journals*, [s.l.], v. 25, n. 6, [n.p.], 1998, [n.p.].

⁷⁹ CHATTERS, Linda M. Religion and Health: public health research and practice. *Revista Public Health*, [s.l.], n. 21, p. 335-367, 2000, p. 335-367.

⁸⁰ ALVES, Rômulo R. da N.; ALVES, Humberto da N.; BARBOZA, Raynner R. D.; SOUTO, Wedson de M. S. Influência da religiosidade na saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2105-2111, 2010, p. 2105-2111.

⁸¹ PERES, Julio F. P. ; SIMÃO, Manoel J. P. ; NASELLO, Antônia G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 136-145, 2007, p. 136-145.

⁸² INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010, [online], p. 1-215.

⁸³ MOREIRA-ALMEIDA; PINSKY; ZALESKI; LARANJEIRA, 2010, p. 18-21.

relevância, vez que visam à investigação de um fenômeno tradicional da cultura humana que, apesar de conhecido desde a antiguidade, ainda tem sido pouco estudado e explorado cientificamente, sobretudo na realidade brasileira. Ao longo deste estudo, será retratada, de forma detalhada, a relação entre religião e o combate à depressão na sociedade.

As lacunas evidenciadas neste capítulo apontam para a necessidade de se pensar algumas propostas práticas para as instituições religiosas, em relação às pessoas com depressão. Por isso, segue uma tentativa de construir uma reflexão crítica sobre tais propostas, sem perder de vista o contexto da Paróquia Nossa Senhora de Fátima, em Itamaraju – BA.

Finalmente, vale indicar a religião como um fenômeno; e, como tal, apresenta iniciativas diante da depressão que exigem maior compreensão, posto, muitas vezes, essas iniciativas correrem o risco de serem deslocadas para ambientes ideológico-religiosos, e de manipulação de pessoas em estado de fragilidade psíquica. A religião como “ópio do povo parece ecoar no campo da alienação do ser humano. Mas, como construção de história, também pode indicar novas perspectivas de sua compreensão, como a hermenêutica de recuperar o sentido (resiliência da vida), conforme sugere o filósofo Paul Ricoeur.⁸⁴ Por isso, a responsabilidade dos campos da religião e das ciências médicas é importante, visto gerar grande impacto sobre vidas humanas, por provocar transformações relevantes.

⁸⁴ RICOEUR, Paul. *Teoria da interpretação*. Lisboa: Edições 70, 1976, p. 29-32. Veja também: RICOEUR, Paul. *Interpretação e ideologias*. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990, p. 63.

2 EXPERIÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICO-PASTORAL DE PESSOAS COM DEPRESSÃO

Neste capítulo, são apresentados modelos práticos de acompanhamento pastoral, que têm como práxis comum o cuidado de pessoas e suas relações humanas. Geralmente, esses modelos foram iluminados e inspirados em ações pastorais de acolhida, diante do fenômeno da depressão. Variadas experiências pastorais católicas relatam, por meio da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil), uma forte preocupação pela saúde mental, no Brasil. Desses relatos, surgiram modelos de abordagem e preocupações permanentes diante da gravidade da situação, ao mesmo tempo em que surgiu a necessidade de uma ajuda especializada no campo da saúde mental.

Os casos de depressão, ansiedade e estresse têm aumentado muito neste período da pandemia, segundo dados divulgados e situações vividas por pessoas que conhecemos. O isolamento social, a crise econômica, o desemprego, a morte de familiares e amigos, as incertezas e o medo repercutem na vida das pessoas, afetando a saúde mental. Certamente, havia dados preocupantes no Brasil, antes da pandemia. Transtornos mentais existentes antes dela podem ter se agravado, especialmente, se foram interrompidos os tratamentos. As consequências da pandemia para a saúde mental poderão continuar além dela. Por isso, o assunto deve ser considerado com especial atenção [...] É preciso superar o preconceito e buscar o tratamento adequado para doenças mentais, como ocorre em outras enfermidades que necessitam de auxílio médico. Além dos conhecidos meios, como medicamentos e psicoterapia, estão em andamento diversas iniciativas como grupos de apoio, cartilhas para a saúde mental, atendimento online e orientação para os familiares. Conforme o sábio alerta dos especialistas, os tratamentos não devem ser interrompidos, especialmente, durante este período desafiador da pandemia.⁸⁵

É cada vez mais comum a tendência de as Ciências médicas trabalharem de forma colegiada. Isto porque a compreensão do fenômeno da depressão ainda demanda uma grande área do conhecimento médico. Além disso, outras áreas também são parte do problema, por apresentarem lacunas na compreensão do papel da política, da economia, do social e cultural, entre outros, em relação a esse mal. Nesta parte 2 do trabalho, são observados e analisados alguns modelos práticos, sobretudo na ótica do acompanhamento pastoral e da práxis do cuidado. Para isso, resgatam-se experiências similares as que aconteceram na Paróquia Nossa Senhora de Fátima, em Itamaraju - BA.

Doutra banda, cabe ressaltar que estes modelos não se opõem entre si, mas se combinam e se complementam. Esses modelos respondem à visão sistêmica, personalista, à

⁸⁵ ROCHA, Sergio. Saúde mental na pandemia. In: CNBB [Site institucional]. 21 set. 2020. [n.p.]. [online]. [n.p.].

clássica, e à visão que oferece o aconselhamento pastoral. Finalmente, se apresenta a experiência da Paróquia de Itamaraju – BA como um exemplo de compatibilidade das experiências. Nesta parte, se fez uma descrição crítica do atendimento psico-pastoral dos paroquianos, no ambiente eclesial e comunitário.

2.1 Modelo sistêmico: a pessoa humana e seu contexto eclesial

A depressão não pode ser considerada como uma falta de saúde mental específica apenas, mas um fenômeno que resulta da combinação sistêmica de vários fatores (pessoais, biológicos, sociais, culturais, entre outros). É por isso que a abordagem não pode ser unidimensional. A complexidade de fatores que afetam esse fenômeno exige também uma abordagem abrangente o suficiente para permitir uma visão ou diagnóstico amplo, baseado na interação multidisciplinar. O modelo sistêmico se aprofunda na compreensão desta complexidade e, por isso, pode ajudar a compreender práticas de acompanhamento e aconselhamento de pessoas com depressão. A experiência em Itamaraju exige também uma visão sistêmica para entender o estado de uma pessoa.

Segundo Lothar Hoch, o *aconselhamento* pastoral precisa considerar o sofrimento singular das pessoas no contexto do sofrimento.⁸⁶ Por isso, na Paróquia Nossa Senhora de Fátima, em Itamaraju – BA, se intenta desenvolver modelos próprios desse tipo de ajuda, à luz das realidades em que está inserida a pessoa, assim como a identificação específica de cada situação de sofrimento dos indivíduos. Na prática, o acompanhamento pastoral deveria estar voltado para as dores locais, oriundas de seus contextos imediatos.⁸⁷ Com efeito, os informes coletados neste trabalho revelam esse tipo de *aconselhamento* a partir do contexto eclesial – que merece análise mais detalhada – e que, por sua vez, permitem propor alguns modelos práticos de *aconselhamento* pastoral para, *a posteriori*, construir uma proposta mais formal – como será colocado no terceiro capítulo – para acompanhar, com melhor qualificação, as pessoas com depressão, no contexto eclesiástico.

O acompanhamento pastoral revela uma abordagem dinâmica mais estrutural do fenômeno da depressão na comunidade eclesial, criando centros de atendimento e abrindo as

⁸⁶ HOCH, Lothar C. Aconselhamento pastoral e libertação. *Revista Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 29, p. 17-40, 1989, p. 17-40.

⁸⁷ HOCH, 1989, p. 17-40.

portas das diversas pastorais. Já na especificidade do cuidado de cada pessoa, ela pode ser desenvolvida na forma do *aconselhamento* pastoral.

Mas, o que distingue o aconselhamento do acompanhamento? O fato de que, no acompanhamento tem-se uma visão e uma leitura mais dinâmicas, contextuais e amplas da realidade da comunidade; já o aconselhamento é mais específico e pessoal, dentro das relações interpessoais que se estabelecem numa paróquia. Em geral, o acompanhamento se dá, em grande medida, no contato direto com a comunidade e com as pessoas que fazem parte da comunidade, tendo como formas de ação as diretrizes pastorais de cada comunidade, como, por exemplo, a Pastoral da Criança. Esse contato está mediado na relação dialogal e pessoal, mas que vai além do individual, pois estabelece e recupera todas as relações que carrega uma pessoa e sua comunidade. Assim sendo, bem diferente do atendimento especializado, aqui existe uma relação de confiança mútua entre a pessoa e o acompanhante, de forma que se coloca como pano de fundo a dinâmica da vida.

Nessa perspectiva, Sathler-Rosa entende que o indivíduo está sempre inserido em um contexto mais amplo; portanto, para se acompanhar uma pessoa, é exigido conhecimento do sistema no qual ela está inserida. Conhecer a dinâmica do contexto, segundo Sathler-Rosa, é um requisito elementar para se estabelecer uma boa relação de cuidado pastoral,⁸⁸ assim como se exige a excelência desse cuidado para expressar o *aconselhamento* pastoral.

O *modelo sistêmico* permite auxiliar o *aconselhamento* pastoral no contexto do acompanhamento pastoral, isto é, não há relacionamento com “indivíduos” isolados e anônimos, mas com pessoas humanas,⁸⁹ que vivem relações dinâmicas, em diversos níveis da vida. Esse modelo considera as pessoas como relações interpessoais, sempre inseridas em ambientes, tais como a família, a comunidade, o trabalho e profissão, entre outros. Esses ambientes, por sua vez, podem interferir no seu estado de sanidade mental.⁹⁰ Já na perspectiva do Cristianismo Católico, esses ambientes são parte da dignidade da pessoa humana.⁹¹ No entanto, o cuidado do ambiente deve ser também uma condição para o cuidado das pessoas;

⁸⁸ SATHLER-ROSA, Ronaldo. *Cuidado pastoral em tempos de insegurança: uma hermenêutica contemporânea*. São Paulo: Aste, 2004, p. 113-123.

⁸⁹ O conceito de “pessoa humana” refere-se à condição específica, comunitária, livre, autêntica da pessoa como uma relação integrada que oferece dignidade. Este conceito fundamenta-se na Doutrina Social da Igreja. Saiba mais em: PONTIFÍCIO CONSELHO. Compêndio da doutrina social da igreja. In: PASTORALIS [Site institucional]. [s.d.]. [online], p. 105-107.

⁹⁰ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. *Teologia prática no contexto da América Latina*. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Aste, 2005, p. 310-313.

⁹¹ PONTIFÍCIO CONSELHO, [s.d.], p. 144-148.

por isso, não apenas vale a preocupação com suas vidas particulares, mas com as condições nas quais elas vivem.

Ressalta-se ainda que esse modelo não restringe – mas também não despreza – o contato particular com a pessoa humana; ao contrário, procura ir além da dinâmica de sua história de vida, em que a pessoa se relaciona com a própria existência. Nesse sentido, no âmbito das Ciências das Religiões, esse modelo pode contribuir para desvelar e apontar os dilemas sociais, estruturais, políticos, econômicos, psíquicos, e emocionais do sistema em que a pessoa está inserida. Nas palavras de Lothar Hoch:

O aconselhamento pastoral [...] 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 contexto social [...]. Comunicar-se com alguém significa comunicar-se com o contexto onde a pessoa vive.⁹²

Nesses termos, o fenômeno da depressão em pessoas não pode ser considerado como um problema de saúde mental pontual, mas como um problema complexo. Assim, seria melhor trata-lo como um fenômeno que se manifesta com certos indicadores, mas que também direcionam para outros problemas instaurados na realidade e nas estruturas da vida contemporânea. Por isso, o modelo dinâmico pode questionar o trabalho desenvolvido no contexto da Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Itamaraju – BA, no sentido de não ser apenas uma questão de amparo às pessoas com depressão, mas também uma questão que, possivelmente, tem fortes vínculos com outros assuntos, como a justiça social - porque muitas pessoas são muito pobres - até problemas de falta de informação na condição de vida – há analfabetismo funcional estrutural.

Alguns informes de campo, na Paróquia, indicam que, na medida em que as pessoas necessitadas forem recebendo amparo e se sentirem fortalecidas, elas podem desenvolver uma maior consciência crítica em relação ao sofrimento físico, psíquico, social, cultural, econômico, etc.⁹³

À luz do modelo sistêmico, o aconselhamento pastoral não pode mais pensar o acolhimento de pessoas com depressão de forma fragmentada ou unilateral. Certamente, o

⁹² HOCH, Lothar C. A comunicação como chave do Aconselhamento Pastoral. In: HOCH, Lothar C.; NOÉ, Sidnei V. (orgs.). *Comunidade terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda*. São Leopoldo: Sinodal, 2003, p. 104-105.

⁹³ SATHLER-ROSA, 2004, p. 122.

acompanhamento pastoral permite que um pastor/padre tenha noção da história de vida da pessoa e sua comunidade. Assim sendo, quanto maior for a informação, melhor será a integração desse modelo, pois permite um conhecimento contextualizado e dinâmico da vida da pessoa, que pode ser fundamental para o aconselhamento pastoral, haja vista as pessoas com depressão terem a necessidade de cuidados e aconselhamentos, em uma perspectiva que abarque os sistemas e as estruturas que regem suas vidas.⁹⁴

2.2 Modelo personalista: o cuidado integral na Igreja

Nesta pesquisa, o modelo personalista está fundamentado na tradição da Doutrina Social da Igreja Católica (DSI),⁹⁵ cuja grande preocupação de seus fiéis pela questão social a obrigou a desenvolver os princípios e fundamentos das ações pastorais, no campo social. Precisamente, para a Igreja não ser confundida com um “terceiro setor”, ou uma entidade apenas filantrópica, ela volta à suas origens, na *experiência do Sagrado* que a sustenta. Neste ponto, as Ciências da Religião, à luz de Rudolf Otto,⁹⁶ permitem a compreensão do Sagrado como fundamento da experiência religiosa, a saber: a revelação da pessoa humana como digna em todas suas condições, em especial, na sua condição de ser a imagem e a semelhança do Sagrado (Gn 1, 26-27), revelada pela pessoa de Jesus, de forma plena, para as pessoas viverem em felicidade.

Ressalte-se, aqui, que a dignidade da pessoa humana é o projeto de Deus, que se justifica, teologicamente, na experiência da criação, qual seja: a pessoa humana é imagem e semelhança do Sagrado. Porém, também se justifica na experiência reveladora do sentido da criação: foi o amor, e por amor, que tudo foi feito e acontece. Nessas experiências, a Igreja descobre sua missão no cuidado integral da pessoa humana, inspirada no cuidado revelado em Cristo.

Na Doutrina Social da Igreja, o Catolicismo reflete os problemas das pessoas, não como ideologia social, ou uma filosofia social, nem como uma ética social, nem ciência social, mas como parte da teologia moral e social, na qual a pessoa humana é vista como digna. Nesse entendido, o ser humano será sempre o fim, não o meio das ações humanas, nos

⁹⁴ SATHLER-ROSA, 2004, p. 50.

⁹⁵ PONTIFÍCIO CONSELHO, Doutrina Social da Igreja. In: PASTORALIS [Site institucional]. [s.d.]. Disponível em: https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/justpeace/documents/rc_pc_justpeace_doc_20060526_compendio-dott-soc_po.html. Acesso em: 05 ago. 2021.

⁹⁶ OTTO, Rudolf. *O sagrado*. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2007, p. 23-25.

diversos campos do saber (economia, política, etc.). Dessa forma, ela coloca o acompanhamento pastoral e o aconselhamento pastoral como parte da principal missão da Igreja, isto é, o acompanhamento e aconselhamento pastoral têm como finalidade encontrar essa humanidade criada à imagem e semelhança de Deus, em todas as particulares histórias de vida das pessoas que apresentam sintomas de depressão. Neste sentido, falar de Deus é falar da humanidade como um projeto que se realiza na dignidade da sua origem.

Por ser assim, cabe à Igreja Católica saber lidar com as pessoas com sintomas de depressão, não apenas na dimensão do atendimento médico-profissional, mas também à luz da experiência do Sagrado, onde nasce a fé cristã, isto é, com o amor misericordioso, que acolhe, não castiga, não julga nem sacrifica as vidas humanas: “porque eu quero o amor mais que os sacrifícios, e o conhecimento de Deus mais que os holocaustos” (Os, 6,6); “quero a misericórdia e não o sacrifício [...] não condenaríeis os inocentes” (Mt, 12,7). Por isso, as pessoas devem ser tratadas na sua dignidade, sendo respeitada sua integralidade humana (a pessoa como ela é em seu contexto de vida). Para tal efeito, será necessário se apropriar de alguns recursos inerentes ao aconselhamento pastoral – e de outras áreas do conhecimento – que trazem subsídios ao aspecto prático do aconselhamento pastoral com pessoas com depressão. No caso desse fenômeno, os caminhos encontrados abrangem dois campos de ação, a saber: o campo do aconselhamento pastoral (experiência na Paróquia), e o campo das Ciências Médicas e seus métodos de cuidado terapêutico (campo da ética profissional médica).

O personalismo trata as pessoas como humanismo integral (DSI, n.1ss); é daí que as categorias da pessoa humana destacam sua unidade (e não separação entre corpo e alma); sua capacidade infinita de transcender com sua história de vida (e não sua insignificância reduzida à categoria “indivíduo”, ou ao número do seu CPF); ao valor da liberdade humana (e não o ser humano criado como um robô, com um destino pré-programado pela vontade das divindades); e que coloca todo ser humano em igualdade de dignidade (todos somos iguais em dignidade, pois somos diversos e específicos; ninguém pode decidir por outro; ninguém pode assumir a vida do outro).

2.2.1 Integridade e unidade da pessoa humana (DSI, n. 127ss)

Este ponto vem ratificar a ideia de que a vida humana não é um fragmento, um ser dualista, que vive uma realidade corporal e outra da alma, mas uma só unidade (contrário à mentalidade grega helenista). Portanto, as dores e males do corpo são também dores e males

da alma. Contudo, pode-se dizer que a história de vida de uma pessoa (o corpo) é a história de vida da alma e do espírito; não há uma separação entre vida histórica e vida espiritual. Sendo assim, a história de vida faz com que a pessoa humana viva essa integridade em liberdade e autenticidade. Indicar que existe uma doença mental parece, de certo modo, supor que essa doença não tem passagem pela história humana. Nesta perspectiva, um mal da mente é uma enfermidade da história, da vida, e da forma como esta foi desintegrada. Mesmo assim, a saúde mental é a saúde da vida. Por isso, a sanidade mental deve ser tratada como a sanidade da história de vida integral da pessoa humana.

O homem foi criado por Deus como unidade de alma e corpo. ‘A alma espiritual e imortal é o princípio de unidade do ser humano, é aquilo pelo qual este existe como um todo — ‘corpore et anima unus’ — enquanto pessoa. Estas definições não indicam apenas que o corpo, ao qual é prometida a ressurreição, também participará da glória; elas lembram igualmente a ligação da razão e da vontade livre com todas as faculdades corpóreas e sensíveis. A pessoa, incluindo o corpo, está totalmente confiada a si própria, e é na unidade da alma e do corpo que ela é o sujeito dos próprios atos morais’.⁹⁷

2.1.2 Abertura à transcendência e unicidade da pessoa (DSI, n.130ss)

Sabe-se que não há clones humanos nem cópias das pessoas. Cada pessoa humana é única e, nessa unicidade, transcende o tempo e o espaço. O grande valor do ser humano é ser pessoa, com identidade própria, sem alienações externas; por isso, “a pessoa é aberta à totalidade do ser, ao horizonte ilimitado do ser” (DSI, n.130). Assim sendo, negar a capacidade de “ser alguém” na vida, e de transcender à vida é a verdadeira forma de realização de todo ser humano. A dignidade da pessoa humana recai, precisamente, no respeito e cuidado desta dimensão transcendental e única do ser humano. Será que a depressão assola as pessoas porque suas vidas carecem de identidade e projeção? Vejamos:

Uma sociedade justa pode ser realizada somente no respeito pela dignidade transcendente da pessoa humana. Esta representa o fim último da sociedade, que a ela é ordenada: ‘também a ordem social e o seu progresso devem subordinar-se constantemente ao bem da pessoa, visto que a ordem das coisas deve submeter-se à ordem pessoal e não o contrário’ [246]. O respeito pela dignidade da pessoa não pode absolutamente prescindir da obediência ao princípio de considerar ‘o próximo como ‘outro eu’, sem excetuar nenhum, levando em consideração antes de tudo a sua vida e os meios necessários para mantê-la dignamente’ [247]. É necessário, portanto, que todos os programas sociais, científicos e culturais sejam orientados pela consciência do primado de cada ser humano [248].⁹⁸

⁹⁷ PONTIFÍCIO CONSELHO, [s.d.], n. 127.

⁹⁸ PONTIFÍCIO CONSELHO, [s.d.], n. 132.

2.1.3 A liberdade da pessoa (DSI, n. 136ss)

Ninguém discorda que o ser humano foi criado para a liberdade, não para seguir alguma doutrina, alguma ideologia, algum destino, como os pensadores clássicos gregos tendiam a pensar, desde os arquétipos da tragédia grega. Em oposição à visão grega está o pensamento gnóstico, que pretendia se apropriar da interpretação de Jesus, na origem do Cristianismo, fundamentado na matriz semita do Judaísmo – que indica o valor incontestável da liberdade humana.

A tradição ocidental desenvolveu esta ideia com a filosofia existencialista. A partir das ciências da religião a liberdade é sempre uma experiência de difícil compreensão considerando Rudolf Otto. Para este autor a experiência do sagrado invade qualquer possibilidade de liberdade humana pois não se coloca em pauta a vontade humana mas a experiência da relação ao "numinoso" com o sagrado.

A liberdade humana não é oposta à experiência do Sagrado, como em algumas tradições religiosas cristãs tende-se a pensar, mas a liberdade de poder realizar, de forma criativa, o projeto de criação, não o contra-projeto; isso por que o homem não consegue realizar sua verdadeira liberdade destruindo o projeto divino. Essa destruição acontece quando pessoas são escravizadas, se corrompem por poder e dinheiro, etc., mas a liberdade é a capacidade de discernir e optar pela realização humana. Este modelo de liberdade inspira o papel da paróquia para respeitar a pessoa em qualquer situação, mesmo em situações de sofrimento mental.⁹⁹

Diante das situações de depressão, libertar os indivíduos de tudo que arrebatava sua identidade, sua história, sua transcendência, sua significativa e única existência, pode ser uma pauta importante de apoio da Igreja. Afinal, Jesus se aproximou de pessoas que tinham

⁹⁹ PONTIFÍCIO CONSELHO, [s.d.], n. 136-137. A liberdade não se opõe à dependência criatural do homem para com Deus [257]. A Revelação ensina que o poder de determinar o bem e o mal não pertence ao homem, mas somente a Deus (Gn 2, 16-17). O homem é certamente livre, uma vez que pode compreender e acolher os mandamentos de Deus. E goza de uma liberdade bastante ampla, já que pode comer "de todas as árvores do jardim". Mas esta liberdade não é ilimitada: deve deter-se diante da "árvore da ciência do bem e do mal", chamada que é a aceitar a lei moral que Deus dá ao homem. Na verdade, a liberdade do homem encontra a sua verdadeira e plena realização, precisamente nesta aceitação [258]. [...] O reto exercício do livre arbítrio exige precisas condições de ordem econômica, social, política e cultural que são muitas vezes desprezadas e violadas. Estas situações de cegueira e injustiça prejudicam a vida moral e levam tanto os fortes como os frágeis à tentação de pecar contra a caridade. Fugindo da lei moral, o homem prejudica sua própria liberdade, acorrenta-se a si mesmo, rompe a fraternidade com seus semelhantes e rebela-se contra a verdade divina [259]. A libertação das injustiças promove a liberdade e a dignidade humana: porém é «necessário, antes de tudo, apelar para as capacidades espirituais e morais da pessoa e para a exigência permanente de conversão interior, se se quiser obter mudanças econômicas e sociais que estejam realmente ao serviço do homem» [260].

perdido tudo, mas não toda sua vida. Ele olhava a vida delas com misericórdia, com alegria, e com a certeza de que é possível fazê-las recuperarem as suas próprias.

2.1.4 A igualdade em dignidade de todas as pessoas (DSI, n.144ss)

Voltando a este ponto, é sabido que a dignidade da pessoa humana está em todas as condições que fazem do humano um ser único, livre, transcendente, que projeta sua realização pessoal na própria vida e no reconhecimento da dignidade de todas as outras vidas de pessoas humanas.

Neste contexto, o modelo personalista parte da *experiência do Sagrado*, mais radicado no povo semita Judeu, e é uma experiência humana que não procura o Sagrado, mas que é procurado por ele. Parte também da experiência de não ser um ser exclusivo, “escolhido” pela excelência, indicado pelo mistério incontestável do Sagrado, mas de uma condição dada como um dom, qual seja, de ser feito igual a Deus, mesmo que nossas condições culturais, sociais, raciais, etc, pareçam dizer o contrário, como vemos a seguir:

‘Deus não faz distinção de pessoas’ (At 10, 34; cf. Rm 2, 11; Gal 2, 6; Ef 6, 9), pois todos os homens têm a mesma dignidade de criaturas à Sua imagem e semelhança [281]. A Encarnação do Filho de Deus manifesta a igualdade de todas as pessoas quanto à dignidade: ‘Já não há judeu nem grego, nem escravo nem livre, nem homem nem mulher, pois todos vós sois um em Cristo Jesus’ (Gal 3, 28; cf. Rm 10, 12; 1 Cor 12, 13; Col 3, 11).¹⁰⁰

Logo, todos têm o direito de serem respeitados da forma como se respeita o próprio Sagrado. E isso é apenas uma das visões do personalismo, aplicado desde a reflexão católica:

Uma vez que no rosto de cada homem resplandece algo da glória de Deus, a dignidade de cada homem diante de Deus é o fundamento da dignidade do homem perante os outros homens [282]. Este é o fundamento último da radical igualdade e fraternidade entre os homens independentemente da sua raça, nação, sexo, origem, cultura, classe.¹⁰¹

No respeito à pessoa humana está o segredo de onde nasce a missão do Cristianismo católico, que vai além de uma simples leitura “religiosa”, posto se tratar de uma firme postura diante da condição humana:

Somente o reconhecimento da dignidade humana pode tornar possível o crescimento comum e pessoal de todos (cf. Tg 2, 1-9). Para favorecer um semelhante

¹⁰⁰ PONTIFÍCIO CONSELHO, [s.d.], n. 144.

¹⁰¹ PONTIFÍCIO CONSELHO, [s.d.], n. 144.

crescimento é necessário, em particular, apoiar os últimos, assegurar efetivamente condições de igual oportunidade entre homem e mulher, garantir uma objetiva igualdade entre as diversas classes sociais perante a lei [283].¹⁰²

2.3 O modelo do aconselhamento pastoral

Através do pano do fundo do modelo personalista, pode-se compreender o contexto eclesial onde é colocado o modelo do “aconselhamento pastoral”. Isso coloca em jogo muita compreensão da missão de toda paróquia na tradição católica, porém com a primazia da pessoa humana, tal qual a doutrina social da igreja indica.

Segundo Schneider-Harpprecht, o aconselhamento pastoral perpassa as práticas do clérigo, pois tudo o que ele faz em seu ministério, o faz a partir de uma dimensão terapêutica de cuidado e de poimênica.¹⁰³ Já para Clinebell, não existe a possibilidade de escolha entre realizar ou não o aconselhamento, visto que ele acontece de qualquer modo.¹⁰⁴ Não obstante, considerando as ocorrências de procura por aconselhamento pastoral pelas pessoas em situação de depressão – especialmente no contexto da Paróquia em análise – é preciso considerar alguns aspectos importantes para o aprimoramento do cuidado de pessoas que sofrem com a depressão.

Schneider-Harpprecht apresenta três instrumentos básicos do aconselhamento pastoral, a saber: a *conversação*, o *ouvir* e o *falar*. Segundo o autor, esses instrumentos podem vocalizar o sofrimento, articular o protesto e fomentar a ação.¹⁰⁵ Eles são intercambiáveis e, nesse sentido, não se pode pensar, por exemplo, o método da conversação como uma mera troca de palavras entre duas ou mais pessoas, mas, o ouvir, o falar e o sentir seriam os seus instrumentos elementares e indissociáveis.¹⁰⁶ Vamos explicar brevemente sobre cada um desses instrumentos, a seguir.

2.3.1 A conversação

Especificamente, a conversação seria um tempo de reflexão em relação ao conteúdo das palavras ditas, o que implica na necessidade de ouvir atentamente. Além disso, pressupõe

¹⁰² PONTIFÍCIO CONSELHO, [s.d.], n. 145.

¹⁰³ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 292.

¹⁰⁴ CLINEBELL, Howard J. *Aconselhamento pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento*. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2007, p. 44.

¹⁰⁵ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 308-316.

¹⁰⁶ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 316.

também uma leitura das expressões faciais, tonalidades da voz, bem como a gesticulação da outra pessoa, não devendo ser desprezados os seus momentos de silêncio. Ou seja, trata-se de se concentrar na pessoa, de voltar à atenção para ela com os olhos, ouvidos e sentimentos. Não perdendo de vista o que foi aludido na seção precedente, deve-se, ainda, conhecer a realidade dessa pessoa. No conjunto, seria necessário compreender o que faz a pessoa se sentir daquela forma, dizer o que está dizendo, e/ou silenciar-se.¹⁰⁷

A forma filosófica da conversação é o diálogo. Deve-se entender que o pensamento humano e a compreensão de grandes temas da humanidade nascem no diálogo. Toda a filosofia nasce dos diálogos (Diálogos platônicos). Do diálogo também nasce o aconselhamento pastoral, como uma forma de gerar conhecimentos estratégicos para a vida. Nele, muitos problemas são redimensionados e muitas dúvidas acabam adquirindo sentidos e conhecimentos estratégicos para encaminhar a vida. Eles ainda são feitos de perguntas e respostas, que acontecem nos momentos de confiança. O próprio Sócrates diz que usava o método das parteiras, pois, pelas perguntas, é possível dar a luz aos conhecimentos.

Em se tratando de diálogo, a tradição do judaísmo antigo, coloca isso na relação com o Sagrado, daí que os grandes profetas dialogam com Deus, assim como esse diálogo permite uma reunificação da comunidade e o acompanhamento.¹⁰⁸

2.3.2 O ouvir

O instrumento do ouvir – ainda que seja o silêncio e/ou o sentimento da pessoa com depressão – representa, simultaneamente, um grande desafio e uma enorme contribuição no contexto da conversação. De acordo com Clinebell, “a arte do ouvir *empático* e *reflexivo* é essencial em toda a poimênica e em todo aconselhamento [especialmente, porque inclui] sentimentos que estão nas entrelinhas, e que são dolorosos demais para serem expostos em palavras”¹⁰⁹ [grifo do texto]. Por isso, saber ouvir torna-se terapêutico, à medida que tal atitude sintoniza o/a aconselhador/a e a pessoa diante de si, com os seus sentimentos, fazendo-

¹⁰⁷ FABER, Heije; SCHOOT, Ebel. *A prática da conversação pastoral*. São Leopoldo: Sinodal, 1973, p. 7-8.

¹⁰⁸ THEOLOGIA LATINOAMERICANA. *Ética e teologia no Antigo Testamento*. [s.d.]. [online]. [n.p.] “O diálogo de Deus com o ser humano revela a preocupação divina com a realidade de cada pessoa, sua situação e seu modo de proceder na história”.

¹⁰⁹ CLINEBELL, 2007, p. 72.

a se sentir segura, compreendida e aceita, mesmo em suas condições imediatas;¹¹⁰ ou seja, deve-se estar consciente de que:

Estamos desempenhando um determinado papel, a saber, o de [...] 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 conseguirmos sintonizar corretamente com o outro e os seus problemas. A partir dessa sintonia as palavras adequadas deverão surgir quase que por si.¹¹¹

O argumento acima indica a necessidade de se desenvolver, na etapa da conversação, o interesse legítimo pela outra pessoa, empatia, companheirismo, tolerância e compaixão pelos aspectos que podem causar estranheza. Ou seja, não representar uma figura ameaçadora ou arrogante, mas, pelo contrário, ser alguém que inspire aceitação e tranquilidade.¹¹² Para Clinebell, ouvir o sentimento da outra pessoa representa uma atitude que auxilia no aprofundamento dos relacionamentos pastorais de cuidado.¹¹³

Nesta perspectiva, o aconselhamento pastoral fundamenta-se na construção de relacionamentos terapêuticos. Para isso, é preciso: a) se concentrar nos dados gerados pelas pessoas que foram ouvidas, que supõe uma capacidade de audição muito atenta; b) cuidar da audição para responder com qualidade, empatia e boa vontade às pessoas e ; c) permitir que a pessoa aconselhada se expresse com total liberdade, podendo até desabafar sobre o que está sentindo e o que está vivendo. Estes são os caminhos possíveis para a construção de uma relação terapêutica, conforme detectado neste trabalho na experiência do atendimento psico-pastoral com pessoas que sofrem com a depressão. Dietrich Bonhoeffer destacava esta capacidade de ouvir, entendendo que as expressões das pessoas são como as próprias palavras de Deus, como se vê:

O primeiro serviço que alguém deve ao outro na comunidade é ouvi-lo. [...] o amor ao irmão começa quando aprendemos a escutá-lo. [...] é realizar a obra de Deus no irmão quando aprendemos a ouvi-lo. [...] 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.¹¹⁴

¹¹⁰ FABER; SCHOOT, 1973, p. 20-23.

¹¹¹ FABER; SCHOOT, 1973, p. 24.

¹¹² FABER; SCHOOT, 1973, p. 51.

¹¹³ CLINEBELL, 2007, p. 47.

¹¹⁴ MALSCHITZKY, Harald. *Dietrich Bonhoeffer: discípulo, testemunha, mártir: meditações de Harald Malschitzky sobre textos selecionados de Dietrich Bonhoeffer*. São Leopoldo: Sinodal, 2005, p. 46.

As palavras de Bonhoeffer contribuem para que as propostas práticas, aqui apontadas para a Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Itamaraju-Ba, bem como para que o cuidado com pessoas em situação de depressão, sejam (re) pensadas, na linha do ouvir o outro como se ouve o próprio Deus. Este posicionamento é, em certo sentido, compartilhado por Rubem Alves, que o chamou de uma prática “*escutatória*”, bem oposta a prática da “*oratória*” presente no mundo dos negócios, no mundo das ofertas do mercado de consumo. Finalmente o modelo do aconselhamento deve ser um modelo do ouvinte da Palavra; aquela palavra humana que é a mesma palavra que acontece em toda experiência do Sagrado. O aconselhamento pastoral serve para o pastor escutar o tempo e a vida das suas ovelhas; e isso é a condição para aprender a falar, a saber, e aprender a ouvir.¹¹⁵ Para Rubem 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.¹¹⁶

2.3.3 O falar

Neste terceiro ponto, ressaltamos que se dispor a ouvir representa a possibilidade do outro poder, de fato, falar e expressar os seus sentimentos e os seus pensamentos que, possivelmente, estavam silenciados. Ou seja, a prática do aconselhamento pastoral, que está sendo sugerida para a Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Itamaraju-Ba, pressupõe a possibilidade de a outra pessoa poder falar. Mas, da mesma forma, a fala do aconselhador e da aconselhadora também é relevante, e precisa ser observada no desenvolvimento do aconselhamento pastoral. Isso indica que ouvir atentamente não significa ficar calado durante toda a conversa, mas que existem formas de interação aplicáveis, como perguntas, gestos, respostas, expressões corporais, etc.¹¹⁷

Desse modo, os agentes pastorais da Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Itamaraju-Ba, deveriam se expressar de modo claro, objetivo e concreto, orientando sempre a comunicação na direção dos sentimentos, das circunstâncias reais e dos acontecimentos específicos em torno da vida da pessoa em situação de depressão. Isso significa que seria preciso ajudar a pessoa a perceber que nem sempre os seus pensamentos destrutivos ou suas

¹¹⁵ ALVES, Rubem. *O amor que acende a lua*. Campinas: Papyrus, 1999, p. 65-71.

¹¹⁶ ALVES, 1999, p. 67.

¹¹⁷ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. *Como acompanhar doentes*. São Leopoldo: Sinodal, 1994, p. 72.

contradições são imagens reais e adequadas. Mas, de acordo com Anísio Baldessin, esse modelo de confrontação só pode ter êxito, quando se estabelece uma compreensão empática, a partir da confiança mútua entre o aconselhador e a pessoa depressiva.¹¹⁸

As palavras de Baldessin indicam que é preciso auxiliar a pessoa em situação de depressão a perceber as forças veladas dentro de si, e que tais forças positivas podem – e devem – ser utilizadas no enfrentamento de suas crises. Com isso, a relação de ajuda que se construirá no âmbito do aconselhamento pastoral – atendimento psico-pastoral – pressupõe a finalidade do desenvolvimento das forças internas da pessoa acometida de depressão.¹¹⁹

Nesse momento, o aconselhador pode desenvolver estratégias baseadas no *ouvir* e no *falar*, de modo que não se transmita a impressão de investigação rígida, ou de uma invasão de privacidade, mas, ao contrário, apostar em uma quantidade controlada de perguntas que não afastem o outro de seus sentimentos reais, como também do aconselhador, seguindo o que foi preconizado por Clinebell, quando afirma que uma boa escolha de perguntas, “[...] feita com calor e empatia, pode ajudar a liberar as pessoas para falarem sobre os fardos que carregam”¹²⁰.

Como visto, o autor recomenda perguntas e/ou comentários relacionados aos sentimentos, como também sobre o modo como a pessoa está percebendo e vivenciando a própria circunstância. Por isso, propõe alguns modelos de perguntas – *abertas* – que poderiam auxiliar nesse processo e podem ser aplicadas/os da seguinte maneira: Como vão as coisas? O que você acha que pode ser diferente? Como você nota a sua situação nesse momento? Você parece estar se sentindo muito desencorajado/a, arrependido, zangado, etc. Parece que você está carregando um fardo bem pesado sozinho/a. Deseja me informar mais alguma coisa?¹²¹

Contudo, vale ressaltar que Clinebell recomenda atenção especial do/a aconselhador/a em relação às possibilidades de suicídio entre as pessoas que sofrem a depressão. Por isso, é essencial perguntar diretamente sobre desejos, pensamentos e/ou planos suicidas que podem permear a mente dessas pessoas. Nas palavras do autor, 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”¹²².

¹¹⁸ BALDESSIN, Anísio. *Como visitar um doente: orientações práticas para padres, pastores e agentes de pastoral da saúde*. São Paulo: Loyola, 2002, p. 23-24.

¹¹⁹ BALDESSIN, 2002, p. 20.

¹²⁰ CLINEBELL, 2007, p. 188.

¹²¹ CLINEBELL, 2007, p. 188.

¹²² CLINEBELL, 2007, p. 228.

Todo o exposto pode ser reforçado à luz do manual organizado pela OMS e pela Organização Pan-Americana da Saúde, onde se afirma que boa parte das pessoas com pensamentos e intenções suicidas, de alguma forma, comunica-os na *conversa*ção,¹²³ ou seja, os/as agentes envolvidos no aconselhamento pastoral, no contexto da Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Itamaraju-Ba, devem se atentar para aquelas frases ou comentários que indicam esses sinais, tais como: “as outras pessoas serão mais felizes sem mim”; “não suporto mais”; “sinto não servir pra nada”, etc. Essas frases e comentários podem escamotear os sentimentos de pessoas com grande risco de cometer suicídio. De acordo com o manual mencionado,

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 ideia [...] 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.¹²⁴

Ou seja, o que se afirma no manual reforça a recomendação de Clinebell, quando afirma ser necessário perguntar diretamente sobre os desejos, pensamentos e/ou planos suicidas¹²⁵. O manual também aponta para a necessidade de se estabelecer vínculos que garantam a confiança e a colaboração da pessoa em situação de depressão, como se pode depreender do trecho que segue:

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.¹²⁶

O ponto axial das proposições até aqui levantadas – consideradas uma contribuição para o contexto da Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Itamaraju-Ba – está na necessidade de não desistir dos membros da comunidade que sofrem depressão, porque isso poderá ajudá-las a fazerem o mesmo por si.¹²⁷ Além disso, é importante pensar a Paróquia como uma comunidade cristã viva, ativa e dinâmica e, por isso, deve-se se apresentar como *locus*

¹²³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção do suicídio*: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas: Unicamp, [s.d.]. [online], p. 52-53.

¹²⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.], p. 57.

¹²⁵ CLINEBELL, 2007, p. 228.

¹²⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.], p. 58.

¹²⁷ CLINEBELL, 2007, p. 229-230.

privilegiado de cuidado às pessoas que sofrem com a depressão, que acolhe seus membros antes de excluí-los. Esse será o assunto da próxima seção.

2.4 A Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Itamaraju/BA, como *locus* de cuidado

A Igreja, como comunidade de vida, deve cuidar dos seus membros, especialmente da vida dos mais fragilizados. Um exemplo desta prática na tradição católica é o lastro deixado no movimento protestante iniciado por Martinho Lutero que, no *Catecismo maior*, alega cuidado com seus membros, pois uma pessoa deveria ser envolta e amparada por seu irmão e irmã, e o mesmo deve ser feito por ele e por ela, no intuito de se construir uma espécie de *muro protetor*, isto é, uma fortaleza sagrada, para que nenhum dano seja causado ao outro/a.¹²⁸ As experiências de vida de comunidade e de fortes experiências de depressão de Lutero fizeram dele uma pessoa sensível para o papel da igreja diante dos próprios irmãos, membros (fiéis). Sob a égide do pensamento de Lutero, sugere-se o modelo de paróquia como espaço de cuidado ou *muro protetor*, sobretudo para as pessoas que sofrem desse transtorno.

A experiência da Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Itamaraju-Ba, com o atendimento a pessoas com depressão, foi revelando dados de suas fragilidades, e de como elas observaram na Paróquia a mesma experiência de Lutero e sua comunidade. O monge, como descrevem as biografias, teve momentos de forte depressão, que foram bem assimilados e compreendidos, graças ao apoio da família, em especial da esposa e da comunidade eclesial.

Quando se pensa na Paróquia em estudo, observam-se situações análogas aos tempos de Lutero, mas com a diferença de que ela pode ter mais condições profissionais e consciência pastoral para ser o *locus* no cuidado para modular as causas e efeitos da depressão.

Segundo Rodolfo Gaede Neto, pastor luterano, a igreja existe “onde pessoas de fé se colocam a serviço dos cuidados de Deus, e permitem que esses cuidados cheguem às pessoas, em sua realidade cotidiana, e em suas necessidades, sejam elas do corpo ou da alma, em todos os ciclos da vida”¹²⁹.

¹²⁸ LUTERO, Martim. *Catecismo maior*. In: DREHMER, Darcy. *Livro de concórdia: as confissões da igreja evangélica luterana*. São Leopoldo: Sinodal, 1993, p. 422-423.

¹²⁹ GAEDE NETO, Rodolfo. *Implicações para relações de cuidado*. In: HOCH, Lothar C.; ROCCA LARROSA, Susana M. (orgs.). *Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado*. São Leopoldo: Sinodal, 2007, p. 68.

2.4.1 Caminhar do ministério paroquial: sinodalidade

O catolicismo está vivendo uma grande transformação de suas estruturas institucionais e pastorais. Se agora a Igreja é Povo de Deus, então o clero está a serviço desse povo, e o seu caminhar não se faz com caudilhos e líderes, ou apenas com o clero (bispos, padres, religiosos), mas com toda a comunidade que caminha junta. O caminhar juntos em unidade e comunhão chama-se de sinodalidade, sendo a paróquia uma parte da Igreja que representa esse caminhar. Por isso, suas ações partem das decisões conjuntas.

Pensar a Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Itamaraju-Ba, como espaço privilegiado de cuidado, implica, ao mesmo tempo, rejeitar a ótica do cuidado como uma função apenas clerical. Nesse sentido, o cuidado assume outra perspectiva, isto é, torna-se uma função genuína de toda a igreja, que caminha unida e em comunhão. Entende-se que quando se transfere todas as responsabilidades à instância ministerial e clerical, pode-se limitar o alcance das pessoas em situação de depressão, sem falar nas possibilidades de esgotamento das forças, desânimo, superlotação de agenda, etc.¹³⁰

Com efeito, o cuidado deve ser organizado na perspectiva compartilhada e colegiada, e não centralizada; isto é, caminhar de forma sinodal. Assim, algumas propostas de cuidado podem ser apontadas nessa direção, que podem auxiliar na construção do *muro protetor*,¹³¹ visando o contexto da Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Itamaraju-Ba, como *locus* de cuidado de pessoas que sofrem de depressão. Por isso, as iniciativas da paróquia em criar um centro de atendimento para saúde mental não é apenas o resultado de uma iniciativa do clero, mas de consulta colegiadas ao Conselho Paroquial e às instancias institucionais que homologam o cuidado por parte do Poder Público.

Em uma perspectiva interdisciplinar, a formação de uma equipe de aconselhamento e cuidado pastoral pode expandir o raio de alcance da Paróquia. Isto é, uma equipe preparada pode trabalhar a formação contínua das pessoas leigas, em parceria com outros profissionais qualificados.¹³² A proposta, nesse caso, consiste em uma aproximação entre os agentes pastorais – institucionalmente responsáveis pela vida de fé e espiritualidade da Paróquia – estabelecer vínculos com profissionais de outras áreas da Saúde e do cuidado, como médicos,

¹³⁰ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 291-293.

¹³¹ LUTERO, 1993, p. 422-423.

¹³² SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 314-315.

psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, professores, dentistas, entre outros, que poderiam firmar parcerias para o desenvolvimento da práxis do cuidado, no contexto paroquial.¹³³

Compreende-se que essa proposta de trabalho interdisciplinar e colegiada, pode favorecer o aperfeiçoamento do trabalho paroquial com as pessoas que precisam de atendimento psico-pastoral e, especificamente, as pessoas que sinalizam depressão. Seria uma forma de compartilhar diferentes óticas de cuidado, com diferentes profissionais e com a participação de pessoas voluntárias, preparadas para essa empreitada. Entende-se que isso poderia auxiliar no encaminhamento de casos específicos, sem abandono do processo do atendimento psico-pastoral, evitando, ao mesmo tempo, que a pessoa prorrogue ou abandone um possível contato necessário com a assistência especializada que, de fato, precisa.¹³⁴

2.4.2 Ética médica e aconselhamento pastoral

A interdisciplinaridade no atendimento a pessoas com depressão não apenas as coloca no âmbito da sua comunidade, mas também aos atendentes, no âmbito da visão colegiada do problema. Tal situação mostra que encaminhar uma pessoa para outra instância é um sinal de responsabilidade ética, especialmente naqueles casos de pensamentos e/ou planos suicidas, conforme aludido na seção anterior. Para Clinebell, isso implica na afirmação de que, mesmo nos contextos eclesiais, o processo de aconselhamento pastoral e de cuidado não pode se restringir à figura clerical, mas necessitam de atitudes dinâmicas e, sobretudo, de capacidade de diálogo,¹³⁵ sem que isso ofusque as responsabilidades da ética médica.

Mas também, não se pode perder de vista, nessa perspectiva interdisciplinar, a necessidade de *ouvir*, como abordado no aconselhamento pastoral. Karin Wondracek ilustra a possibilidade de não trabalhar de forma interdisciplinar, com o seguinte relato: “[...] a senhora Y procura o pastor [ou o padre] para aconselhamento a respeito da sua depressão. Ele a escuta por alguns minutos e a encaminha ao psiquiatra, que lhe receita medicamentos”¹³⁶. Com este exemplo, a autora mostra que não houve sequer a possibilidade de compreender o que de fato estaria acontecendo com a pessoa, através da escuta.

¹³³ CLINEBELL, 2007, p. 300.

¹³⁴ CLINEBELL, 2007, p. 300.

¹³⁵ CLINEBELL, 2007, p. 301.

¹³⁶ WONDRAECK, Karin H. K. Aconselhamento em tempos de barbárie. *Revista Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 50, n. 2, p. 273-287, 2011, p. 282.

O pensamento de Karin, nesse sentido, reforça a necessidade de o aconselhador pastoral perceber o momento em que uma determinada situação ultrapassa os seus limites, mas ele não pode abrir mão do *ouvir* a pessoa em situação de depressão. É apenas quando notar que os limites estão sendo ultrapassados que seria adequado solicitar a ajuda de profissionais especializados.¹³⁷ Ao encaminhar as pessoas para os profissionais de outras áreas, é importante ter em mente que todos os indivíduos envolvidos no contexto paroquial, tais como lideranças, familiares, amigos, vizinhos, etc., aprendam a exercer o papel de cuidado, assim como foi proposto por Lutero, no início desta seção.¹³⁸

Nesta altura do trabalho, pode-se dizer, entendendo todas as limitações conceituais, que a prática da Paróquia de Itamaraju propõe ou sugere que, no âmbito eclesial, o auxílio e o cuidado mútuo deveriam conduzir o aconselhamento pastoral no contexto do atendimento psico-pastoral, que pode ser mais bem explicado nas palavras de Lothar Hoch, ao afirmar que “a rigor, nem se deveria falar em aconselhamento pastoral e, sim, de um aconselhamento comunitário”¹³⁹. Desta forma, também se respeitam os âmbitos de atuação dos profissionais da Saúde.

2.4.2 Abordagem integral da pessoa humana

Na perspectiva interdisciplinar, à luz do pensamento de Schneider-Harpprecht, as atividades desenvolvidas na Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Itamaraju-Ba, não ficariam restritas à dimensão teórica, bem como não se restringiria à cooperação entre profissionais especializados. Ou seja, as atividades de cuidado das pessoas são práticas que entendem o ser humano como uma integridade na qual se sobrepõem diversos contextos importantes para o tratamento da saúde mental dos paroquianos:

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.¹⁴⁰

¹³⁷ WONDRACEK, 2011, p. 285.

¹³⁸ LUTERO, 1993, p. 432.

¹³⁹ HOCH, Lothar C. Psicologia a serviço da libertação: possibilidades e limites da psicologia na pastoral de aconselhamento. *Revista Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 25, n. 3, p. 249-270, 1985, p. 270.

¹⁴⁰ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 84.

Esse argumento alude o que foi analisado, na primeira seção deste capítulo, isto é, a depressão está vinculada aos fatores internos e externos da pessoa. Por isso, a necessidade de configurar grupos de natureza inter e transdisciplinar, aptos tanto para o aconselhamento pastoral quanto para a questão do cuidado com pessoas sofrem com a depressão. Isso poderia contribuir não apenas para o enfrentamento e a superação da depressão, mas também para a identificação prévia de possíveis casos, o que pode resultar em maiores chances de recuperação.¹⁴¹

À luz do referencial teórico aqui esboçado, fica evidente que pensar a Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Itamaraju-Ba, como *locus* do cuidado com pessoas que sofrem de depressão, exige a existência não apenas de um programa interdisciplinar, mas pressupõe a existência de diversas equipes de trabalho, inter e transdisciplinares, atentos aos inúmeros males que assolam os seus fiéis. Porém, o fato de a Paróquia ser *locus*, não significa ser “o” *locus*; apenas que, nesta experiência paroquial, houve uma acolhida que permitiu certas práticas de cuidado em equipe comunitária às pessoas assoladas por esse transtorno.

A título de exemplo, pode se destacar algumas equipes comunitárias que são parte desta experiência, a saber: equipe de visitação a pessoas fragilizadas por problemas psíquicos; equipe para pessoas com dependência química; equipe de visitação a pessoas afastadas do contexto paroquial; equipe para pessoas com deficiência; equipe para pessoas idosas; equipe para pessoas enlutadas; equipe para mulheres agredidas e/ou em situação de risco, dentre muitas outras possibilidades. É importante que cada uma dessas equipes receba assessoria especializada e formação continuada, bem como seja apresentado nas missas da Paróquia, para que todos e todas tenham ciência de sua existência. Isso se torna uma forma prática de se construir o *muro protetor* ou a *fortaleza sagrada* do cuidado, a partir do contexto eclesial.¹⁴²

O que se quer afirmar, considerando as propostas teóricas até aqui apresentadas, é que essas equipes de paroquianos possam dinamizar, cada vez mais, a práxis do cuidado e do aconselhamento pastoral. No contexto da Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Itamaraju-Ba, enquanto *locus* privilegiado de cuidado, essas equipes poderiam ser fonte de fornecimento da matéria-prima necessária para que o aconselhamento pastoral e a práxis do cuidado se realizem, a partir do contexto e do cotidiano dos seus fiéis. Isso significa que as possibilidades de prevenção podem ser potencializadas para o enfrentamento e superação da depressão.

¹⁴¹ KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamim J. *Compêndio de psiquiatria*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 596.

¹⁴² CLINEBELL, 2007, p. 66.

Parafrazeando Lothar Hoch, e fazendo uma atualização de suas ideias, a Paróquia deve se ver como o espaço de cuidado, ajudando as pessoas que sofrem com a depressão a recuperarem os fragmentos de esperança que existem dentro delas, e dos quais elas talvez não tenham consciência, visando reuni-los como brasas dispersas em meio às cinzas e, assim, como diz o autor, “reacender a chama da vida”¹⁴³.

Com base nessas discussões, o próximo capítulo apresenta uma proposta profissional de intervenção voltada para o atendimento psico-pastoral – que já vem sendo realizada no contexto da Paróquia Nossa Senhora de Fátima, em Itamaraju-Ba – de pessoas que sofrem com a depressão. Trata-se de um plano de atendimento psico-pastoral de cuidado, não mais que isso, no contexto eclesial da Igreja católica, haja vista esta não poder substituir o papel dos profissionais, mas integrá-los no cuidado de pessoas, com a finalidade de levar uma boa notícia para suas vidas.



¹⁴³ HOCH, 2003, p. 40.

3 PARÓQUIA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA DE ITAMARAJU/BA COMO CAMPO DE ESTUDO

A Paróquia é um lugar de cuidado e responsabilidade com as pessoas que a frequentam. É também o espaço de encontro e comunhão de pessoas que trazem suas angústias e preocupações, suas dores e sofrimentos, assim como suas alegrias e agradecimentos. Porém, ela é, principalmente, um espaço de cuidado da fé cristã; por isso, cuida dos bens espirituais, da experiência do Sagrado, das pessoas e sua relação com a comunidade.

Neste espaço paroquial acontece o estudo deste trabalho, que relaciona o papel da Paróquia diante da demanda para o atendimento de pessoas com problemas de saúde mental¹⁴⁴. Segundo relatos dos profissionais da saúde que participam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁴⁵, existe um alto índice de pessoas com a saúde mental comprometida.

Este capítulo pretende entender como acontece, no ambiente da Paróquia, o atendimento a pessoas com problemas de saúde mental, levando em consideração que esse é um problema que merece atendimento profissional especializado. Também se pretende entender como o atendimento num ambiente religioso pode trabalhar também diversas situações da psique humana. Para este estudo, foram levantadas informações acerca das atividades pastorais da Paróquia e como essas atividades estão sendo realizadas, a partir da criação do Centro de Atendimento Psicoterapêutico (CAPT), no mesmo espaço paroquial.

Nesta etapa final, são identificadas as atividades da Paróquia no CAPT como uma forma de cuidar das situações de pessoas com transtorno depressivo leve, oferecendo apoio e acompanhamento às pessoas que aqui chegam com suas queixas. Porém, também se identificam as atividades do atendimento pastoral concentradas no cuidado da fé, e como ela atua, de forma que as pessoas atendidas possam distinguir o atendimento pastoral do atendimento do CAPT. Neste sentido, há relatos dos agentes de pastoral acerca de pessoas se queixando de doenças espirituais, mas que sinalizam problemas de saúde mental. O CAPT e a pastoral têm ciência desta situação.

¹⁴⁴ Segundo relatos dos profissionais da saúde que participam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) existe um alto índice de pessoas com saúde mental comprometida; já a paróquia identifica pessoas que procuram o bem estar do espírito, porém revelam pedidos de socorro para o cuidado da mente.

¹⁴⁵ Veja no anexo o relatório da Secretaria de Saúde em relação ao Centro de Atenção Psicossocial Relatório da Prefeitura de Itamaraju de 28 de julho de 2021 que cita 5.487 usuários do sistema.

3.1 Aproximação das atividades pastorais e do Centro de atendimento Psicoterapêutico CAPT.

O foco inspirador desta atividade pastoral e de atendimento por meio dos CAPT está no cuidado com as pessoas na Paróquia, especialmente aqueles que necessitam de um apoio espiritual por meio do aconselhamento pastoral. Nestes atendimentos há relatos de pessoas muito abaladas no seu emocional, sem condições nem forças para gerirem suas vidas, mas que encontram, no ambiente paroquial, o lugar de apoio na busca de orientações para tentarem soluções ou amenizar os problemas que os afetam.

Em muitos casos, o aconselhamento pastoral encontra pessoas que imaginam ter um problema exclusivamente de ordem espiritual. Porém, nos encontros, percebe-se que essas angústias vão além dos transtornos de ordem religiosa. Nestas situações, costuma-se consultar com o pároco, que discerne que na verdade precisam é de acompanhamento ou apoio terapêutico. Ressalte-se que são as pessoas que expressam o desejo de receber o acompanhamento no CAPT.

Estas situações foram a base da experiência pastoral que levou a Paróquia à criação do Centro de Atendimento Psicoterapêutico (CAPT). O CAPT está estruturado com um consultório clínico, montado e supervisionado por psicólogas e outros colaboradores da região. Para montar o CAPT, houve a permissão dos dois conselhos paroquiais, que ajudam o pároco na administração desse projeto. Graças a esta iniciativa e apoio dos conselhos paroquiais, o projeto iniciou o atendimento às pessoas, que, se fossem procurar esse serviço na saúde pública do Município, levariam muito tempo para serem atendidas, atrasando o início de um tratamento.

3.2 Para entender a origem do CAPT na Paróquia.

A criação do CAPT como espaço de atendimento psicológico nasce da demanda de pessoas que procuravam aconselhamento pastoral, confissão, atendimento pastoral com o pároco. Esta demanda tem uma média semanal entre trinta e cinco a quarenta pessoas com necessidade de serem escutadas, aconselhadas com suas queixas, conforme constatado no agendamento ou na acolhida pelos grupos paroquiais.

No entanto, os atendimentos às pessoas apresentavam problemas além dos que geralmente se costumava aparecer no atendimento pastoral. Com isso, percebeu-se que não era mais possível continuar apenas na linha do atendimento pastoral (direção espiritual,

plantão de oração, entre outros), mas também no cuidado da psique. Assim, a Paróquia se organizou para fazer algo por essas pessoas que relatavam sintomas da falta da saúde mental. Nesta ocasião, a paróquia contava com psicólogos entre os membros comprometidos da comunidade, que foram convidados a abraçar o projeto, e duas profissionais aceitaram o convite e passaram a integrar a equipe.

A partir daí, várias perguntas foram surgindo, tais como: É justo dispensar essas pessoas, sabendo que seus problemas tenderiam a piorar? A paróquia, tendo membros profissionais (psicólogos) dispostos a ajudar, poderia ficar inerte? Um fiel depressivo é incapaz de assumir e viver sua experiência transcendente na comunidade? Um fiel com sua saúde mental afetada precisa de cuidado? Assim, a Paróquia decidiu por ajudar as pessoas que a ela acorriam pedindo ajuda, apoio.

3.3 Metodologia adotada no atendimento psicoterápico na Paróquia.

O método de atendimento do CAPT, praticado pelas psicólogas, promove a terapia individualizada, respondendo à demanda particular de cada pessoa que procurou a paróquia. A chegada da pessoa ao CAPT é resultado do encaminhamento do pároco, segundo o agendamento pastoral feito na secretaria, ou agendamento encaminhado pelos grupos da paróquia como o grupo das “Mães que oram pelos filhos” ou outros. Este atendimento acontece de terça-feira a sábado, na secretaria da Paróquia ou nos grupos. Após o primeiro atendimento pastoral, as pessoas podem ser consultadas para avaliar se aceitam passar pelos profissionais do CAPT. Se a pessoa, voluntariamente, aceita a terapia, ela é encaminhada para o atendimento dos psicólogos e, a partir daí, começa o procedimento de atendimento psicológico, seguindo as normas adequadas da profissão. Importante destacar o perfil dos profissionais, pois eles atuam aplicando a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), a psicologia clínica já usada no CRAS, o serviço de acolhimento e consultório clínico e, finalmente, indicar que, entre os médicos, há pessoas com experiência em perícia médica do Tribunal Regional do Trabalho.

Em relação ao perfil geral dos atendidos, essas pessoas são religiosas que chegaram à paróquia pedindo aconselhamento pastoral, ou uma direção espiritual, ou simplesmente querendo um momento para conversar. Nota-se, com isso, que todos os atendidos são pessoas de fé que acreditam mais em verdades reveladas e menos em verdades da Psicologia.

3.3.1 Plano de atendimento

Já no plano do atendimento psicoterapêutico, as metodologias usadas pela equipe do CAPT preservam os seguintes processos:

1. Identificação de paciente (fichário).
2. Entrevista psicológica (demanda de perguntas).
3. Sessões de Terapia (dependendo do paciente, podem ser muitas ou poucas; geralmente dez sessões, no máximo).
4. Abordagem de membros da família, visto ser importante inserir alguém próximo no núcleo familiar.
5. Análise das falas do paciente, como *feedback* para se chegar ao fim do tratamento.
6. Compromisso firmado com o profissional psicólogo e o paciente e, também, com o membro da família.

O projeto do CAPT tem ciência de que está atendendo pessoas com forte ligação com a religião. Portanto, sabem dos limites e potencialidades destas pessoas para evitar confundir o aconselhamento pastoral e direção espiritual com o tratamento terapêutico. Por outro lado, é também importante entender que as pessoas não deixam de lado a fé religiosa, mesmo sendo parte da terapia. De qualquer maneira, tem-se o cuidado de distinguir ambas as áreas, ainda que, em alguns casos, as pessoas não façam essa distinção, posto essas pessoas estarem à procura de uma cura, e esta ser mediada pela Paróquia, mas executada pela equipe do CAPT.

Na prática de atendimento, resulta comum relacionar a experiência religiosa com o tratamento psicoterapêutico. Assim sendo, se adverte uma condução do tratamento de forma mais leve, quando o atendido, por sua própria vontade, continua o tratamento ao mesmo tempo em que recorre a suas práticas religiosas, que lhe fazem retomar sua vida na igreja como, por exemplo, adoração ao santíssimo, ou frequência nos eventos da Paróquia. Mesmo assim não se podem tirar conclusões devido a complexidade dos casos tratados no CAPT.

3.3.2 A psicoterapêutica implementada

Na psicoterapia implementada no CAPT se prioriza o atendimento terapêutico que, a partir de uma intervenção psicoterápica, possa encontrar um tratamento para os devidos transtornos. Nesta terapia deve considerar o motivo pelo qual o paciente procurou ajuda, sendo atendido, no primeiro momento, pelo aconselhamento pastoral, visto que esta relação com a Paróquia cria, conseqüentemente, um ambiente de confiança para o tratamento.

Vale ressaltar que o acolhimento da Paróquia para com o futuro paciente é de extrema importância, pois surge um vínculo de maior proximidade e segurança. Porém, no ambiente do CAPT, o atendimento segue as características típicas da triagem médica. Com isso, as psicólogas realizam uma sessão de avaliação, chamada de anamnese, cujo significado é a “história de vida do paciente”, onde, através desse processo, são estabelecidos os objetivos a serem atingidos, as potencialidades e dificuldades do paciente, pois, diante deste cenário, será compreendido o diagnóstico e será possível direcionar o tratamento de modo eficaz.

O próximo passo consiste em encontros dialogais. Nestes se levantam questões para entender os assuntos apresentados pelo paciente. Esta atividade é muito necessária, tanto para o terapeuta proceder no tratamento, quanto para o paciente tomar consciência da sua própria situação. Logo depois, os assuntos do diálogo constituem os pontos de reflexão para compreender a situação das vivências do paciente. Assim, solicita-se que o paciente escreva sua autobiografia, como forma de autoconhecimento, para poder dialogar na terapia; isso reforça o ambiente de acolhida e recepção, fazendo com que o assistido sinta-se confortável para continuar a terapia. Como cada um tem um comportamento diferente, esta atividade permite maior abertura, promovendo condições para o paciente poder falar de si, se abrir, e compreender o processo que está vivenciando, sendo livre para falar, mas também ouvir o terapeuta. Esta é uma técnica nominada de método socrático.

No método socrático, o terapeuta, de forma cuidadosa, faz uma série de perguntas para ajudar na definição de pensamentos e crenças, examinando o real significado de eventos, ou avaliar as ramificações de pensamentos e comportamentos. Importante frisar que este método é considerado como o principal pilar da Terapia Cognitiva Comportamental. A ideia por trás do questionamento socrático é trazer à tona o que o paciente está pensando e direcionar esse pensamento para algo mais funcional.

Importante destacar que a terapia usada pela CAPT, em especial, é a Terapia Cognitiva Comportamental, fundada nos anos 60, por Aaron Beck, neurologista e psiquiatra norte-americano, que propôs, inicialmente, um modelo cognitivo como uma forma de tentar tratar pacientes deprimidos e, posteriormente, evoluiu para a compreensão e tratamento de outros transtornos. Essa é uma abordagem específica, clara e direta, utilizada para tratar diversos transtornos com eficácia. Este método era utilizado pelo filósofo grego Sócrates para ensinar aos seus alunos, por isso chamado de diálogo socrático.

O método foi formado pela ideia de que os seres humanos possuem uma informação inicial, sobretudo em suas mentes, e, através do método socrático, uma pessoa não é ensinada a algo novo, mas sim ajudada a encontrar esse “algo” novamente e revelar o conhecimento

existente que já possui. Quando temos um comportamento muito disfuncional, ou uma emoção muito forte, há uma grande possibilidade de eles terem sido gerados por um pensamento disfuncional; este costuma ser exagerado, rígido e generalizante. É justamente por meio deste questionamento socrático que conseguimos perceber que nossos pensamentos não são fatos, mas, sim, ideias e suposições. Com isso, há a flexibilização do pensamento disfuncional, descobrimos outras possibilidades de respostas ao evento gatilho, e nossas reações melhoram. Temos, portanto, uma resposta menos intensa ou um comportamento mais funcional. Com o decorrer do tratamento psicoterapêutico, o terapeuta ensina o paciente a treinar sua mente para sempre questionar os pensamentos que lhe fazem mal e a pensarem em alternativas; assim, conseguirão viver mais focados na realidade, com menos estresse, angústia, e com menos comportamentos disfuncionais, que nos prejudicam e nos causam tanto sofrimento.

Dessa maneira, ao ouvir atentamente o que o paciente diz, o terapeuta pode apontar padrões específicos de palavras, ou soluções de palavras para o atendido, e deixar que ele veja um novo significado neles, sendo uma técnica na qual se usam palavras do próprio paciente como método de autodescoberta. Esse processo permite que uma pessoa perceba que a resposta está dentro na sua própria história, e que está apenas esperando para ser redescoberto.

O método socrático se mostra extremamente eficaz nos mais diversos transtornos e dificuldades. Válido frisar que a Terapia Cognitiva Comportamental se destina tanto ao tratamento dos diferentes transtornos psicológicos e emocionais, como a depressão, ansiedade, transtornos alimentares, transtornos psicossomáticos, traumas, fobias, entre outros. Além disso, esta abordagem auxilia também nas diversas questões que envolvem nossa vida como um todo, como luto, estresses, dificuldades nos relacionamentos, desenvolvimento pessoal, separações, perdas, baixa autoestima e muitos outros.

A Terapia Cognitiva Comportamental é colaborativa, ou seja, reflete um processo que ambos, psicólogo e paciente, possuem um papel ativo e estabelecem colaborativamente metas terapêuticas. Envolve uma relação genuína entre ambos, baseada em empatia terapêutica, em que o psicólogo é amigável e caloroso.

Finalmente, apenas indicar a importância do diálogo com o paciente que vem originariamente do acompanhamento pastoral. Isso influi na disposição da pessoa ser tratada terapêuticamente, mas não esconde alguns comportamentos encontrados entre pacientes, a saber: tendências e mentalidade negativa, que pode se tornar prejudicial para o comportamento humano, pois afeta suas emoções. Por isso, no CAPT, tende-se a mudar as visões negativas em positivas, pois permitiria melhor resposta à terapia. No entanto, também

vale indicar que estas tendências são muito gerais, precisamente porque as terapias são pessoais, e a ética do sigilo profissional não permite a exposição de pessoas.

Ratifica-se que a psicoterapia tem ciência da condição religiosa dos pacientes, devido à sua origem no acolhimento feito no aconselhamento pastoral. Porém, também é ciente de possíveis problemas muitas vezes levantados em alguns conselhos regionais de Psicologia¹⁴⁶. Esta psicoterapia também tem consciência da atividade pastoral como apenas uma porta para as pessoas que, voluntariamente, solicitam ser atendidas terapeuticamente.

Em Itamaraju, segundo o relatório de julho de 2021, do CAPS, foram atendidos 5.487 (cinco mil quatrocentos e oitenta e sete pessoas) pessoas com problemas relacionados à saúde mental. Esta situação coloca em questão o tipo de atendimento específico do CAPT, pois já existe uma política pública adequada e, então, a pergunta é se é pertinente a ação da Paróquia, e qual pode ser o sentido para manter este projeto.

No entanto, há outros elementos que se colocam a favor deste projeto na Paróquia. Neste sentido, deve-se reconhecer o *Movimento Mães que Oram pelos Filhos*¹⁴⁷, um espaço de escuta de pessoas com depressão, que se iniciou na paróquia antes do surgimento do CAPT¹⁴⁸. Este movimento também realiza uma triagem das pessoas que são encaminhadas ao pároco; este, no aconselhamento pastoral, identifica a situação e apresenta o CAPT ao paciente.

3.4 Plano de ação no atendimento psicoterapêutico

Neste item, apresentamos o plano de ação do CAPT, desde sua identificação até os resultados que se pretende alcançar.

¹⁴⁶ A maneira de exemplo podem se consultar alguns os trabalhos de ética laica na psicologia. Cfr. em: http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/138/frames/fr_questoes_eticas.aspx . Consultado no dia 03/12/2021. Mas também existem estudos que criticam esta situação no livro “Influências da Religião sobre a Saúde Mental”. Neste livro, além de incentivar pesquisas nesta área, traz mais de 45 páginas de referências bibliográficas importantes Cfr: <https://www.amban.org.br/site123456/imagens/internas/Lotufo.pdf> . Consultado no dia 03/12/2021.

¹⁴⁷ Este movimento foi fundado, oficialmente, no dia 09 de junho de 2018 registrado nos livros da paróquia (Livro de tomo número 03, de 2008, p. 69.).

¹⁴⁸ Centro de Atendimento Psicoterapêutico (CAPT) foi inaugurado no dia 31 de Outubro de 2019, pelo bispo da Diocese, a convite do Pároco, conforme registro no livro de tomo, folha 91, livro 03, de 2018, da Paróquia Nossa senhora de Fátima, que responde ao CNPJ 13682 9190017-11.

3.4.1 Identificação CAPT

Denominação Social: Centro de Atendimento Psicoterapêutico

Sigla: CAPT

Endereço: Praça da bandeira – N° 91

Bairro: Bairro de Fátima

Cidade: Itamaraju – Bahia

3.4.2 Finalidade do plano de atendimento

1. Disponibilizar o atendimento psicoterapêutico, sempre que houver uma demanda das pessoas necessitadas da Paróquia que solicitem esse tipo de atendimento. Isso nem sempre significa que a pessoa apresenta um transtorno de saúde mental. Ajudar e trabalhar em todas as questões emocionais, comportamentais, família, perdas, depressão, ansiedade, luto, relacionamento, entre outros.
2. O procedimento para o atendimento terapêutico é indicado no encaminhamento pastoral; porém, a partir da livre vontade da pessoa, que comunica o desejo de ser atendida.
3. Ensinar a lidar com emoções por meio de habilidades cognitivas (de pensamento), e comportamentais, permitindo, assim, que situações difíceis sejam enfrentadas de forma construtiva.
4. Oferecer serviços na área da saúde psicológica, desde a prevenção, visando assegurar uma melhor qualidade na saúde mental das pessoas.
5. Incentivar a participação da comunidade em relação aos atendimentos psicológicos, principalmente aquelas pessoas que se encontram deprimidas e ansiosas.
6. Garantir o tratamento psicoterapêutico de qualquer pessoa que esteja necessitando de cuidados psicológicos.
7. Divulgar, na Paróquia Nossa Senhora de Fátima, sobre os atendimentos psicológicos, incentivando e informando sobre a importância de cuidarem da saúde mental.
8. Os atendimentos ocorrem dois dias por semana, com duração de 50 min por sessão. Para isso, se estabelecem horários de atendimento para cada paciente, com agenda marcada. O tempo de duração do processo terapêutico depende de cada

paciente, pois cada pessoa responde à terapia de forma diferente, de acordo com o seu próprio tempo; para alguns, poucas sessões já devem ser suficientes, enquanto outros precisarão de um número maior.

9. É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional, pois deve proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas que tenham acesso ao atendimento no CAPT.
10. O CAPT está aberto para qualquer psicólogo capacitado que queira prestar atendimento voluntário.

3.4.3 Recursos econômicos e materiais

O Centro de Atendimento Psicoterapêutico desenvolve suas atividades mediante atendimentos gratuitos. A infraestrutura é financiada pelas pastorais da Paróquia.

O espaço do atendimento psicológico é na Paróquia que, por não poder ser ela mesma o espaço para uma terapia, pelo que representa simbólica e espiritualmente, se estabeleceu uma sala de atendimento exclusiva, onde funciona o CAPT, que foi bem estruturada, adequada e confortável para as realizações dos atendimentos.

3.4.4 Identificação da ação

O plano de ação deve considerar os seguintes aspectos dos agentes que participam do processo: em primeiro lugar, o pároco, cujo papel é especificamente pastoral, isto é, deve cuidar da adesão na fé das pessoas, membros da comunidade, reforçando o vínculo com experiência do sagrado. Pastoralmente, esta experiência é levada à vida particular das pessoas e, para isso, sabe-se da necessidade de uma condição de equilíbrio pessoal e pastoral, que deve lidar com situações afetivas, emocionais, e até ideológicas das pessoas, o que, potencialmente, pode causar desvios de interpretação da experiência do sagrado no Cristianismo, precisamente porque as mediações de comportamento pessoal podem afetar na experiência de fé, que o pároco também tenta deixar para os profissionais da Psicologia analisarem.

O segundo agente é a comunidade paroquial que, muitas vezes, atua no acolhimento humanizado, ao receber pessoas que chegam pedindo ajuda. O terceiro é a equipe de psicólogos do CAPT, cuja atividade se enquadra em normas profissionais com o intuito de tratar pessoas com problemas emocionais, mentais, na prevenção de doenças mentais,

atendendo e acolhendo as mais diversas situações. O psicólogo ouve, analisa, avalia e busca soluções e maneiras para minimizar os referidos problemas. O tratamento psicológico oferecido pela paróquia traz benefícios para a saúde mental, permitindo uma vida mais feliz, saudável e leve em todos os âmbitos, melhorando, assim, a qualidade de vida dos pacientes.

O processo de acompanhamento no tratamento psicoterapêutico cria um cronograma determinado para cada paciente. Assim, o tempo do tratamento dos pacientes é decidido pela equipe de psicólogos e o pároco, a partir de programas de atendimento aos pacientes, que adotam metodologias apropriadas e adaptadas a cada caso. Existe um programa longo de, aproximadamente, seis meses, e um programa curto. Aquele segue os métodos de acompanhamento padrão estabelecidos pela equipe do CAPT, enquanto o curto, que foi batizado de “Pequeno Caminho para uma Vida Nova” conta com sete passos. Vale salientar que se usou o número sete pela simbologia, que representa mais do que uma adequação a métodos específicos. Cada um desses passos acontece uma vez por semana, em pacientes que se comprometem a fazer o processo, pois, nele, há um total envolvimento e comprometimento, na busca pela eficácia no tratamento. Veja a seguir os passos do pequeno caminho:

1º passo – Admitir - o paciente admite que precisa de ajuda para se tratar do transtorno depressivo leve; isso é fundamental para se começar o processo de tratamento: reconhecer que não está bem. “Eu admito que preciso de ajuda” – deve expressar isso.

2º passo – Confiar – a confiança está atrelada à fé. Quem chega à paróquia sabe que está num ambiente onde tudo gira em torno da fé; assim, será necessário que o paciente exerça o fator confiança intensamente, confiança em Deus, na instituição que o acolhe, no psicólogo, pois é ele quem vai ajudá-lo em suas questões; sem essa confiança, não adianta seguir no tratamento. Apresentam-se ao paciente, de forma clara, todas as condições que se preveem para ter acesso à melhora, tais como, o processo de terapia, as dificuldades a serem vencidas, a duração, os esforços, e os sacrifícios exigidos. O sucesso dependerá da conduta, entendimento, capacidade de se adaptar e perseverar.

3º passo – Entregar - o paciente se entrega totalmente para que o tratamento, no processo terapêutico, possa acontecer. Essa entrega deve ser total, pois existem situações que só o profissional pode resolver, e eles devem transmitir segurança no que fazem e atuarem sempre com ética; e, para isso acontecer, é necessário que se leve em conta dois princípios básicos: o da privacidade e confidencialidade. Acreditar no tratamento, no médico, em si mesmo e na recuperação é extremamente importante e ajudará no resultado.

4º passo – Descoberta - através da livre adesão, tenta-se fazer uma busca das possíveis causas dos traumas, das situações acumuladas, não resolvidos, que podem ser as causas que fizeram surgir a depressão. Procurar apoio psicológico, considerando o fator fé, neste caso, focado na pesquisa, é fundamental para voltar a se sentir bem. A boa notícia é que a depressão é tratável, e a adesão ao tratamento indicado pelo profissional ajuda a reverter os sintomas e devolver a alegria e disposição ao deprimido.

5º passo – Não temer - uma vez decidido, o paciente não deve temer as descobertas das causas que levam à depressão; não deve ter medo de encarar o que foi descoberto como causadores da depressão.

6º passo – Prontidão - uma vez identificadas as causas da depressão, o paciente deve acolher de prontidão as dicas do psicólogo, se envolver e se comprometer com o que for orientado como instrumento de solução.

7º passo – Renascimento/superação - Tendo se aberto totalmente na condução do processo terapêutico, e correspondido ao tratamento de modo mais positivo, com a vontade de ser ajudado, o paciente, naturalmente, se sentirá renascido, voltando, assim, à convivência normal, com motivações para desfrutar a vida de modo prazeroso¹⁴⁹.

Mesmo com todo esse processo, é natural surgirem alguns questionamentos, tais como: O que se espera deste centro de atendimento na Paróquia? A que se propõe? Qual a sua finalidade? Para que essas questões sejam bem interpretadas, vale indicar que a Igreja e sua missão são muitas vezes mal-entendidas. Para alguns, ela deve se ocupar em somente dar a salvação espiritual das pessoas. Neste plano, o atendimento de questões não espirituais parece deslegitimar o papel da Paróquia com o CAPT.

A igreja considera a pessoa humana como uma unidade (alma e corpo) – como foi justificado no capítulo anterior. Por isso, o cuidado da alma é condição necessária para o corpo como história de vida. É nessa unidade que a paróquia se preocupa em levar a boa notícia como um estilo de vida que realize a pessoa humana, e não tanto como uma doutrina que não passa de uma teoria captada pela qualidade específica da alma. Sendo assim, a Paróquia abre as portas das Ciências Médicas para ajudar a manter a integridade da pessoa (o que classicamente se diz como corpo e alma). Nesse sentido, deve-se interpretar o Evangelho e o papel do cuidado em todos os aspectos da pessoa humana, inclusive no aspecto relativo à

¹⁴⁹ “É impressionante a capacidade que a gente tem de renascer e dar a volta por cima. Eu, que desejei me matar tantas vezes, desejei a morte tantas vezes, hoje estou aqui e vivendo um dos momentos mais iluminados da minha vida. Nunca estive tão leve, tão confortável em mim, com as minhas convicções, com as minhas escolhas” (Pe. Fábio de Melo, em 25/12/2020 por Gshow – Rio de Janeiro).

alma/psique e sua relação com o corpo. No caso da Paróquia, sua missão é para trazer vida: “Eu vim para que todos tenham vida, e vida em abundância” (João, 1,10).

Por tudo isso, o CAPT tem um plano de ação, com o qual pretende que as pessoas que passam pela terapia, reforcem suas relações com a comunidade. Apostar na vida da pessoa é também fomentar essa vida em sociedade. Assim, a defesa da vida é o grande plano de ação, em que a vida se dá também pela integridade fornecida pela saúde mental, que pode ser condição necessária para uma fé madura¹⁵⁰.

3.4.5 Descrição do projeto

O acolhimento pastoral, por parte do pároco, começa a partir da apresentação pelos grupos pastorais, assim como a partir da recepção das demandas deixadas na secretaria da Paróquia. Os responsáveis por esse processo são, em primeiro plano, o pároco, a partir do atendimento pastoral e do apoio dos grupos pastorais de apoio, encaminha as pessoas para o CAPT. Em segundo plano, e não menos importante, está a equipe de psicólogos que se dispõem, voluntariamente, a atender as pessoas necessitadas. Como já destacado, o pároco é responsável pelo aconselhamento pastoral, que abrange confissão, direção espiritual, mas também indica a possibilidade de existir transtornos mentais, encaminhando, se for o caso, para o atendimento das psicólogas. Ali, cada paciente é atendido, individualmente, pelo profissional de saúde mental.

3.4.6 Objetivo da terapia

A terapia tem como objetivo proporcionar ao paciente condições para que ele aprenda a desenvolver recursos para lidar com questões internas, e conseguir resolver conflitos emocionais que geram sofrimento e comportamentos que trazem danos à saúde mental. Na terapia, o paciente terá a oportunidade de discutir sobre diversas situações que aconteceram e acontecem em sua vida, com o intuito de conseguir resolver as questões de angústia e sofrimento. Colocar para fora todas as frustrações e sentimentos é forma mais rápida de obter ajuda.

¹⁵⁰ Cf. JUNG, Carlos. *Espiritualidade e transcendência*. Petrópolis: Vozes, 2015, p. 27-28.

3.4.7 Resultados esperados da terapia nos pacientes

Os resultados que se pretendem alcançar com o paciente passam pela avaliação da equipe de psicólogos, e podem ser sintetizados nos seguintes tópicos, em que o paciente deve:

1. adquirir uma maior capacidade de se auto perceber, podendo refletir sobre seus próprios sentimentos, percepções e pensamentos;
2. adquirir mais autoconfiança;
3. alcançar maior qualidade de vida;
4. aprender a lidar com as emoções de outras formas;
5. desenvolver habilidades que o incapacitem a enfrentar situações;
6. desenvolver mais autonomia e segurança para lidar com questões internas e externas;
7. desenvolver comportamentos mais construtivos e nova postura em relação à vida;
8. identificar padrões de comportamentos e hábitos mentais que precisam ser melhorados;
9. ter maior conscientização em relação a si a sua própria vida;
10. ter melhor qualidade de vida;
11. passar a lidar com pessoas e situações conflituosas com mais assertividade;
12. ser consciente e seguro diante das escolhas.

Importante ressaltar que cuidar da mente é tão importante quanto cuidar do corpo. É preciso equilibrar emoções, pensamentos, frustrações e desejos, passando a viver bem consigo mesmo e com a sociedade, de um modo geral.

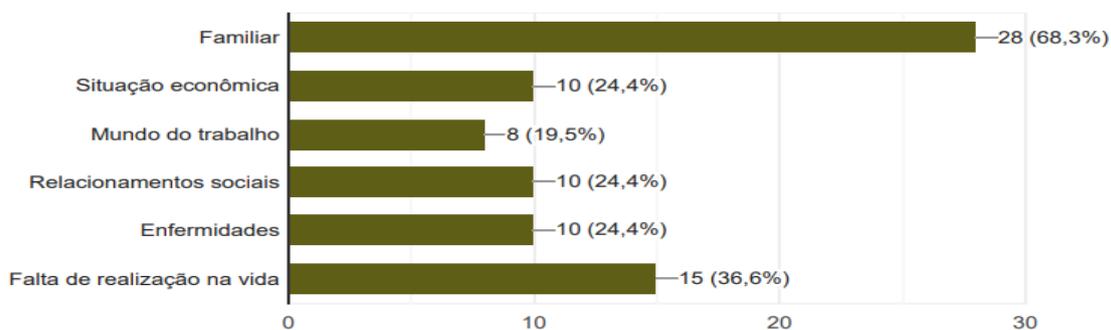
3.5 Levantamento de resultados

Realizou-se um levantamento de informações para entender como as pessoas avaliam o atendimento do CAPT, e as consequências deste empreendimento. No período de 14 de maio a 20 de junho de 2021, foram consultadas 40 pessoas que passaram pela Paróquia relatando transtornos depressivos. Esta consulta queria entender as causas principais da situação de depressão dos pacientes e as possíveis relações com sua vida religiosa. Mas também se pretendia compreender a percepção da atuação paroquial na criação do CAPT.

O instrumento de pesquisa usado foi um questionário semiestruturado, anexo ao prontuário de apoio para o levantamento de campo. Foram utilizadas onze perguntas abertas, elaboradas com apoio das equipes de psicólogos e assessores da Paróquia.

Neste ponto, serão colocados os principais resultados que mostram a avaliação dado ao CAPT quanto ao papel da paróquia. Segue, em continuação, a apresentação de resultados.

Gráfico 1. Evento na sua história de vida que foi determinante para viver esta situação de depressão



No gráfico acima, coloca-se o fator familiar como a principal causa da depressão (68,3%). O principal gatilho do processo depressivo se inicia no seio familiar, onde as interações entre os membros da família, muitas vezes, são conturbadas. Esse dado traz à tona uma realidade do contexto da sociedade brasileira, em que as famílias, na sua grande maioria, carregam crises que não podem ser atribuídas ao que antigamente se indicava como causa da desestruturação familiar. Então, de que estrutura de família se fala? Seja por fatores extra-familiares, seja pelas relações entre pais, filhos e parentes, que também geram um impacto na vida e formação social do indivíduo.

Neste sentido, vale entender que certa “estruturação” familiar passa por uma qualidade nas relações familiares. Assim, a qualidade dessa relação constitui-se como a vinculação entre os membros da família, quando esta é norteadada por fatores protetivos que podem ser identificados a partir da afetividade, tipo de comunicação estabelecida, envolvimento dos pais, práticas educativas e estilo parental aderido, clima conjugal estabelecido, bem como das práticas religiosas¹⁵¹.

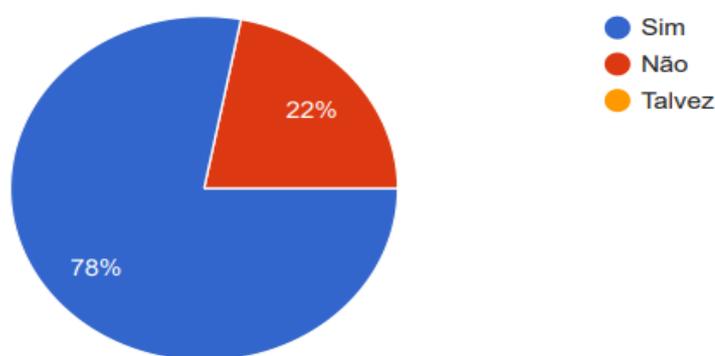
O segundo fator com mais indicações como causas da depressão é a “falta de realização na vida”, com 36,6% das respostas como motivo iniciador da doença. Isso, possivelmente, pode revelar outros problemas psicológicos, ainda desconhecidos, mas muito sérios, em relação à escala de valores que orientam a vida das pessoas, hoje. Este registro pode revelar estados de frustração, por não alcançar as metas planejadas. Isso é muito mais

¹⁵¹ ASSIS, Pesce; AVANCINI, J. Q. *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 69.

normal do que parece, diante da vida, que é medida em metas, e não em escalas de realização humana. Este assunto merece grandes estudos futuros, pois pode desencadear a ideia patológica da energia psíquica que Freud indicava como a força que dinamiza as pessoas.

Os outros fatores que revelam a origem-causa da depressão não são menos válidos, mas estão entre as tantas causas já estudadas em várias outras pesquisas. Assim, essas causas apresentam percentuais entre 19% e 24 %. Com isso, fica claro que a depressão pode se originar de vários processos isolados ou de múltiplos eventos.

Gráfico 2. Sua vida espiritual foi importante para identificar sua situação mental atual?¹⁵²



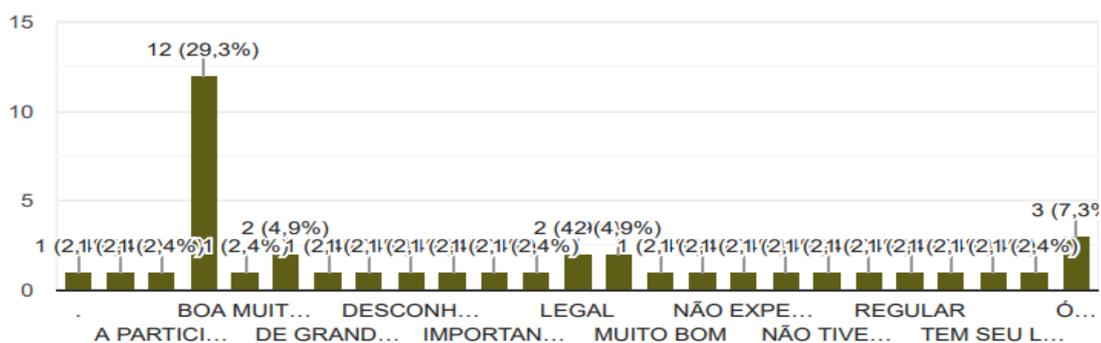
Em relação à vida “espiritual”, como classicamente se identifica a vida à luz da experiência do Sagrado, pode-se observar sua importância, mas não se pode identificar os motivos em profundidade da mesma, por falta de um instrumento mais adequado para coleta de dados. No entanto, a partir da experiência de acompanhamento em paralelo deste estudo, pode-se afirmar o seguinte: É possível identificar que 78% dos pesquisados confirmam a importância da vida espiritual para sua saúde mental. Porém, chama novamente, e de forma profunda, a atenção para o fato de que a maior parte das pessoas não vê uma relação entre vida espiritual e saúde mental no tratamento da depressão. Esta relação mal chega a 22% das indicações.

Entretanto, com estas informações, também não é possível afirmar que a Igreja possui, de fato, papel importante como suporte preponderante diante da saúde mental de seus fiéis. Em parte, porque misturar religião com saúde mental pode causar conflitos nos campos de atuação, já que religião e Psicologia tratam da alma; a diferença está na indicação da solução (relação com o Sagrado e saúde mental), e a alma não pode ser tecnicamente dividida e

¹⁵² Elaboração própria, dados inéditos, 2021.

fragmentada em parte sagrada e parte profana. Por isso, esta pergunta pode levantar alguns problemas, como da importância do psicólogo como terapeuta dos fiéis, ou da condição para viver numa comunidade cristã, à sombra de uma estrutura eclesial, que pode contrariar a realidade contemporânea de liberdade.

Gráfico 3. Participação da paróquia no acompanhamento terapêutico¹⁵³



Em relação à participação da paróquia no atendimento psicossocial, apenas 29,3% consideram boa. Isto pode significar que, apesar de as pessoas indicarem o papel da Paróquia no atendimento psicossocial, elas nem sempre consideram um bom empreendimento. Podem-se levantar hipóteses, como o fato de consultar o psicólogo possa estigmatizar a intimidade das pessoas que pedem ajuda, perdendo sua discrição. Mas também pode revelar que a maioria não vê com bons olhos a preocupação da Paróquia pela questão da saúde mental e o sofrimento psíquico advindo de doenças como depressão. De fato, a maioria não enxerga a participação da Paróquia como relevante, talvez porque entenda que o papel da Igreja seria só pensar o espiritual, sem se ater que a alma que sofre está num corpo atingido por doenças mentais, e um fiel com sintomas da depressão precisa, sim, de ajuda e, na Paróquia de Fátima, ele encontra este apoio; mesmo não sendo maioria, o que se oferece e se alcança é muito válido.

Gráfico 4. Como você descobriu que a paróquia oferece atendimento psicológico para a comunidade?¹⁵⁴

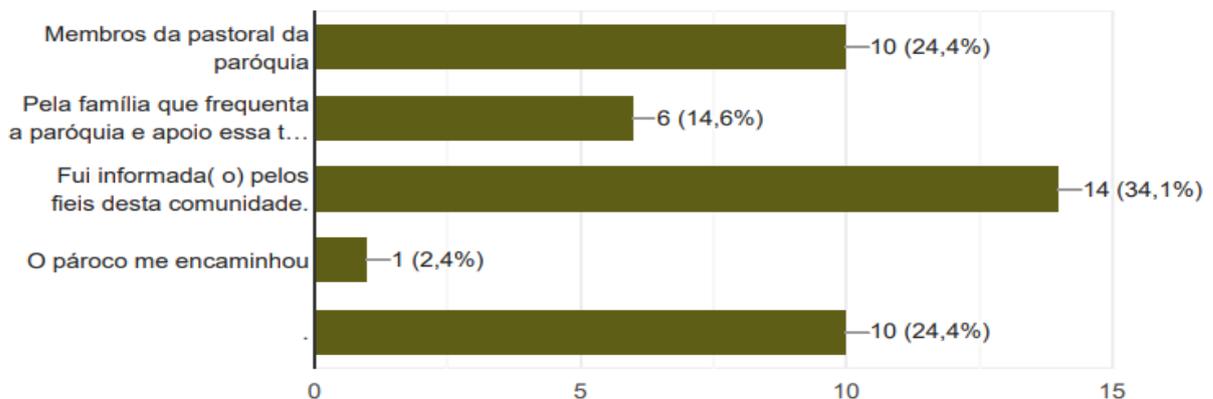
¹⁵³ Elaboração própria, dados inéditos, 2021.

¹⁵⁴ Elaboração própria, dados inéditos, 2021.



Em consonância com o dito anteriormente, 56% das pessoas não sabiam do atendimento psicológico da Paróquia, e não souberam indicar como descobriram que esta faz atendimento psicológico. Mas, por outro lado, entendem que a Paróquia deve divulgar mais o serviço que oferece, com os voluntários psicólogos.

Gráfico 5. Você foi encaminhado por:¹⁵⁵



A divulgação do atendimento revela a importância das indicações para o tratamento por parte dos mesmos membros da comunidade. Isso coincide com o fato de estes terem fundado o centro psicossocial, na mesma Paróquia.

Gráfico 6. A paróquia atende com acolhimento terapêutico só quem frequenta a igreja católica?¹⁵⁶

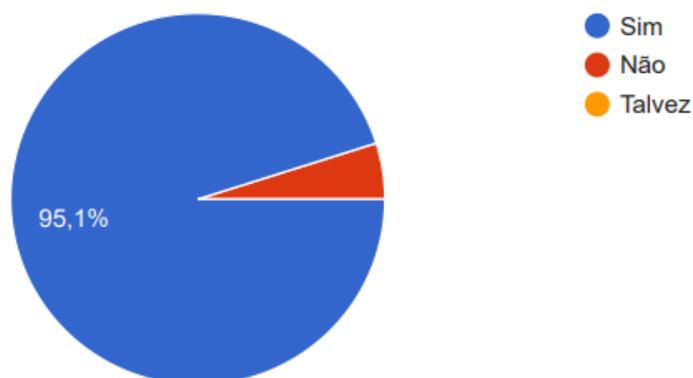
¹⁵⁵ Elaboração própria, dados inéditos, 2021.

¹⁵⁶ Elaboração própria, dados inéditos, 2021.



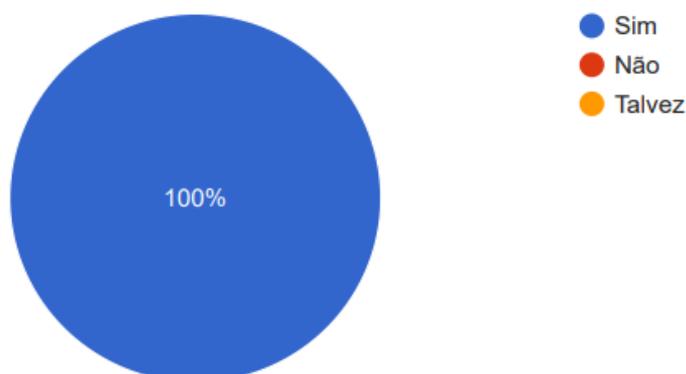
O serviço terapêutico prestado na Paróquia é abrangente, e tem uma relevância considerável, na cidade de Itamaraju, mesmo que a maioria indique que não são 100% praticantes. Sabe-se, no entanto, que eles são católicos, provavelmente, na sua identidade.

Gráfico 7. A terapia te ajudou na integração da tua vida espiritual e paroquial?¹⁵⁷



Com relação ao Gráfico 07, ficou evidente que 95,1% apontaram que a terapia foi importante na integração para a vida espiritual e paroquial, mostrando, assim, o papel da Paróquia no enfrentamento da doença. Porém, os 5% que responderam negativamente precisam de destaque, pois os motivos merecem maior cruzamento de dados para os quais o questionário não foi preparado. Isso demonstra que a Paróquia parece encontrar o caminho de apoio ofertado aos fiéis, com relação à saúde mental.

¹⁵⁷ Elaboração própria, dados inéditos, 2021.

Gráfico 8. O cuidado da depressão te permite compreender melhor o sentido da tua vida?¹⁵⁸

As respostas afirmativas de 100% com relação à melhora do quadro depressivo demonstram que a terapia foi preponderante para compreender o sentido da vida, seja por meio do tratamento, que ajuda a compreender-se a si mesmo, identificar e modificar suas atitudes, crenças e pensamentos disfuncionais, seja promovendo mudanças importantes em suas vidas, e a desenvolverem habilidades que podem usar dali em diante. O papel da Igreja, como suporte para a saúde mental, é necessário para a cura da depressão.

Os dois gráficos mostram a compreensão do papel do terapeuta, assim como a importância tanto da saúde espiritual como mental que revelam os entrevistados. O terapeuta que trabalha no centro psicossocial está orientado para estabelecer uma relação com o “paciente”, de forma a ajudá-lo a se encontrar consigo mesmo e com o meio em que está inserido, fortalecendo os vínculos e valores familiares, bem como sua espiritualidade, reavendo e fortalecendo seus valores, fazendo-os se conectarem com a forma de sentir e pensar. Quando o paciente identifica suas crenças e distorções de pensamentos, ele passa a ressignificar seus valores, construindo crenças saudáveis e alinhadas com a realidade da situação; conseqüentemente, ele se torna capaz de mudar sua perspectiva de vida e reformular a maneira que interpreta novas experiências, contribuindo para a saúde mental.

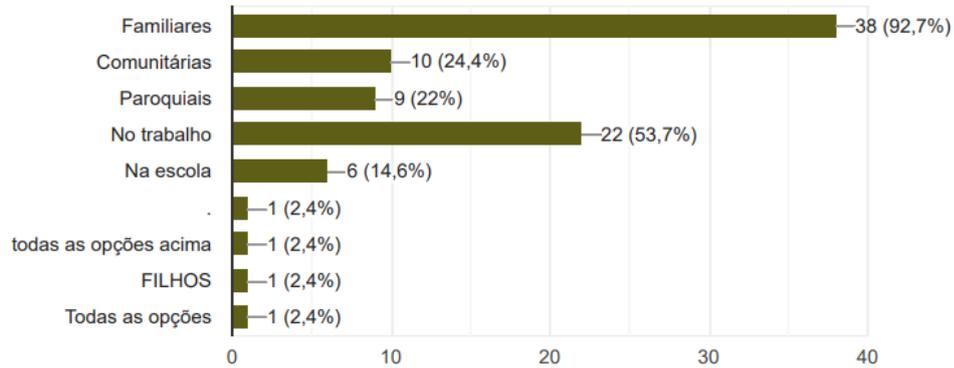
Gráfico 9. A terapia te permite entender melhor, com tuas palavras, o significado de tuas relações com:¹⁵⁹

¹⁵⁸ Elaboração própria, dados inéditos, 2021.

¹⁵⁹ Elaboração própria, dados inéditos, 2021.

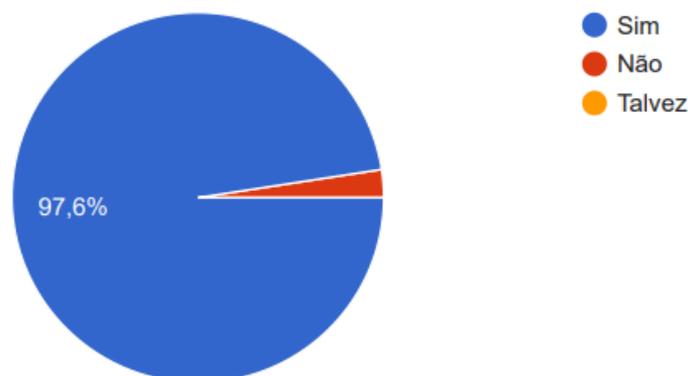
A terapia te permite entender melhor com tuas palavras, o significado de tuas relações Com:

41 respostas

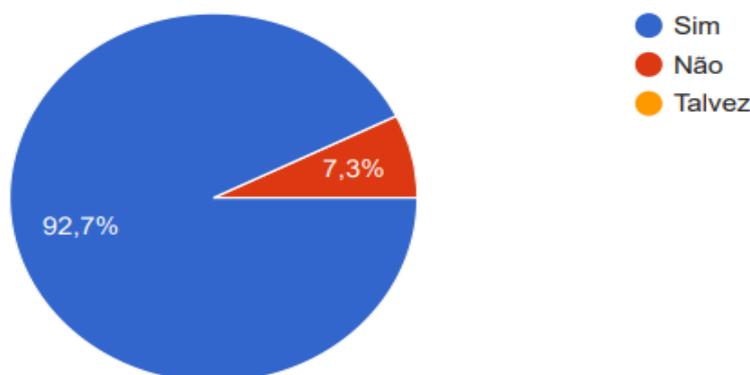


Verificou-se, com este resultado, que a relação familiar é algo muito valioso para se ter saúde mental, pois a família é a base onde se nasce e constrói valores na vida de uma pessoa; é lá que tudo acontece. Isto é verdadeiro, pois, no atendimento aos que chegam para um colóquio com o líder religioso, constata-se que a maioria dos problemas de ordem emocional é por causa da desestrutura familiar.

Gráfico 10. O terapeuta: trabalhar com valores da espiritualidade ajuda na saúde mental, fazendo-os se conectarem com a forma de sentir e pensar?¹⁶⁰



¹⁶⁰ Elaboração própria, dados inéditos, 2021.

Gráfico 11. A terapia ajudou a se conectar e restabelecer os vínculos familiares e religiosos?¹⁶¹

Os pacientes sentem necessidade de falar sobre religião, fé e espiritualidade na terapia. Muitas queixas trazidas por eles podem estar relacionadas a essas questões. Nesses casos, ressaltamos que o psicólogo é um facilitador no processo de autoconhecimento e autonomia, que, através da fala do “paciente”, das suas crenças religiosas, pode-se abordar a espiritualidade no processo terapêutico; a função do profissional no setting terapêutico é mediar, estar atento às representações simbólicas, tal como manifestações de fé de seus pacientes. Esse olhar permitirá fluidez no processo terapêutico.

O “paciente” busca por um sentido de viver, e essa busca pode estar relacionada à sua experiência do vazio existencial e da sua posição de desamparo. Assim, ele busca por respostas às questões que geram conflitos internos e externos, como também busca entender o sentido da espiritualidade e a importância de pertencer a uma comunidade religiosa. Nesse entendimento, ele descobre que fazer parte de um grupo saudável, que compartilha conteúdos positivos que contribuem para seu crescimento, tanto pessoal quanto social, o ajuda a entender o valor da fé, se fortalece como pessoa, com resultados surpreendentes na cura da depressão, assim como no convívio social e familiar¹⁶².

¹⁶¹ Elaboração própria, dados inéditos, 2021.

¹⁶² Segundo Márcia Oliveira e José Junges, “a influência da religiosidade sobre a saúde mental é um fenômeno resultante de vários fatores como: estilo de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual. [...] muitos estudos apontam, em seus resultados, que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, afeto positivo e moral elevado, felicidade, melhor saúde física e mental. Saiba mais em: OLIVEIRA, Márcia R.; JUNGES, José R. Saúde mental e

Quando questionadas sobre o papel da Paróquia para enfrentamento da depressão, as pessoas acometidas com esse transtorno afirmaram ter sido positivo o apoio recebido da comunidade paroquial, bem como a presença do pároco e da equipe de atendimento. Tais respostas demonstram que não só a Paróquia, mas toda a comunidade católica se preocupa com a questão da saúde mental e sofrimento psíquico decorrente da depressão. Isso também demonstra que ações efetivas vêm sendo adotadas pela Igreja, no que se refere ao enfrentamento de doenças que ameaçam a saúde mental.

As respostas afirmativas, com relação à melhora do quadro depressivo, demonstram que o papel da Igreja no enfrentamento da doença foi necessário, e que ações, como as adotadas pela Paróquia, são fundamentais e importantes para que a depressão possa ser superada entre pessoas de baixa renda.

Como visto, já está devidamente comprovada a relação entre saúde mental e religiosidade, e as ações engendradas pela Paróquia na busca dessa saúde demonstram que a igreja possui, de fato, papel adequado nessa missão, atuando de maneira eficaz para trazer melhorias à saúde mental de seus fiéis.

Feitas tais considerações, passar-se-á à análise dos resultados obtidos com a aplicação dos questionários. As questões foram analisadas individualmente, e serão apresentadas em forma de dados. Os indivíduos entrevistados iniciaram respondendo a questões pessoais, como idade e sexo.

Inicialmente, 20% dos entrevistados se dizem insatisfeitos com as ações da Paróquia em relação ao enfrentamento da depressão. Isso significa que o grau de insatisfação pode ser algo específico do entrevistado, e que as ações adotadas pela Paróquia no combate a esse transtorno não são corretas. Por isso, esta informação deve ser melhor confrontada, porque pode evidenciar sérios problemas quando se relaciona Psicologia e Religião.

A entrevista também detectou a melhora no quadro depressivo do entrevistado, obtendo 100% de respostas positivas. Assim, pela análise anterior, com relação ao enfrentamento a transtornos como a depressão, pode-se concluir que muito dessa melhora apresentada se deu com o auxílio das ações da Paróquia junto aos que padecem desse mal.

Quando questionado sobre o envolvimento da Igreja no auxílio do quadro depressivo, verificou-se uma tendência de 2%, aproximadamente, que não consideraram satisfatório. O que,

novamente, deve ser verificado, pois os dados não conseguem captar as subjetividades em jogo. Todavia, timidamente, pode-se dizer que as ações da Paróquia com relação à depressão estão dentro de parâmetros de razoabilidade.

De todo o analisado, constatou-se, também, que a religião possui ação preponderante contra as doenças que afetam a saúde mental. Desta forma, as ações engendradas pela Igreja no combate a doenças como a depressão se revelam necessárias, enquanto o Poder Público não conseguir atender a todas as demandas.

Finalmente, os dados obtidos por meio das respostas das pessoas da Igreja foram elementares na definição de um diagnóstico, uma vez que foram identificadas quais as medidas a serem tomadas pela Paróquia para o enfrentamento de doenças que colocam em risco a saúde mental.

3.6 Sínteses e reflexões da experiência do CAPT na Paróquia.

A experiência do CAPT permite entender três temas, que sintetizam e levantam reflexões necessárias. O primeiro trata do papel da Paróquia no atendimento psicossocial. Por isso, ela deve repensar seu papel na sociedade como entidade religiosa, desde a perspectiva legal como concessão pública às entidades religiosas, mas também como uma entidade social que atende em ações, como as executadas pelo CAPT.

A Igreja, como entidade milenar, se inspira, teologicamente, pelo cuidado da vida humana; portanto, esse cuidado, além das questões específicas de natureza religiosa, abrange toda a vida humana, inclusive, as preocupações de saúde mental humana. A especificidade da experiência do sagrado do Cristianismo também exige novas percepções teológicas, onde o acompanhamento pastoral, diante dos transtornos mentais, não cause um desvio de funções, mas uma disponibilidade, tal como ocorre em outras ações sociais de paróquias, no Brasil, como, por exemplo, as casas de apoio aos sem-teto, feitas nos espaços das paróquias, entre outros. Porém, esta reflexão sobre o papel da Paróquia também deve passar pela pedagogia de formação dos membros da comunidade que entendam a dimensão do seu papel.

O segundo tema relata a relação entre o atendimento pastoral e o atendimento psicossocial, em relação às pessoas com transtornos mentais. Esta relação tem dois pontos em destaque: o acolhimento e os princípios teológicos e pastorais. O acolhimento é determinante como fator confiança necessário para iniciar o tratamento com livre vontade, e faz parte da pastoral, sendo também parte das terapias usadas pela equipe do CAPT, porque abordam os pacientes, reforçando os gestos de confiança dados, inicialmente, no aconselhamento pastoral.

Por fim, vale deixar claro que a Paróquia entende bem suas limitações funcionais no processo terapêutico, por isso, não dará um passo além do seu papel no acolhimento inicial, pois desse papel depende a confiança da pessoa na terapia. Por outro lado, os princípios teológicos e pastorais da Paróquia partem da concepção da pessoa humana como unidade dada pela história de vida. Por isso, a paróquia reconhece o valor da Psicologia, porque ela trabalha terapeuticamente nessa história de vida. Nesse contexto teológico, deve cuidar da vida das pessoas como um todo e, também, deve considerar os aportes à integração dessa vida que realiza a terapia psicossocial. A Psicologia tem uma ampla base de publicações científicas que justifiquem seus procedimentos que nem sempre podem ser desconsiderados pela ação pastoral.

O terceiro tema trata das pessoas atendidas no CAPT. A primeira impressão da equipe relata um trabalho satisfatório, porque se observa o compromisso com a vida das pessoas, através dos resultados das terapias utilizadas. Na perspectiva dos atendidos, deve-se destacar a confiança que as pessoas têm acerca do tratamento terapêutico. Os dados levantados apontam para essa auto percepção de si mesmos e do papel da CAPT no espaço paroquial.

Deve-se destacar aqui a confiança depositada pelas pessoas, desde o acolhimento paroquial, até a livre vontade com a qual elas decidem não apenas confiar no atendimento pastoral, mas, sobretudo, tomar a decisão de realizar um tratamento psicossocial. Por outro lado, também se destaca a visão do tratamento com algo que ajuda no melhor desenvolvimento da fé; o contrário não se pode afirmar com os elementos retirados no levantamento de resultados. Finalmente, se destaca a mudança de comportamento dessas pessoas que passaram pela CAPT. Os membros da comunidade, como familiares e pessoas próximas, relatam essas mudanças de comportamento diante da vida. Sendo assim, há sinais de que os atendidos reconhecem a ajuda da Paróquia ao disponibilizar o CAPT, já que os transtornos mentais vivenciados por eles parecem ser encarados com uma visão mais positiva da vida.

Finalmente, se podem identificar os seguintes destaques que nascem dos procedimentos terapêuticos e pedagógicos da experiência do CAPT na Paróquia: o primeiro, que o CAPT nasce a partir da demanda da realidade de pessoas que acudiam ao pároco com problemas que podiam acarretar a destruição familiar, como o suicídio, a perda de desemprego, ausência na comunidade, entre outros; porém também pela demanda de grupos paroquiais que trabalhavam com familiares com transtornos mentais. Por isso, a Paróquia responde demandas no campo da Psicologia. Finalmente, o CAPT acabou sendo reconhecido

na comunidade local, dada a responsabilidade e seriedade desta ação social, pois o Centro não fecha as portas às pessoas que chegam pedindo ajuda.



CONCLUSÃO

Este trabalho pretendeu uma aproximação à experiência do atendimento psicoterapêutico no espaço da Paróquia Nossa Senhora de Fátima de Itamaraju. O objetivo deste trabalho foi entender a experiência no cuidado de pessoas com transtorno depressivo que são acolhidas por meio da criação do Centro de Atendimento Terapêutico (CAPT). Esta experiência é peculiar como prática pastoral, daí a importância de entender suas possíveis consequências e o que ela pode representar para a vida pastoral, quanto o que representa para as pessoas que passaram por esta experiência.

O marco teórico para entender esta experiência se fundamenta na experiência do acompanhamento psico-pastoral – apresentado no capítulo 2 – como uma forma de abordagem fenomenológica e também como uma atitude de cuidado integral da vida humana a partir dos métodos do aconselhamento pastoral (conversar, ouvir, falar). Esta experiência do acompanhamento psico-pastoral se fundamenta, por sua vez, na ideia de que toda pessoa é portadora de dignidade e liberdade, e isso inspira uma ação de acolhida às pessoas com transtorno depressivo. Neste sentido, este trabalho mostra que a criação do CAPT representa um novo modelo de empreendimento pastoral que, por outro lado, não tem características classicamente atribuídas à ação pastoral, porque transita numa área do conhecimento independente como é a psicologia. Daí as possíveis dificuldades para entender o papel do atendimento pastoral e o papel do tratamento psicoterapêutico num mesmo espaço.

A hipótese que orientou o trabalho versava que é necessário ter elementos adequados para avaliar e entender melhor a experiência paroquial com o atendimento às pessoas que sofrem depressão por meio da iniciativa do CAPT. Esta hipótese tem em consideração que o objetivo deste trabalho é entender a experiência paroquial que assumiu o atendimento psicoterapêutico, diante de demandas da comunidade. A realidade desta experiência paroquial vivenciada no dia a dia foi aprofundada a com apoio de questionários e entrevistas em profundidade com pessoas participantes desta experiência. A partir disso, se levanta a seguinte tese:

A experiência da paróquia, a partir do atendimento pastoral e da criação do CAPT, permite entender que o acolhimento das pessoas da comunidade que sofrem depressão é um ato pastoral peculiar que exige, necessariamente, o cuidado profissional e independente de psicólogos.

Neste sentido, se podem identificar quatro linhas de compreensão desta experiência. A primeira linha apresenta um modelo terapêutico cujo ponto de referência é o acolhimento

pastoral. A segunda linha levanta a necessidade de repensar a pastoral a partir da tradição eclesiologia católica de abertura ao mundo, em especial, às pessoas necessitadas. A terceira linha de reflexão trata da sanidade mental, em especial dos transtornos depressivos, não como o motivo para a intervenção religiosa, mas possivelmente, a sanidade mental deve ser entendida como uma condição necessária para qualquer tipo de experiência religiosa autêntica. A quarta linha, aborda problemas que surgem quando a pastoral paroquial toma a iniciativa do cuidado da depressão.

No que se refere à primeira linha, o acolhimento pastoral, em especial acolhimento aos necessitados está na origem da pastoral católica. O tratamento psicoterapêutico inicia-se no acolhimento pastoral e isso aponta para a) necessidade de uma equipe pastoral bem formada para entender os problemas de saúde mental, b) o cuidado que a pastoral deve ter diante de áreas do conhecimento muito especializadas como são as áreas que tratam da sanidade mental; c) o acolhimento como aproximação fenomenológica à realidade das pessoas exige uma sensibilidade e formação humanista e científica adequada dos líderes da comunidade (clero, ministros, entre outros) no sentido de entender a realidade das pessoas em si, compreender os valores que elas portam e as necessidades que elas carregam. Por tanto, o acolhimento não projeta ideias nem doutrinas às pessoas, mas apenas acolhe como uma atitude de total abertura para entender a realidade das pessoas; d) o acolhimento também significa a chave de abertura da igreja ao mundo e também promove a capacidade de apreender do mundo.

A segunda linha consiste no resgate da tradição da Igreja Católica que sempre foi sensível diante das pessoas pobres fragilizadas economicamente, culturalmente e politicamente. A prática histórica da Igreja confirmada no Concílio Vaticano II, reforça o compromisso com a humanidade de forma integral. Isto significa que se deve cuidar da humanidade como um todo, estendendo-se também este cuidado à sanidade mental humana. Portanto, esta análise não pode ser considerada alheia ao interesse pastoral da igreja. Outrossim, é uma experiência de natureza sinodal, visto que nasce de movimentos católicos da própria comunidade, à qual no caminhar pastoral, descobre o problema da depressão em seus membros, e decide consultar e deliberar acerca uma ação com a criação de um centro de atendimento, o CAPT.

A terceira linha reflexiva entende que a sanidade mental é necessária para qualquer tipo de consciência humana, especialmente a consciência que brota da experiência do sagrado. Por isso, a psicoterapias são necessárias enquanto permitem que a consciência humana seja algo equilibrada para um caminhar junto com a comunidade de fé. Obviamente há

experiências pastorais que detectam problemas de comportamento e, em alguns casos, até desvios de comportamento que merecem tratamentos terapêuticos – como foi exposto no capítulo 3 em relação às terapias implementadas. Por isso, a pastoral deve ter em consideração, na medida do possível, uma consultoria psicológica para adequar o acompanhamento pastoral e evitar que ambientes religiosos venham a acobertar os transtornos mentais das pessoas.

Em relação à quarta linha que trata dos problemas decorrentes do cuidado da depressão em ambientes religiosos. Sabe-se que a depressão é um problema multidimensional de impacto mundial. Por isso os problemas que surgem exigem: a) o cuidado da depressão é também multidimensional, por tanto tratado pelas psicoterapias, e, no entanto, também subsidiadas por outras áreas do conhecimento, inclusive, religiosas na medida legal desses subsídios; b) a justificativa da intervenção do CAPT na paróquia é ainda frágil diante da atual intervenção do poder público por meio dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) que ocorre de forma pública, gratuita e efetiva. Por tanto, essa justificativa deve ser consultada de forma sinodal à comunidade e melhor avaliada; c) esta experiência exige um discurso eclesial diferente diante do significado da pastoral e da missão da igreja no mundo, já que se coloca no cuidado humano o principal motivo da evangelização. Isso significa que a ideia da evangelização como apenas disseminação de doutrinas católicas, é muito limitada para entender a missão nas paróquias em ambientes diferentes como ocorre nos centros de terapia. Por isso o cuidado de pessoas com depressão deve considerar-se parte da evangelização; d) finalmente, na pesquisa com pessoas que participaram diretamente no CAPT, se destaca a relevância da sanidade mental diante para vida religiosa, porém não se menciona a vida de fé como superação da depressão. Esta última percepção está na mesma linha da tradição espiritual apresentada no capítulo 1 com os relatos de Santo Inácio de Loyola nos “Exercícios espirituais” e de Santa Teresa de Ávila no “Libro de las fundaciones”.

REFERÊNCIAS

- ABREU, N.; OLIVEIRA, I. R. Terapia Cognitiva no Tratamento de Depressão. *In: CORDIOLI, A. V. Psicoterapias: abordagens atuais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 31-46.
- ALVES, Rômulo R. da N.; ALVES, Humberto da N.; BARBOZA, Raynner R. D.; SOUTO, Wedson de M. S. Influência da religiosidade na saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2105-2111, 2010.
- ALVES, Rubem. *O amor que acende a lua*. Campinas: Papirus, 1999.
- ASSIS, Pesce; AVANCINI, J. Q. *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- AZEVEDO, Lidiany A.; ALMEIDA, Thiago C.; MOREIRA, Ana Helena. “O resfriado da psiquiatria”: a depressão sob o ponto de vista Analítico-Comportamental. *Revista Transformações em Psicologia*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 65-85, 2009.
- BAHLS, Saint-Clair. Uma visão geral sobre a doença depressiva. *Revista Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 4, p. 1-7, 2000.
- BALBONI, Tracy A.; VANDERWERKER, Lauren C.; BLOCK, Susan D.; PAULK, Elizabeth; LATHAN, Christopher S.; PETEET, John R.; PRIGERSON, Holly G. Religionsness und spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal Clin Oncol*, Bethesda, v. 25, n. 5, p. 555-560, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515558/>. Acesso em: 29 ago. 2021.
- BALDESSIN, Anísio. *Como visitar um doente: orientações práticas para padres, pastores e agentes de pastoral da saúde*. São Paulo: Loyola, 2002.
- BERRIOS, German E. Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. *Revista Latinoam. Psicopat. Fund.* São Paulo, v. 15, n. 3, p. 590-608, 2012.
- BÍBLIA de Jerusalém: nova edição revista e ampliada. São Paulo: Paulus, 2002.
- BIRMAN, J. *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.
- BLEULER Eugen. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 mar. 2021.
- CAMPOS, Bárbara C.; RODRIGUES, Olga Maria. P. R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *Revista Psico*, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p. 483-492, 2015.

CARVALHO, Sílvia. Psicoterapia e Medicina Geral e Familiar: o potencial da terapia cognitivo comportamental. *Revista RPMGF*, Lisboa, v. 30, n. 6, p. 406-409, 2014.

CHATTERS, Linda M. Religion and Health: public health research and practice. *Revista Public Health*, [s.l.], n. 21, p. 335-367, 2000.

CHIAVENATO, Idalberto. *Gestão de Pessoas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CHISHOLM, D. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, [s.l.], v. 3, p. 415-424, 2016.

CLINEBELL, Howard J. *Aconselhamento pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento*. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2007.

COLLINS, Gary R. *Aconselhamento cristão*: São Paulo: Vida Nova, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). *Código de direito canônico: constituição apostólica de promulgação do código de direito canônico*. 9. ed. São Paulo: Loyola, 1995.

DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 177-178, 2006.

DIAS, Alessandro M.; AZEREDO, Bárbara A. Depressão e religiosidade: uma busca pelo equilíbrio farmacêutico e espiritual. *Revista Unitas*, Vitória, v. 8, n. 1, p. 54-68, 2020.

DEL PORTO, José A. Conceito e diagnóstico da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, p. 6-11, 1999.

DORFMAN, W. Current concepts of depression. *Psychosomatics*, [s.l.], v. 4, p. 253-260, 1963.

ELISSON, Christopher G.; LEVIN, Jeffrey, S. The religion-health connection: evidence, theory, and future directions. *Sage Journals*, [s.l.], v. 25, n. 6, [n.p.], 1998.

FABER, Heije; SCHOOT, Ebel. *A prática da conversação pastoral*. São Leopoldo: Sinodal, 1973.

FÉDIDA, P. *Depressão*. São Paulo: Escuta, 1999.

FEITOSA, Fábio B. A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, Rondônia, v. 34, n. 2, p. 488-499, 2014.

FELDMAN, P.; COHEN, S. Social support. In: KAZDIN, A. E. (ed.), *Encyclopedia of Psychology*. New York: Oxford University Press, 2000. p. 373-376.

FRIESEN, Albert. *Cuidando do ser: treinamento em aconselhamento pastoral*. 3. ed. Curitiba: Evangélica Esperança, 2012.

GADAMER, Hans G. *Verdade e Método*. Tradução de Flávio Paulo Meurer, com revisão de tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

GAEDE NETO, Rodolfo. Implicações para relações de cuidado. *In*: HOCH, Lothar C.; ROCCA LARROSA, Susana M. (orgs.). *Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado*. São Leopoldo: Sinodal, 2007. p. 63-77.

GIGLIOTTI, Analice. *IBGE: crescimento da depressão é realidade no Brasil*. *In*: VEJA RIO [Site institucional]. 24 nov. 2020. [n.p.]. Disponível em: <https://vejario.abril.com.br/blog/manual-de-sobrevivencia-no-seculo-21/ibge-crescimento-depressao-brasil/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

GOMES, Antonio M. A. Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. *Revista Estudos de Religião*, São Bernardo do Campo, v. 25, n. 40, p. 81-109, 2011.

GUIMARÃES, F. S. Distúrbios Afetivos. *In*: GRAEFF, F. G.; BRANDÃO, M. L. (eds). *Neurobiologia das Doenças Mentais*. 4. ed. São Paulo: Lemos, 1993. p. 79-108.

GUIMARÃES, Hélio P.; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 88-94, 2007.

HEIDEGGER, Martin. *Ser e tempo*. Editora Vozes. Petrópolis, 2012.

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

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

HOCH, Lothar C. A comunicação como chave do Aconselhamento Pastoral. *In*: HOCH, Lothar C.; NOÉ, Sidnei V. (orgs.). *Comunidade terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda*. São Leopoldo: Sinodal, 2003. p. 92-109.

HURSO. *OMS considera depressão uma epidemia global*. 02 jan. 2020. Disponível em: <http://hursosantahelena.org.br/noticias/oms-considera-depressao-epidemia-global/>. Acesso em: 01 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf. Acesso em: 02 abr. 2021.

ITAMARAJU (BA). *Itamaraju: caminhada em prol de igreja de Fátima bate metas*. 14 fev. 2017. [online]. [n.p.]. Disponível em: www.itamarajunoticias.com.br/noticia/itamaraju-caminhada-em-prol-de-igreja-de-fatima-bate-metas. Acesso em: 29 ago. 2021.

JESÚS, Santa Teresa. *Libro de las fundaciones*. Madrid: Alianza, 1967.

JULIATTO, Clemente I. *Ciência e transcendência: duas lições a aprender*. Curitiba: Champagnat, 1984.

JUNG, C.G.; 1875-1961. *Espiritualidade e transcendência / C.G.; Jung; seleção e edição de Brigitte Dorst; tradução da introdução de Nélio Schneider*. – Petrópolis: Vozes, 2015.

KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamim J. *Compêndio de psiquiatria*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KERBAUY, R. R. Keller: o cientista ensina. In: KERBAUY, R. R.; FERNANDES, F. (orgs.) *Keller: coleção grandes cientistas sociais*. São Paulo: Ática, 1983. p. 7-42.

KEHL, M. R. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.

KILOH, L. G.; GARSIDE, R. F. The independence of neurotic depression and endogenous depression. *Br J Psychiatry*, [s.l.], v. 109, p. 451-463, 1963.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, n. 2, p. 54-64, 2008.

KOENIG, H. G. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, [s.l.], v. 13, n. 4, p. 213-224, 1998.

KRAUSE, Neal. Religion, aging, and health: exploring new frontiers in medical care. *Southern Medical Journal*, [s.l.], v. 97, n. 12, [n.p.], 2004.

LOPES, Emilio M. Y. *Quatro gigantes da alma*. Rio de Janeiro: Edijur, 1988.

LUTERO, Martim. Catecismo maior. In: DREHMER, Darci. *Livro de concórdia: as confissões da igreja evangélica luterana*. São Leopoldo: Sinodal, 1993. p. 413-447.

MACHADO, S. C. E. P. Psicoterapia Psicodinâmica das depressões e Psicoterapia do luto Normal e Patológico. In: CORDIOLI, A. V. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 52-63.

MAGALHÃES, Lana. Depressão. In: TODA MATÉRIA [Site institucional]. 22 jan. 2020. [n.p.]. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/depressao/>. Acesso em 02 fev. 2021.

MALSCHITZKY, Harald. *Dietrich Bonhoeffer: discípulo, testemunha, mártir: meditações de Harald Malschitzky sobre textos selecionados de Dietrich Bonhoeffer*. São Leopoldo: Sinodal, 2005.

MENDELS, J.; COCHRANE, C. The nosology of depression: the endogenous-reactive concept. *Am J Psychiatry*, [s.l.], v. 124, p. 1, 1968.

MENDES, Elzilaine D.; VIANA, Terezinha de C.; BARA, Olivier. Melancolia e Depressão: um estudo psicanalítico. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 30, n. 4, p. 423-431, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Campinas: Unicamp, [s.d.]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf. Acesso em: 11 mai. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnósticos e prevenção*. [s.d.]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>. Acesso em: 13 ago. 2021.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PINSKY, Ilana; ZALESKI, Marcos; LARANJEIRA, Ronaldo. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 18-21, 2010.

NASCIMENTO, Alexsandro M.; PAULA, Rafael A.; ROAZZI, Antonio. Autoconsciência, religiosidade e depressão na formação presbiteral em seminaristas católicos: um estudo ex-post-facto. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, Uberlândia, v. 10, n. 1, p. 35-48, 2017. p. 35-48.

OLIVEIRA, Márcia R.; JUNGES, José R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Revista Estudos de Psicologia*, Natal, v. 17, n. 3, p. 469-476, 2012.

OLIVEIRA, Ronaldo C. *Homilia diária* [YouTube, 01 jul. 2021]. Itamaraju: Paróquia de Fátima Itamaraju, 2021. (04 min 59s). Disponível em: https://www.youtube.com/channel/UC8c_4Q7eXFH3yIKDQVA1tEQ. Acesso em: 29 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório mundial da saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Climepsi, 2002.

OTTO, Rudolf. *O sagrado*. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2007.

OTTO, Rudolf. *Das Heilige: über das irrationale in der idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen*. Verlag: Illustrated, 1918.

PAHO. *Considerações psicossociais e de saúde mental durante o surto de COVID-19*. 18 mar. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51996>. Acesso em: 29 ago. 2021.

PARKER, G. Classifying depression: should paradigms lost be regained? *Am J Psychiatry*, [s.l.], v. 157, n. 8, p. 1195-1203, 2000.

PERES, Uriana T. *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

PERES, Julio F. P.; SIMÃO, Manoel J. P.; NASELLO, Antônia G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 136-145, 2007.

PINTO, Cândida; PAIS-RIBEIRO, José Luís. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Revista Arquivos de Medicina*, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007.

PONTIFÍCIO CONSELHO. Compêndio da doutrina social da igreja. In: PASTORALIS [Site institucional]. [s.d.]. Disponível em: https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/justpeace/documents/rc_pc_justpeace_doc_20060526_compendio-dott-soc_po.html. Acesso em: 05 ago. 2021.

PORTO, José A. D. *Depressão: conceito e diagnóstico*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, p. 6-11, 1999.

RADDEN, J. *The nature of melancholy: from Aristotle to Kristeva*. New York: Oxford University, 2000.

RICOEUR, Paul. *Teoria da interpretação*. Lisboa: Edições 70, 1976.

RICOEUR, Paul. *Interpretação e ideologias*. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ROCHA, Sergio. Saúde mental na pandemia. In: CNBB [Site institucional]. 21 set. 2020. [n.p.]. Disponível em: <https://www.cnbb.org.br/saude-mental-na-pandemia/>. Acesso em: 06 ago. 2021.

ROUSSEAU, G. Depression's forgotten genealogy: notes towards a history of depression. *Hist Psychiatry*, [s.l.], v. 11, n. 41, p. 71-106, 2000.

SABSHIN, M. Turning points in twentieth-century American psychiatry. *Am J Psychiatry*, [s.l.], v. 147, n. 10, p. 1267-1274, 1990.

SAMPAIO, Nathan. Marcos Feliciano sugere que depressão é causada por demônios e internet rebate. In: JORNAL OPÇÃO [Site institucional]. 05 jul. 2018. Disponível em: <https://www.jornalopcao.com.br/ultimas-noticias/marco-feliciano-sugere-que-depressao-e-causada-por-demonios-e-internet-rebate-129875/>. Acesso em: 29 ago. 2021.

SANTOS, Franklin S. Espiritualidade e saúde mental: espiritualidade na prática clínica. *Revista Segmento Farma*, São Paulo, n. 4, p. 1-7, 2009.

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

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. *Como acompanhar doentes*. São Leopoldo: Sinodal, 1994.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. *Teologia prática no contexto da América Latina*. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Aste, 2005.

SEIDL, Eliane M. F. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 421-429, 2005.

SEIXAS, Yasmim K. M. *Depressão em acadêmicos de enfermagem*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Uniceplac, Gama, 2019.

SLIDEPLAYER [Site institucional]. [s.d.]. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/10863423/>. Acesso em: 21 fev. 2021.

SOUZA, T. R.; LACERDA, A. L. T. Depressão ao longo da história. In: QUEVEDO, J.; DA SILVA, A. G. (orgs.). *Depressão: Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 9-17.

STEINMANN, Ralph M. *Spiritualität-die Vierte Dimension der Gesundheit: eine Einführung aus der sicht von gesundheitsförderung und prävention*. Verlag: Lit, 2012.

STOTT, John. *Ouçã o Espírito, ouçã o mundo*. São Paulo: Ultimato, 2008.

STROPPA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e Saúde. *In*: SALGADO, Mauro I.; FREIRE, Gilson. (orgs.). *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427-443.

TABOADA, Nina G.; LEGAL, Eduardo J.; MACHADO, Nivaldo Resiliência: em busca de um conceito. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 104-113, 2006.

THEOLOGIA LATINOAMERICANA. *Ética e teologia no Antigo Testamento*. [s.d.]. Disponível em: <http://theologicalatinoamericana.com/?p=160>. Acesso em: 14 ago. 2021.

VARELLA, Drauzio. Diagnóstico de depressão. *In*: DRAUZIO [Site institucional]. 11 ago. 2020. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/diagnostico-de-depressao-artigo/>. Acesso em: 29 ago. 2021.

WORD HEATH ORGANIZATION (WHO). *Relatório mundial da saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: WHO, 2002.

WONDRACEK, Karin H. K. Aconselhamento em tempos de barbárie. *Revista Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 50, n. 2, p. 273-287, 2011.



ANEXO A: QUESTIONÁRIO APLICADO NA ENTREVISTA

Questionário (Formulário)

DADOS PESSOAIS

Perfil: M.S.Idade: 22 anos. Sexo: F Estado civil: Solteira

Naturalidade: _____

Escolaridade: _____

Área de trabalho: _____

Endereço: busina mistioBairro: _____ Cidade: Itamaia

Situação da família: (? – tipo de família?).

Situação mental e espiritual

- 1) Qual evento na sua história de vida que foi determinante para viver esta situação de depressão? (múltipla resposta)
- Familiar
 - Situação econômica
 - Mundo do trabalho
 - Relacionamentos sociais
 - Enfermidades
 - Falta de realização na vida
- 2) Sua vida espiritual foi importante para identificar sua situação mental atual?
- Sim
 - Não
- 3) Como você observa a participação da paróquia no acompanhamento terapêutico?
- regular
- 4) Como você descobriu que a paróquia oferece atendimento psicológico para a comunidade? _____

Você foi encaminhada(o) Por:

- Membros da pastoral da paróquia
- Pela família que frequenta a paróquia e apelo essa terapia
- Fui informada(o) pelos fieis desta comunidade.
- O pároco me encaminhou
- Outros...

Aqui cabe uma pergunta para essa resposta

a. Me surpreende que uma paróquia ofereça esse acolhimento faça isso

5) A paróquia atende com acolhimento terapêutico só quem frequenta a igreja católica?

- Sim
 Não
 Não sou da paróquia, mais fui atendida normalmente

6) A terapia te ajudou na integração da tua vida espiritual e paroquial?

- Sim
 Não

7) O cuidado da depressão te permite compreender melhor o sentido da tua vida?

- Sim
 Não

8) A terapia te permite entender melhor com tuas palavras, o significado de tuas relações Com: (multiplaresposta)

- a. Familiares
 b. Comunitárias
 c. Paroquiais
 d. No trabalho
 e. Na escola
 Outros....

9) Você acha que o terapeuta, trabalhar os valores da espiritualidade ajuda na saúde mental, fazendo-os, se conectarem com a forma de sentir e pensar?

- Sim
 Não

10) A terapia te ajudou a se conectar e restabelece os vínculos familiares (e religiosos)?

- Sim
 Não

11) A terapia com a espiritualidade, (Fé ou religião) proporciona uma fonte extra de força e estímulo que facilitam o reconforto diante das dificuldades em sua vida?

sem dúvida

ANEXO B: DOCUMENTOS ENTIDADES PRIVADAS



FRATERNIDADE BOM SAMARITANO

PROJETO SOCIAL BOM SAMARITANO

O projeto social Bom Samaritano, com fundação no dia 21 de setembro de 2020 desenvolve na cidade de Itamaraju-ba um trabalho de ajuda aos jovens e pessoas com diversas dificuldades sejam físicas ou psicológicas.

Desde o início de nosso trabalho, atendemos na função de escuta e aconselhamento, vários jovens com transtornos psicológicos, como depressão e ansiedade. Atendemos até hoje uma média de 40 jovens que frequentam o projeto nos trabalhos sociais, alguns com crises fortíssimas de ansiedades outros até mesmo com pensamentos suicidas, a maioria deles reclamam da não aceitação da doença dentro do âmbito familiar e também outras dificuldades como: desemprego, termino de relacionamento ou até mesmo relacionamento abusivo.

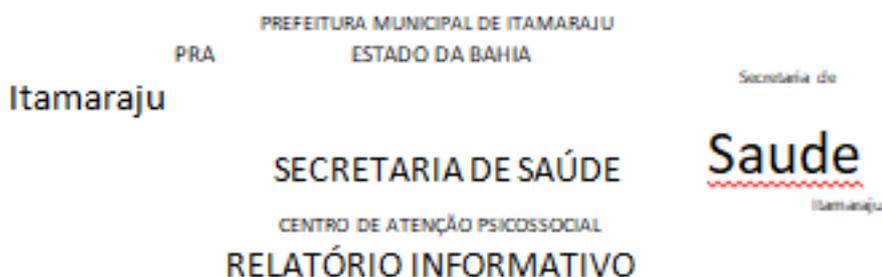
Jovens com quadros de automutilação na intenção de diminuir a dor interna que dizem sentir por conta da depressão entre outros. A maioria deles dizem não buscar um tratamento por medo ou vergonha das pessoas ou de se assumir doente.

A nossa casa em Itamaraju-ba; tem como endereço rua Inacio Tosta Filho 433 -Bairro de Fatima .

Ezequiel dos Santos Gomes

Resonsavel (Ezequiel dos Santos Gomes),CPF-06910588576
TEL(73)982500091,EMAIL-EZ252627GOMES@GMAIL.COM

ANEXO C: DOCUMENTOS PODER PUBLICO



RELATÓRIO INFORMATIVO

O CAPS é uma unidade de saúde local/regionalizada, aberto, comunitário que oferece atendimento diário. São pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) possibilitou a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país, contribuindo assim para a Reforma Psiquiátrica de acordo à Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. O projeto CAPS foi assegurado através do Ministério da Saúde, Portaria 336/2002, viabilizando as verbas destinadas à cada modalidade usando critério populacional.

É constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São substitutivos ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar (manicômios).

Os Centros de Atenção Psicossocial, como referido, são serviços públicos de saúde mental, destinados a atender indivíduos com transtornos mentais relativamente graves. Esse serviço é uma substituição às internações em hospitais psiquiátricos, e tem como maior objetivo tratar a saúde mental de forma adequada, oferecendo atendimento à população, realizando o acompanhamento clínico, e promovendo a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho e ao lazer, a fim de fortalecer os laços familiares e comunitários.

O CAPS de Itamaraju/BA foi implantado em 23/10/2007 e teve a regulamentação 01 ano após esta data. Conta com 5487 usuários cadastrados. Este número alto decorre do município ainda não contar com ambulatório de saúde mental para acompanhamento da maioria dos casos, mas já está sendo articulado. Em torno de 1000 usuários fizeram a triagem e foram transferidos para a REDE.

Dentre as doenças que acompanhamos tem a depressão que conta com um número aproximado de 20%, ou seja, em torno de 850 pessoas atendidas e esquizofrenia, em torno 5%, que corresponde a 250 usuários. Este número é contando somente depressão sem comorbidades, que aí seria um número bem mais elevado, levando em consideração que nestes últimos dois anos tivemos uma alta demanda de ideação suicida, automutilação, ansiedade e depressão.

O CAPS de Itamaraju/BA está situado à rua Fluminense, nº47 — bairro Novo Prado.

O telefone é 73-3294-9989. O cadastro no CNES é 5595533 e tem como razão

CAPS CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

Rua ~~Eluminoense~~, 47 - Novo
Prado/Itamaraju/Oficial

Itamaraju — Bahia
Tel: 73 3294 9989

Maria Auxiliadora

Digitalizado com CamScanner

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMARAJU

ESTADO DA BAHIA
PRA CUIDAR
b Itamaraju SECRETARIA DE SAÚDE

Secretaria de

Saúde

WVF

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

social CAPS de Itamaraju Repensando de Portas Abertas.

Os profissionais que compõe a equipe técnica atualmente são, conforme listado abaixo:

- Coordenadora e psicóloga: Maria Auxiliadora Lins Andrade
- Médico Psiquiatra: Ricardo Alexandre Barreto de Freitas
- Médico especialista em Saúde Mental: Michel Targa do Prado
- Médico generalista: Sérgio Roberto de Assis
- Enfermeira: ~~Ivanilda~~ Rodrigues Salomão
- Assistente Social: Jaqueline de Souza ~~Pagotto~~
- Farmacêutica: ~~Cleane~~ Andrade Rodrigues
- Psicóloga: Ana Rebeca Batista Santos

Sendo verdade todas as informações contidas neste relatório, atesto para os fins que se fizer necessário.

DE 2021.

Maria Auxiliadora Lins Andrade
Coordenadora do Centro
de Atenção Psicossocial
Decreto nº 081/2021

Maria Auxiliadora
MARIA AUXILIADORA LINS ANDRADE
Coordenadora CAPS
Decreto 081/2021

Itamaraju, 28 de julho

de 2021.

CAPS CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

Rua ~~Eluminoense~~, 47 - Novo Prado

Itamaraju — Bahia

Tel: 73-3294-9989

Digitalizado com CamScanner