

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

PERSIO RIBEIRO GOMES DE DEUS

**AS INFLUÊNCIAS DO SENTIMENTO RELIGIOSO SOBRE O
CRISTÃO PORTADOR DE DEPRESSÃO**

São Paulo

2008

PERSIO RIBEIRO GOMES DE DEUS

**AS INFLUÊNCIAS DO SENTIMENTO RELIGIOSO SOBRE O
CRISTÃO PORTADOR DE DEPRESSÃO**

Dissertação apresentada à Universidade
Presbiteriana Mackenzie, como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Ciências da Religião

Orientador:

Prof. Dr. Antonio Máspoli de Araújo Gomes

São Paulo
Junho de 2008

PERSIO RIBEIRO GOMES DE DEUS

**AS INFLUÊNCIAS DO SENTIMENTO RELIGIOSO NO CRISTÃO
PORTADOR DE DEPRESSÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Presbiteriana
Mackenzie, como requisito parcial para obtenção do título
de Mestre em Ciências da Religião

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonio Máspoli de Araújo Gomes
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profa. Dra. Sueli Galego de Carvalho
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof. Dr. Arthur Pinto Chaves
Escola Politécnica da Universidade de São Paulo

Dedico este trabalho a meus pacientes deprimidos
Suas dores e sofrimentos continuamente me sensibilizam
E me levam à busca de aperfeiçoamento como ser humano e como profissional

AGRADECIMENTOS

A Deus, o α e o Ω , o princípio e o fim

Não ousou defini-lo, sequer compreendê-lo

Busco apenas senti-lo numa relação transcendente
entre Criador e criatura, se \hat{E} le assim consente

Ao Magnífico Reitor Dr. Manassés Claudino Fonteles

Pelo apoio e incentivo neste trabalho

Ao meu orientador, Prof. Dr. Antonio Máspoli de Araújo Gomes

Possuidor da grandeza dos mestres
e da humildade dos verdadeiros sábios

A meus pais, Rev. Dr. Pércio Gomes de Deus e Profa. Dorcas Ribeiro Gomes de Deus

Por terem me ensinado o amor e o temor a Deus

A minha esposa, Dra. Luciana G. L. G Deus

Por ter me permitido viver o amor verdadeiro

A Thaís R. A. P. Chaves

Preciosa na revisão deste trabalho

Ao Mack-Pesquisa

Pelo auxílio financeiro para este projeto

Conhecereis a verdade, e a verdade vos libertará

(Jesus Cristo)

RESUMO

A hipótese do presente estudo é a de que o sentimento religioso produz uma influência prejudicial sobre a noção de doença depressiva no cristão portador de depressão. Desde o início da humanidade, verifica-se uma relação entre as noções de divindades ou de sagrado e sua interferência e até mesmo determinismo em relação ao aparecimento de doenças. O ser humano primitivo, em sua cosmovisão, atribuía aos deuses ou demônios fenômenos como as catástrofes naturais: pragas, pestes e doenças. Ao longo da história, percebe-se a modificação das concepções humanas sobre a religião e também sobre a doença mental. No entanto, a relação entre sentimento religioso e depressão permanece praticamente inalterada na visão do homem comum através da história. Nesta relação, existe uma causalidade entre a doença depressiva e demônios, pecado, a ira de Deus e a falta de fé. Mesmo no homem com conhecimento científico e religioso, são percebidas as influências que o sentimento religioso exerce sobre a noção de doença depressiva. A psiquiatria, devido a dificuldades metodológicas, só recentemente conseguiu modelos explicativos adequados para a compreensão dos distúrbios depressivos. Este atraso no conhecimento científico foi preenchido com idéias preconceituosas, distorcidas e míticas sobre a doença. Através de revisão da literatura, será investigada a relação entre sentimento religioso ou religiosidade e a concepção de doença depressiva. Esta relação será analisada a partir da exposição das primeiras manifestações de sentimento religioso no homem primitivo, sua cosmovisão e noção de religião, até chegar-se ao momento contemporâneo. Numa visão multidisciplinar, busca-se apoio em alguns clássicos da sociologia, da teologia, da história da antropologia, da filosofia, da psiquiatria e ainda outros pensadores de outras áreas do conhecimento. Além disso, as hipóteses serão verificadas objetivamente através de uma amostragem de pacientes portadores de depressão que vierem a procurar espontaneamente tratamento médico psiquiátrico.

PALAVRAS-CHAVE: sentimento religioso, depressão, depressão em cristãos, influência da religião em cristãos

ABSTRACT

Influences of religious feeling on Christians suffering from depression

This research investigates the hypothesis that the religious feelings can exert a harmful influence on the understanding of the depressive disease, in Christians suffering from depression. From early times, there has been a relation between the ideas of divine and sacred and the occurrence of diseases; the sacred entities were thought to interfere with the outbreak of diseases, or even cause them. Primitive men, in their world view, would attribute to gods and demons phenomena such as natural catastrophes: plagues, pests, and diseases. Throughout History, there is a clear change of human perception about religion and also about mental disease. However, the relation between religious feeling and depression remains unaltered in the common man's view, throughout History. Demons, sin, God's wrath, and lack of faith are understood as linked to the depressive disease, in a causality relation. Even among men with scientific and religious knowledge, the influences that the religious feeling exerts on the notion of depressive disease can be noticed. Psychiatry, due to methodological difficulties, only recently has created explanatory models that are adequate for the understanding of depressive disorders. The gap created by this delay in scientific knowledge was filled with prejudiced, distorted and mythical ideas about that disease. Through a literature review, the relation between religious feelings or religiosity and the conception of depressive disease is investigated. This relation is analyzed, from the first manifestations of religious feelings in the primitive man – his world view and notion of religion – to the contemporary era. In a multidisciplinary approach, we find support in some classic works from Sociology, Anthropology, Philosophy, Psychiatry, and also from thinkers from other areas of knowledge. The hypothesis is also objectively verified, through a case study of patients with depression who spontaneously searched for psychiatric treatment.

KEYWORDS: religious feeling, depression, depression in Christians, influence of religion on Christian patients.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1 – Resposta à Pergunta 1 no Total da Amostra | 89 |
| Gráfico 2 – Compreensão da Doença por Denominação Religiosa | 90 |
| Gráfico 3 – Resposta à Pergunta 1 entre os Protestantes Históricos | 91 |
| Gráfico 4 – Resposta à Pergunta 1 entre os Pentecostais e Neopentecostais | 91 |
| Gráfico 5 – Resposta à Pergunta 1 entre os Católicos..... | 91 |
| Gráfico 6 – Resposta à Pergunta 2 | 93 |
| Gráfico 7 – Resposta à Pergunta 2 entre os Neopentecostais | 94 |
| Gráfico 8 – Resposta à Pergunta 2 entre os Pentecostais | 94 |
| Gráfico 9 – Resposta à Pergunta 2 entre os Batistas | 95 |
| Gráfico 10 – Resposta à Pergunta 2 entre os Presbiterianos | 95 |
| Gráfico 11 – Resposta à Pergunta 2 entre os Católicos | 96 |
| Gráfico 12 – Busca de Tratamento | 97 |
| Gráfico 13 – Resposta à Pergunta 3 por Denominação | 98 |
| Gráfico 14 – Resposta à Pergunta 3 entre os Protestantes Históricos | 100 |
| Gráfico 15 – Resposta à Pergunta 3 entre os Pentecostais e Neopentecostais | 100 |
| Gráfico 16 – Comprometimento da Fé | 101 |
| Gráfico 17 – Resposta à Pergunta 5..... | 103 |
| Gráfico 18 – Atribuição de Causa da Doença entre os Pastores Presbiterianos | 106 |
| Gráfico 19 – Atribuição de Causa da Doença entre os Pastores Batistas | 107 |
| Gráfico 20 – Atribuição de Causa da Doença entre – Pastor Assembleiano | 107 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Quadro1 – Opção Religiosa | 88 |
| Quadro 2 – Compreensão da Doença por Denominação Religiosa | 90 |
| Quadro 3 – Respostas à Pergunta 2 | 92 |
| Quadro 4 – Resposta à Pergunta 2 por Denominação: Atribuição de Causalidade | 93 |
| Quadro 5 – Resposta à Pergunta 3 | 98 |
| Quadro 6 – Resposta à Pergunta 3 por Denominação | 99 |
| Quadro 7 – Resposta à Pergunta 4 por Denominação | 102 |
| Quadro 8 – Resposta à Pergunta 5 | 103 |
| Quadro 9 – Resposta à Pergunta 5 por Denominação | 104 |
| Quadro 10 – Respostas às Perguntas 1, 3 e 4 entre os Pastores | 105 |
| Quadro 11 – Influência da Fé na Recuperação entre os Pastores | 106 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| CAPÍTULO 1 – O SENTIMENTO RELIGIOSO NA HISTÓRIA | 4 |
| 1.1. O homem primitivo | 4 |
| 1.2. O monoteísmo | 10 |
| 1.3. A depressão do salmista Davi | 13 |
| 1.4. Tentativas de dissociar doenças e divindades | 16 |
| 1.5. A explicação de Jesus | 17 |
| 1.6. O cristianismo primitivo e as doenças | 19 |
| 1.7. Jung e os protestantes | 22 |
| | |
| CAPÍTULO 2 – A INFLUÊNCIA RELIGIOSA SOBRE OS CRISTÃOS PORTADORES DE DEPRESSÃO | 24 |
| 2.1 Os Cristãos históricos | 24 |
| 2.2 O momento atual | 28 |
| 2.3 A religião de mercado | 29 |
| 2.4 Pecado, culpa e depressão | 39 |
| 2.5 Religiosidade e depressão: influências benéficas e prejudiciais | 40 |
| 2.6 Síntese | 42 |
| | |
| CAPÍTULO 3 – A DOENÇA DEPRESSIVA SOB A ÓPTICA DA PSIQUIATRIA | 44 |
| 3.1. A Psiquiatria – revisão histórica | 44 |
| 3.2. A Psiquiatria moderna | 52 |
| Sigmund Freud (1856-1939) | 52 |
| 3.3. A psiquiatria contemporânea e as doenças depressivas | 55 |
| 3.4. Conceito atual de depressão | 57 |
| 3.4.1. Depressões menores: Distímia e Ciclotímia | 62 |
| 3.4.2. Depressões somáticas | 63 |
| 3.4.3. Transtornos somatoformes | 64 |
| 3.4.4. Depressões secundárias | 68 |
| Medicamentos mais freqüentemente associados à depressão | 70 |
| 3.5. Tratamento da depressão | 71 |
| 3.5.1. Tratamentos psicológicos | 72 |
| Psicanálise | 73 |
| 3.5.2. Tratamentos biológicos | 76 |
| Psicofármacos | 76 |
| Estimulação elétrica cerebral | 80 |
| Estimulação magnética trans-craniana | 81 |
| Psicocirurgia | 81 |
| 3.5.3. Tratamentos naturais | 82 |

| | |
|---|-----|
| CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DE CASO | 83 |
| 4.1. Metodologia | 83 |
| 4.2. Amostra | 84 |
| 4.3. Instrumento | 85 |
| 4.4. Procedimento | 86 |
| 4.5. Resultados e análise | 88 |
| 4.5.1. Compreensão da doença | 89 |
| 4.5.2. Causa da doença segundo o paciente | 92 |
| 4.5.3. Busca de tratamento | 97 |
| 4.5.4. Comprometimento da fé | 101 |
| 4.5.5. Papel da fé na recuperação | 103 |
| 4.5.6. Um grupo específico: as respostas dos pastores | 105 |
| 4.6. Conclusões | 110 |
| | |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 111 |
| | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 114 |
| | |
| ANEXOS | 119 |
| Anexo A – Classificação das Doenças Mentais de Kraepelin | 120 |
| Anexo B – Classificação de Kretschmer | 124 |
| Anexo C – Classificação de K. Schneider | 125 |
| Anexo D – Classificação de Kleist (somente as doenças afetivas) | 126 |
| Anexo E – Classificação de Leonhard (somente as doenças afetivas) | 127 |
| Anexo F – Classificação das Doenças Depressivas de Kielhoz | 128 |
| Anexo G – Carta de Informação ao Sujeito de Pesquisa | 129 |
| Anexo H – Termo de Consentimento | 130 |
| Anexo I – Carta de Informação à Instituição | 131 |

Introdução

A relação entre religiosidade e doença existe desde os primórdios. Diversos trabalhos científicos, mormente nos Estados Unidos da América, abordam as influências positivas da religiosidade em portadores de doenças crônicas como diabetes, câncer e cardiopatias (KOENIG *et alii* 1998, pp. 536-542). O benefício da religiosidade é objetivado no apoio e na acolhida dados pelas comunidades religiosas aos doentes, no poder transcendente da fé, e nos valores religiosos que propiciam uma melhor qualidade de vida, com diminuição do tempo de doença.

Os trabalhos sobre religiosidade e depressão em nosso meio são escassos, e os que existem caminham na direção apontada acima. Alguns trabalhos (MOREIRA-ALMEIDA 2006, pp. 1516-4446) foram produzidos identificando uma porcentagem maior ou significativa de pacientes deprimidos entre religiosos protestantes, mas a literatura não apresenta trabalhos sobre as influências prejudiciais ou negativas que a religiosidade pode trazer aos pacientes cristãos portadores de depressão.

Nosso trabalho busca contribuir neste sentido, abordando não só as influências benéficas, mas também aquelas que são prejudiciais aos cristãos portadores de depressão. Estes fatos foram por nós observados no exercício da psiquiatria clínica nestes últimos 30 anos. Atendendo a pacientes em hospitais da rede pública, em ambulatórios de saúde mental e também em nossa clínica psiquiátrica particular; constatamos a dificuldade dos mesmos quanto à compreensão da doença depressiva. Deparamo-nos ainda com enorme resistência em aceitarem que apresentam um quadro depressivo; e esta resistência ou dificuldade no entendimento da doença se mostrou maior nos pacientes cristãos. Esta foi uma das razões que nos impulsionou à realização deste trabalho, e para tal compreendemos que teríamos que tomar duas direções: verificar as influências do sentimento religioso no cristão portador de depressão, mormente as prejudiciais, e, tendo em mente a preocupação vinda da evidência clínica de que grande parte da população ainda desconhece a depressão, oferecer um texto que também pudesse contemplar este assunto, trazendo mais conhecimentos e esclarecimentos a respeito desta doença.

Em pleno século XXI, pode-se contar com os progressos da ciência em todas as áreas. Nestas últimas décadas, vimos um avanço notável das neurociências. Novas técnicas de pesquisa como a moderna neuro-bioquímica, técnicas de imagens cerebrais, imunologia e genética tornaram possíveis novas abordagens no conhecimento dos mecanismos cerebrais envolvidos na gênese e na compreensão das doenças mentais como a doença depressiva, oferecendo ao portador de depressão a opção de se tratar, se recuperar e levar uma vida saudável.

No entanto, verifica-se que, por um lado, os conhecimentos sobre a doença depressiva não chegam a grande parte da população; e, por outro lado, a compreensão desta doença ainda é fortemente influenciada e até mesmo distorcida pelo sentimento religioso. Para melhor compreender estas influências, visitaremos o homem ao longo de sua existência histórica através dos instrumentos oferecidos pela Sociologia, Antropologia, Filosofia, Psicologia, e ainda através dos estudiosos das Ciências da Religião. A doença depressiva também será abordada sob a óptica da Medicina, através de uma revisão da evolução dos conceitos de depressão, até chegarmos ao entendimento atual.

A doença depressiva é uma das doenças com maior incidência no mundo atual. Segundo dados da OMS (Organização Mundial da Saúde), 3 em cada 10 pessoas no mundo apresentam depressão.

Segundo Andrade, Walters, Gentil & Laurenti (2002, pp. 316-325), a prevalência de depressão na cidade de São Paulo está situada ao redor de 18,5%, dependendo da metodologia utilizada; esta porcentagem pode ser muito maior, posto que a maioria dos deprimidos sequer procura tratamento.

A doença causa enorme sofrimento e limitação a seus portadores, e tem um impacto social e econômico importante (GREENBERG *et alii* 1993, pp. 405-418). O custo de tratamento da depressão é mais elevado que o de outras doenças crônicas como a Hipertensão, o Câncer e a doença de Alzheimer. Como a depressão apresenta início precoce de manifestação, e elevada tendência a recorrências (cronificação), os pacientes ficam incapacitados por longos períodos em suas vidas, se não se submeterem a tratamentos adequados.

O entendimento da depressão como doença do cérebro, devida a fatores etiológicos multicausais, com diversas manifestações clínicas, e que produz comprometimento das funções físicas e psíquicas, nem sempre foi claro. Para o homem primitivo, a doença era devida à influência dos deuses ou demônios; para os hebreus, era uma punição imposta por Iavé quando se desviavam do caminho de Deus; nos salmos de Davi, existe clara relação entre depressão e pecado.

A relação entre sentimento religioso e depressão permaneceu basicamente inalterada através da história do homem. Nesta relação, existe uma causalidade entre depressão e: divindades, demônios, pecado ou falta de fé. Estas associações estão tão profundamente arraigadas no homem que ainda o influenciam.

Nossa hipótese é que essas influências podem ser negativas nos cristãos, acarretando prejuízo não somente quanto à compreensão da doença, mas também causando impedimentos e dificuldades na busca do tratamento adequado.

Capítulo 1 – O Sentimento Religioso na História

1.1. O homem primitivo

A Antropologia, a Teologia, a Sociologia e a Psiquiatria Trans-histórica mostram-nos que o homem primitivo, em função de sua impotência, ignorância e temor diante de fatos ou catástrofes naturais como fome, seca e doenças, atribuía estes fenômenos a forças que lhe eram superiores (deuses e demônios).

Para compreendermos de forma mais precisa os fenômenos ligados ao sentimento religioso, bem como suas manifestações, construções e modificações no entendimento humano, recorreremos inicialmente aos estudiosos das formas primitivas das manifestações religiosas.

Rudolf Otto (2005, p.145), quando aborda a evolução do sentimento religioso, comenta:

O que o sentimento religioso primitivo captava sob a forma de ‘terror demoníaco’ e que mais tarde se desenvolve, cresce e se enobrece, não é a origem ou é ainda algo de racional ou de moral, mas algo específico e precisamente irracional. (...) O próprio terror demoníaco que tem múltiplos graus eleva-se ao nível do temor dos deuses e do temor de Deus. O *daimonion* torna-se *theion*.

Otto nos alerta para a necessidade de se compreender que certos fenômenos ocorriam como frutos de criações naturais da imaginação primitiva dos tempos pré-históricos, tais como: as noções de puro e impuro, a crença nos mortos e o culto aos mesmos, a crença nos espíritos e o seu culto, a magia, as lendas e os mitos, a adoração de objetos naturais terríveis e surpreendentes, a idéia do poder, o demonismo e o totemismo.

O autor observa que em todos estes fenômenos aparece um elemento comum onde se pode reconhecer um “elemento numinoso”, um elemento que aparece como princípio vivo em todas as religiões, e constitui sua parte mais íntima (OTTO 2005, p. 145).

Durkheim, em seu livro *As formas elementares da vida religiosa* (DURKHEIM 1966), elabora uma teoria geral das religiões a partir da análise das instituições religiosas mais simples e primitivas, e o faz em tribos de aborígenes australianos. O autor procura compreender a essência do fato social religioso observado em suas primeiras formas a partir do estudo do Totemismo. Para ele, esta é a forma mais simples ou elementar de manifestação ou de representação social de religião.

Ao assumir uma forma “simples” de manifestação religiosa, Durkheim admite implicitamente que há um desenvolvimento da religião a partir de uma forma primitiva, o que também é admitido por Otto.

Para ser considerada religião, a manifestação religiosa precisa oferecer uma concepção de Universo, ou seja, uma cosmogonia. Embora primitivo, o totemismo é uma religião complexa. As crenças totêmicas estabelecem uma classificação mitológica representando em graus diversos as coisas sagradas: o emblema totêmico, a planta ou animal cujo aspecto este emblema reproduz, e os membros do clã. Para o selvagem da Austrália, todas as coisas que povoam o universo fazem parte da tribo. O universo é considerado a grande tribo, e todas as coisas, animadas ou inanimadas, são partes deste todo, do qual ele próprio faz parte ou é membro.

Assim se refere Durkheim (1966, p. 231) em relação ao homem primitivo:

...com freqüência se atribuíam as primeiras concepções religiosas a um sentimento de fraqueza e dependência, de temor e de angústia que teria se apoderado do homem ao entrar em contacto com o mundo. Vítima de uma espécie de pesadelo criado por ele próprio, o homem teria se acreditado cercado de forças hostis e temíveis que caberia aos ritos apaziguar.

O culto totêmico é assim descrito por Durkheim (1966, p. 232):

...celebra-se em meio a cantos, danças, representações dramáticas. As expiações cruéis, como veremos, são relativamente raras; mesmo a mutilação obrigatória e dolorosa da iniciação não tem este caráter. Os deuses ciumentos e terríveis só aparecem mais tarde.

O autor, captando a essência da religião através da observação dos fatos sociais, percebe como o homem compreendia o mundo, ou seja, sua cosmovisão. Os fenômenos eram divididos em **sagrados** e **profanos**. Há para eles uma diferenciação entre o que é profano, ou cotidiano, e o que é sagrado – diferente do profano por natureza.

Há ainda uma noção, não muito precisa, de que existe algo superior à individualidade. Esta coisa seria a força da sociedade anterior, que sobrevive, e à qual, sem saber, rendem culto. Durkheim (1966) deixa isto claro ao comentar que os indivíduos morrem, as gerações passam e são substituídas por outras, mas existe uma força que permanece atual e viva. Esta força anima a geração presente como animou a de ontem e como dará vida à de amanhã. Se o termo for tomado num sentido amplo, podemos dizer que esta força é o deus adorado em cada culto

totêmico; um deus impessoal, sem nome, sem história, imanente ao mundo, difuso numa pluralidade inumerável de coisas.

Os fenômenos sagrados são constituídos por um conjunto de crenças e de ritos que mantêm relações de subordinação e de coordenação, de modo a formarem um sistema com uma unidade. Este conjunto de fenômenos, coisas, crenças e ritos que não se encaixam em nenhum outro sistema ou compreensão similar constitui uma religião. A religião, portanto, contém a noção do sagrado, e posteriormente a organização deste sagrado em crenças e, por consequência, o surgimento dos ritos e práticas relativas às crenças.

Durkheim (1966, p. 32) define religião como segue:

Uma religião é um sistema solidário de crenças e de práticas relativas a coisas sagradas, isto é, separadas, proibidas, crenças e práticas que reúnem numa mesma comunidade moral chamada igreja, todos aqueles que a elas aderem.

O autor acrescenta a noção de Igreja ao conceito do Sagrado, para diferenciá-la da magia. Na magia, não existe a idéia de grupo de pessoas ou de grupo de fiéis. O papel da magia era intervir nos assuntos cotidianos onde a técnica ou conhecimento comum do homem não conseguiam atuar. Seu papel é o controle do imponderável, como tempestades, pragas e doenças; mas é limitada por aquilo que pertence ao domínio divino ou religioso.

Durkheim (1966) investiga ainda a importância de dois fenômenos: os símbolos e os ritos. Para ele, uma religião só vive através das práticas religiosas, dos símbolos de suas crenças e formas de renová-las. Para estes povos, a alma do morto era um ser sagrado, e existiam rituais envolvendo o luto (DURKHEIM 1966, p. 435):

o luto não é um movimento natural da sensibilidade machucada por uma perda cruel, mas um dever imposto pelo grupo. As pessoas se lamentam porque são obrigadas a se lamentar. (...) Acredita-se, por exemplo, que, quando um parente não cumpre o luto como convém, a alma do morto segue seus passos e o mata.

Mas a morte não era o único sentimento que perturbava a comunidade. Os sentimentos de tristeza ou angústia estavam presentes ante as catástrofes naturais, guerras, e outros eventos negativos como as doenças. Nestas situações, os povos primitivos praticavam os chamados ritos piaculares, infligindo sofrimentos a si mesmos (DURKHEIM 1966, p. 443):

...praticam jejuns prolongados, vigílias, danças continuadas até o esgotamento dos dançarinos, dores físicas de todo o tipo, que se busca apaziguar as potências que não se mostraram favoráveis aos homens.

O autor ainda fez uma abordagem comparativa, quando explicou que na religião algo de eterno está destinado a sobreviver. Para Durkheim, não pode haver sociedade que não tenha a necessidade de manter e revigorar os sentimentos e idéias coletivas. Esta eterna lembrança ou restauração é realizada por meio de reuniões, assembléias, congregações e igrejas, nas quais os indivíduos se aproximam uns dos outros e reafirmam seus sentimentos comuns. Estas cerimônias, quer por seus objetivos e pelos resultados que produzem, quer por seus procedimentos ou rituais, não diferem muito em natureza das cerimônias propriamente religiosas. Não existe uma diferença essencial, deixando de lado o conteúdo, entre uma assembléia de cristãos que celebram as principais datas da vida de Cristo, ou de judeus que festejam a saída do Egito ou a promulgação do Decálogo, ou uma reunião de cidadãos que comemoram a instituição de um novo código moral ou um grande acontecimento da vida nacional, pondera Durkheim (1966).

Soper (1932) aborda definições de sentimento religioso. Segundo o autor, é Grandmaison quem faz a melhor síntese do assunto (*apud* SOPER 1932, pp. 50-51):

Religion is the sum total of beliefs, sentiments, and practices, individual and social, which man recognizes as supreme, on which he depends, and with which he can enter (or entered) into relation.

Uma definição bastante aceita no meio científico é a adotada por Koenig (2001, p.1):

Religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar intimidade com o sagrado ou transcendente (Deus, poder supremo ou a verdade ou realidade absoluta).

Erich Fromm, renomado psicólogo e pensador judeu, reflexiona que a religião tem uma tríplice função, considerando-se aspectos sociais e psicológicos (FROMM 1964, p.26):

Para toda a humanidade, consolo nas privações impostas pela vida; para a grande maioria dos homens, estímulo para aceitar emocionalmente sua situação de classe; e para a minoria dominante, alívio para os sentimentos de culpa causados pelo sofrimento daqueles a quem oprimem.

Mantendo em mente estes conceitos de religião, voltemos ao homem primitivo, recorrendo neste ponto ao historiador inglês Mircea Eliade, em seu livro *O Mito do eterno retorno*

(ELIADE 1969). Para Eliade, o homem primitivo, ou arcaico, apenas conhece os atos que já foram vividos anteriormente por outro, e um outro que não era um homem, mas um ser celestial. O homem arcaico teria uma visão da realidade como uma imitação de um arquétipo (modelo) celeste. Eliade (1969) apresenta os arquétipos de repetição:

- Arquétipos Celestes dos Territórios, Templos e Cidades
- O Símbolo do Centro
- Modelos Divinos dos Rituais
- Arquétipos das Atividades Profanas
- Os Mitos e a História

Segundo crenças antigas dos mesopotâmios, o rio Tigre tem como modelo a estrela Anunít, e o Eufrates a estrela andorinha. O Templo, lugar sagrado, também tinha um protótipo celeste (ELIADE 1969, p. 21):

No monte Sinai, Jeová mostra a Moisés a ‘forma’ do santuário que deverá construir: ‘Construireis o tabernáculo com todos os utensílios, exatamente de acordo com o modelo que Te vou mostrar’ (Êxodo 25:8-9). ‘Olha e constrói todos estes objetos consoante o modelo que te é revelado na montanha’.
(Êxodo 25:40)

A mais bela descrição de arquétipo de cidade nos é oferecida pela descrição da Jerusalém celestial, feita por João no livro do Apocalipse: “*e eu João, vejo a cidade santa, a nova Jerusalém, que desce do céu, de Deus, como uma esposa que se preparou para receber o esposo*” (Apocalipse 25:2).

O homem arcaico tinha, assim, uma concepção de mundo segundo um modelo arquetípico, e os modelos celestes se estendiam às regiões que habitava e aos campos que lhe forneciam alimentos. O homem primitivo, neste momento, ainda não tinha noção de continuidade do tempo vivido, o que vai ser conseguido através da história. Assim sendo, a memória coletiva neste período é a-histórica.

Eliade (1969) deixa claro que o homem primitivo não tem noção do determinismo histórico, e que vive num constante movimento de eterna repetição de modelos ou arquétipos.

Um dos pontos mais importantes, e que tem ligação direta com a influência do sentimento religioso nas doenças, vai ser encontrado nos rituais da Renovação do Tempo. No período que antecedia o Ano Novo, várias cerimônias eram realizadas: os rituais que precediam o Ano Novo e os que se lhe seguiam. Um destes rituais era a expulsão anual dos demônios, doenças e pecados. Eliade (1969, pp. 68-69) descreve estas cerimônias:

Nos seus aspectos essenciais, a cerimônia de expulsão dos demônios, doenças e pecados resume-se aos seguintes elementos: jejum, abluções e purificações; extinção do fogo e sua reanimação ritual numa segunda fase do cerimonial; expulsão dos ‘demônios’ por meio de ruídos, gritos, pancadas no interior das casas, seguida de peregrinação com grande alarido através da aldeia; esta expulsão pode ser praticada sob a forma de sacrifício ritual de um animal (tipo bode expiatório) ou de um homem (tipo *Mamurius Veturius*) considerados como o meio material pelo qual todos os defeitos de toda a comunidade são transferidas para além dos limites do território habitado (o bode expiatório era perseguido no deserto pelos Hebreus e Babilônicos).

Nestes rituais arcaicos, fica demonstrada a relação, que já era observada no homem primitivo, entre as doenças, demônios, e pecados.

Eliade (1969), ao abordar fenomenologicamente os ritos periódicos de purificação por ocasião do fim e do princípio do ano – expulsão de demônios, doenças e pecados – observa que este homem sentia a necessidade de reproduzir a cosmogonia em suas construções; estas reproduções faziam-no contemporâneo ao momento mítico da criação ou do princípio do mundo; esta volta ao momento original permitia que ele se regenerasse.

O homem deste período tinha muita dificuldade em aceitar a história. Frente à dor e ao sofrimento, o homem tinha uma postura de aceitação, pois, independente da causa, o sofrimento sempre tinha um sentido. O homem primitivo, na visão de Eliade (1969), via sua terra invadida pela seca, invadida por doenças, e sabia que todas essas situações não dependiam do acaso, mas de certas influências mágicas ou demoníacas, contra as quais o sacerdote ou o feiticeiro nada podiam. Os seres celestes só intervinham em última instância, quando falhavam todas as tentativas junto aos deuses, demônios e feiticeiros destinados a afastar um ‘sofrimento’ como a seca, calamidades, ou doenças. Quando o sacerdote, xamã ou feiticeiro descobria a causa dos sofrimentos, estes começavam a tornar-se aceitáveis; passavam a ter um sentido e uma causa e, portanto, podiam ser explicados.

1.2. O Monoteísmo

No Egito antigo, já houvera uma tentativa de monoteísmo. O Egito tinha uma teologia muito complexa; a descrição de suas ramificações vai além do escopo deste trabalho. Existiam numerosos deuses, cada um com seu local de devoção. Rá, o deus sol, era adorado por todos em toda a parte. Com a morte de Amenotep III, o Magnífico, subiu ao trono, com apenas 13 anos de idade, seu filho Amenotep IV, em 1375 a.C. Aos 19 anos, Amenotep IV iniciou uma revolução religiosa sem precedentes. Mudou seu nome para Akhenaten (*‘aquele com quem Deus está satisfeito’*) e iniciou imediatamente uma campanha para substituir o velho culto politeísta pelo novo culto monoteísta. O próprio Faraó ensinava que a vida devia ser bela e alegre; na nova religião, foram banidas a superstição e o temor. A teologia do Atenismo se compara muito com a de qualquer outra religião, mas com um modernismo surpreendente: é ampla e universal como a própria vida. Isto pode ser observado nesta composição de Akhenaten (*apud* POTTER 1944, p. 29):

Para criar toda a Tua obra, modelas as estações
O inverno traz-lhe a frescura
E o calor
Fizeste o céu distante para que nele te ergas
E para avistar tudo que elaboraste
Enguanto eras o único presente
Produzes a beleza da forma ao Teu sabor apenas
Pois Tu és Aton (o Senhor) do dia sobre a Terra.

É visível a analogia desta composição de Akhenaten com os salmos de Davi. A composição dos Salmos hebraicos é atribuída ao período grego da história hebraica, 332-168 antes de Cristo, e este salmo egípcio é pelo menos 1.000 anos anterior aos salmos de Davi. Akhenaten morreu prematuramente, e com ele morreu sua revolução religiosa, tendo os sacerdotes dos antigos cultos retomado o poder religioso.

O povo hebreu inaugurou uma nova fase em termos de cosmovisão, pois o Deus hebreu não é uma divindade arquetípica que tem que ser revisitada freqüentemente; o Deus Hebreu tem uma personalidade que intervém constantemente na história e que manifesta sua vontade, sua ira e cólera, sua compaixão.

Graças aos profetas, que interpretavam os acontecimentos de sua época através de uma fé religiosa, os acontecimentos se transformavam em “teofanias”¹, na visão de Eliade em seu livro *O Sagrado e o Profano* (ELIADE 1992, p. 30).

Qualquer calamidade ou sofrimento era percebida pelos hebreus como um castigo de Iavé. Os Hebreus não raro se afastavam de Iavé, e se aproximavam de outros deuses como os Ba’áls². Iavé então os punia com catástrofes, sofrimentos e doenças, para que retornassem ao caminho correto, afirmando sua fé no único e verdadeiro Deus.

Os profetas eram os arautos destas concepções e desta forma valorizavam a história, ultrapassando a visão tradicional de ciclo ou de eterna repetição. Descobriram um tempo com sentido longitudinal. Esta descoberta, entretanto, não será aceita de pronto pelos hebreus, e as antigas concepções continuarão a se manter por muito tempo. Eliade (1969, p. 119) afirma: *“podemos afirmar que os Hebreus foram os primeiros a descobrir o significado da história como epifania de Deus e esta concepção, como era de se esperar, foi retomada e desenvolvida pelo cristianismo”*.

A religião judaica trouxe outro elemento que a diferencia completamente das outras religiões: a fé em um único Deus. Instituiu-se o monoteísmo.

Os hebreus não só deram um novo sentido à história, como inauguraram uma nova categoria de experiência religiosa através da fé.

Existe uma situação que confirma e ilustra a experiência transcendente da fé, encontrada em Abraão e no sacrifício de seu filho. O primogênito era, em muitas culturas, considerado como o filho de Deus. Com o sacrifício desse primeiro filho restituía-se à divindade o que lhe pertencia.

Isaac, o primogênito de Abraão, era um filho de Deus, visto que foi gerado quando sua mãe Sara já não tinha condições para tal. Enquanto para o restante do povo paleo-semita um sacrifício deste tipo não passava de um costume ou um rito, para Abraão era um ato de fé. Abraão não compreende porque este sacrifício lhe é cobrado por Iavé, entretanto executa-o porque o Senhor lhe ordenou. Com este ato, aparentemente absurdo, ou transcendente, Abraão cria uma nova experiência religiosa: a fé. Deus, a partir de Abraão, torna-se um Deus pessoal, que dá ordens, exige e cobra, mas também gratifica – sem qualquer justificação ou compreensão lógica ou racional.

¹ **Teofanias:** Teofania vem da língua grega, correspondendo a dois vocábulos: “*Théos*” (Deus) e “*Phaneroō*” (Aparecer). Teofania é o termo utilizado para descrever alguma manifestação visível de Deus, na forma que Ele quiser. Em sua essência, Teofania é um termo teológico que serve para indicar qualquer manifestação temporária e normalmente visível de Deus.

² **Ba’áls:** Baals eram deuses cananeus. Eram propiciadores da colheita abundante. Eram concebidos em forma de um tronco de árvore, de uma estaca de madeira fincada no terreno, ou na forma de um amontoado de pedras. Havia vários Ba’áls: Dagon, o deus do trigo; Astarte, a deusa do amor; Tammuz, o deus da vegetação; Shapach, a deusa do sol; e a deusa mãe Asherah. (A BÍBLIA DE JERUSALEM 1995, p. 377).

Entretanto, foi Moisés quem apresentou ao povo judeu o Deus único, Jeová, o Deus dos judeus. Moisés foi um judeu adotado e criado pela filha do Faraó e que freqüentou a corte faraônica, tendo tido acesso a todo conhecimento que os egípcios detinham.

Móisés teve um período de recolhimento e meditação no deserto de Mídiã. Longe dos estímulos do dia-a-dia, pôde se interiorizar e buscar respostas a muitas indagações. Lembrou-se do Faraó Amenotep IV, que 100 anos tentara estabelecer uma religião de um só Deus. Naturalmente, pensou que o Faraó se enganara, pois se Aten fosse de fato um grande e único Deus, jamais teria sido derrubado. Mas, pensava Moisés, talvez houvesse um único e grande Deus, maior até que Aten, um Deus criador de todas as coisas, que inclusive se interessasse pelo sofrimento humano: poderia inclusive livrar seu povo da escravidão. Nesta procura, quando Moisés guiava seu rebanho pelo Monte Horeb-Sinai, viu primeiramente um arbusto que queimava em chamas, mas não se consumia. Em seguida, dessa chama que vinha de uma sarça ouviu a voz de Deus: Deus fala a Moisés e acontece um diálogo entre Moisés e Deus.

Desde o início da tentativa do homem se relacionar com seu criador, desde as oferendas primitivas feitas para aplacar a ira dos deuses, é a primeira vez que o homem tem um diálogo frente a frente com seu criador.

Como acontece em quase toda teofania, como a de Paulo no caminho de Damasco, Moisés inconscientemente personifica a sua súplica íntima na própria voz de Deus. Experiências como a de Moisés e Paulo são provavelmente reservadas a pessoas com capacidades, sensibilidades, preparo pessoal e iluminação espiritual que não estão presentes nas pessoas comuns.

A veracidade e a força destas experiências são comprovadas pelas trajetórias e realizações de Moisés: com sinceridade, paciência, perseverança, engenho e liderança, conseguiu não somente libertar seu povo oprimido, humilhado e descrente da escravidão da maior potência de então; mas, principalmente, tirou-os de um politeísmo animista para o início de um monoteísmo ético.

Nenhum outro homem em toda a história da religião conseguiu tamanha façanha; Moisés arrastou uma nação inteira consigo, e lhe deu identidade. Moisés representa, assim, a ponte histórica entre o politeísmo e o monoteísmo. Esta nova dimensão religiosa possibilita a 'fé' no sentido judaico-cristão. O pensamento cristão buscará ultrapassar as visões arcaicas, descobrindo a importância da experiência religiosa da fé e o valor da personalidade humana.

Eliade (1969, p. 164) conclui seu pensamento em *O Mito do Eterno Retorno* com um alerta dramático:

Sabemos como, no passado, a humanidade pôde aceitar os sofrimentos: eles eram considerados como um castigo de Deus. Eles só puderam ser suportados precisamente porque tinham um significado meta-histórico, porque, para a grande maioria da humanidade, que vive ainda na perspectiva tradicional, a história não tinha e não podia ter valor em si mesma.

Eliade (1969, p. 164) acrescenta: *“como já referimos, grande parte da população da Europa, para não falar dos outros continentes, ainda vive na perspectiva tradicional, anti-historicista”*.

A fé do cristianismo implica em que, se tudo é possível para Deus, é também possível para o homem. Jesus afirma (Mateus 17:20): *“em verdade vos digo, que se tiverdes fé como um grão de mostarda, direis a este monte, lança-te daqui para acolá e tal sucederá”*.

Dentro desta perspectiva, a fé será colocada para a maioria dos cristãos como a grande resposta para seus males e problemas, dentre eles a doença depressiva.

1.3. A Depressão do Salmista Davi

Davi foi um dos grandes homens de nossa História. Ele era dotado de diversas habilidades: pastor de ovelhas na adolescência e juventude; lutador destemido na juventude, quando enfrenta e mata o gigante Golias; músico, tocava com habilidade um instrumento de época que hoje corresponderia à harpa ou à cítara; através de sua música, nasceu a musicoterapia – uma especialidade atual da psicologia. Davi era chamado para, com sua música, acalmar o rei Saul. Como poeta, compôs inúmeros salmos que inspiraram e ainda inspiram e influenciam milhares de judeus e cristãos até os nossos dias.

Davi foi um homem perseguido, exilado, vítima de traições; um Rei e um dos maiores expoentes em Israel; um homem comum que cometeu também erros e deslizos; mas, segundo Swindoll (1968), um homem segundo o coração de Deus.

Não vamos traçar a história de Davi, o rei, pois nosso objetivo é dirigir nosso foco a Davi, o salmista. Em I Samuel 16:15-16, Davi é chamado para acalmar o Rei Saul:

...então os criados de Saul lhe disseram: **Eis que agora um espírito mau da parte do Senhor te assombra:** diga pois ao nosso senhor a seus servos, que estão em tua presença, que busquem um homem que saiba tocar harpa, e será que, quando o espírito mau da parte do Senhor vier sobre ti, então ele tocará com sua mão e te acharás melhor. (grifo nosso)

Sob a leitura da psiquiatria atual, Saul se enquadra perfeitamente num distúrbio psíquico denominado Transtorno Afetivo Bipolar. Nesta doença, há uma alternância entre períodos de euforia e de grande coragem e períodos de profunda depressão, inclusive com a presença de delírios de perseguição³. Seus criados, entretanto, interpretaram sua alteração psíquica “*como um espírito mau da parte do Senhor*”. Por tudo que foi exposto até o momento, a interpretação dos criados era perfeitamente compreensível à época, pois acreditava-se então que Iavé os punia com catástrofes, doenças e sofrimentos, para que retornassem ao caminho do Senhor.

Saul passou posteriormente a perseguir Davi e tentar matá-lo de forma implacável. Davi então teve que se exilar entre outros povos, fugindo sempre da perseguição do Rei Saul. Este era, provavelmente, o contexto histórico do momento da vida de Davi quando ele compôs o Salmo 31. Encontramos neste salmo uma das mais belas e precisas descrições sobre a depressão. Neste salmo, Davi roga a Deus que o livre, louva a sua benignidade, e exorta a confiar Nele (Salmo 31:8-12):

... Tem misericórdia de mim, ó Senhor, porque estou angustiado: consumidos estão de tristeza os meus olhos, a minha alma e o meu corpo. Porque a minha vida está gasta na tristeza, e os meus anos em suspiros; a minha força descaí por causa da minha iniquidade, e os meus ossos se consomem. Por causa de todos os meus inimigos, fui opróbro dos meus vizinhos, e um horror para os meus conhecidos: os que me viam na rua, fugiam de mim. Estou esquecido no coração deles, como um morto; sou como um vaso quebrado.

Neste salmo, Davi descreve com precisão diversos aspectos da doença depressiva: “*me sinto angustiado*”; “*consumidos estão de tristeza os meus olhos, a minha alma e o meu corpo*”; “*a minha vida está gasta na tristeza*”; “*a minha força descaí*” (“*por causa da minha iniquidade*”); “*os meus ossos se consomem*”; “*fui opróbro dos meus vizinhos*”; “*os que me viam na rua fugiam de mim*”; “*estou esquecido (...) como um morto*”; “*sou como um vaso quebrado*”.

Davi faz uma descrição precisa e atual sobre a doença depressiva, pois os conceitos atuais de depressão a consideram como uma falta ou diminuição de energia psíquica e física. Se recorrermos às classificações atuais de doenças mentais como o CID 10 e o DSM IV, veremos que a descrição de Davi se enquadra como Doença Depressiva.

Entretanto, Davi faz uma observação ou uma interpretação de seu estado depressivo: “*por causa da minha iniquidade*”.

³ Note-se que não estamos afirmando que Saul era portador de Transtorno Bipolar, apenas que dentro da leitura da psiquiatria atual ele poderia se encaixar nessa patologia.

João Calvino (1999, pp. 175-194, 421-450) faz uma análise criteriosa dos salmos de Davi. A respeito do Salmo 32, Calvino interpreta que a explicação de Davi sobre esse sofrimento era devida à mão de Deus a abrir-lhe a ferida:

...às vezes, os que são torturados pela tristeza, chegam ao ponto de suas dores corroerem e devorarem interiormente e guardam veladamente em seu íntimo sem confessá-las, a violência de suas tristezas se irrompe com tanto ímpeto que não mais pode contê-la.

No Salmo 38 (Salmos 38:3), assim Davi se refere à sua doença: “*não há saúde em minha carne, por causa da Tua ira*”. Calvino (1999, pp. 421-450) enfatiza em sua crítica a necessidade de confessarmos nossos pecados: “*não há outro antídoto para nossas aflições, senão que nos humilhemos debaixo da mão divina e encontremos nossa salvação tão somente em sua misericórdia*”. Esta interpretação será aplicada a outros salmos e passagens bíblicas, e influenciará definitivamente o pensamento judaico-cristão a respeito da depressão, sendo assimilada como o pensamento: “por causa da minha iniquidade, do meu pecado, estou triste e deprimido”.

Nos Salmos 32, 38 e 51, a relação entre depressão, pecado e culpa é ainda mais reforçada.

No Salmo 77, salmo de Asafe, vê-se um homem perturbado e triste. Asafe era um homem crente, um ótimo músico, um compositor e um profeta, mas também era suscetível ao sofrimento. No versículo 2, ele diz: “*no dia da minha angústia busquei ao Senhor: a minha mão se estende de noite, sem descanso, e a minha alma se recusava a ser consolada*” (Salmo 77:2).

Os salmistas reafirmam a idéia de que a angústia e a depressão estão relacionadas à iniquidade e ao pecado; e esta visão tem influenciado todos os leitores dos salmos nas religiões judaico-cristãs.

Do livro *Mishné Torá*, escrito por Maimônides, extraímos o seguinte escrito (MAIMON 1992, pp. 285-286):

O Juiz Verdadeiro privará os desobedientes de todos os aqueles benefícios materiais que apenas serviram para encorajá-los a serem recalcitrantes e enviará sobre eles todas as calamidades, que evitarão que alcancem a vida vindoura, de forma que sucumbirão em sua maldade. (...) Mas se abandonaste o Senhor e erraste ao comer ou beber, se praticaste libertinagem e abominações similares, Ele trará sobre ti todas as maldições e afastará de ti todas as bênçãos, até que teus dias terminem em confusão e terror, e tu não tenhas a mente livre, nem o coração sadio necessários para o cumprimento dos mandamentos; de forma que tu sofrerás perdição na vida vindoura e assim terás perdido ambos os mundos - pois quando o indivíduo é afligido aqui na Terra com **doenças, guerras ou fome**, não se ocupa com a aquisição de sabedoria ou com a realização de preceitos religiosos pelos quais é alcançada a vida vindoura. (grifo nosso)

Segundo o próprio Maimônides, a *Mishné Torá* foi escrita com o objetivo de esclarecer o que é proibido ou permitido, impuro e puro, e as demais normas da Torá, utilizando-se para isso de uma linguagem clara e um texto resumido. Maimônides, um dos maiores influenciadores do pensamento judeu, segue a mesma linha do pensamento davídico, associando a transgressão, ou o afastamento da lei de Deus, à punição através de doenças, guerras ou fome.

1.4. Tentativas de dissociar doenças e divindades

Até este ponto, relacionamos as seguintes razões encontradas pelo homem para explicar a doença depressiva:

- influências dos deuses ou demônios;
- expulsão periódica de demônios, doenças e pecados;
- castigos impostos por Iavé;
- iniquidade e pecado.

O homem, desde sua existência primitiva, considerou como uma entidade única, ou partes de um mesmo fenômeno, os demônios, as doenças e os pecados. Esta noção de doença depressiva o acompanhará por séculos.

Hipócrates (460–370 a.C.) é considerado o pai da medicina, e tenta modificar esta concepção primitiva. Era seguidor da escola Cós, escola que se apóia na observação rigorosa e criteriosa do doente, e se esforça por conseguir uma concepção global do homem.

Para Hipócrates (*apud* PELICIER 1971, p. 21), “nenhuma doença é especialmente divina ou natural: os deuses podem até causar as doenças, mas o médico deve descobrir seu fundamento natural”. A explicação das doenças mentais era baseada na teoria dos humores: a deficiência do *fleuma* engendra as paralisias, os obstáculos à circulação do *pneuma* causam as epilepsias, enquanto a melancolia, para Hipócrates, corresponderia à ação maligna da bÍlis negra (ou *atrabilis*). *Melan* em grego significa negro, e *Colis* significa bÍlis. O termo melancolia atravessou a história e ainda designa em nosso tempo estados depressivos.

Posteriormente, Areteu da Capadócia retoma os ensinamentos hipocráticos e suspeita da unidade da mania – mais freqüente nos jovens – e da melancolia – mais freqüente nos idosos – porque, para ele, a bÍlis negra se forma principalmente com a idade.

Os ensinamentos gregos sobre a medicina caem no esquecimento e só serão retomados, e mesmo assim parcialmente e com muita resistência, a partir da Renascença.

Os romanos, embora dessem importância à higiene pública, desprezavam a medicina (PELICIER 1971, p. 26):

As superstições e crenças nos presságios, que devem aos Etruscos, estão na origem de numerosos ritos da magia médica, de conjuração, de peregrinações a divindades especializadas na proteção contra determinadas afecções.

O pensamento do homem ocidental retoma a dualidade relacional: doenças e divindades.

1.5. A Explicação de Jesus

Jesus Cristo realizou diversos milagres, dentre estes muitas curas de doentes. Também identificou doenças devidas a demônios, e os repreendeu e expulsou. Jesus, entretanto, não fez um reducionismo de doença a causas espirituais ou demoníacas.

Delumeau (2003, p. 574) faz a seguinte observação a esse respeito:

É preciso lembrar que Jesus, por três vezes, levantou-se contra a associação explicativa entre pecados e desgraças: a propósito do cego de nascença (João 9:1-4), das vítimas da torre de Siloé e dos galileus massacrados por Pilatos (Lucas 13:2-6).

A separação, para Jesus, entre pecado e doença, fica muito clara em diversos ensinamentos e experiências, das quais selecionaremos apenas dois episódios.

O primeiro episódio é narrado em João 9:1-3, quando Jesus cura um cego de nascença.

Quando Jesus ia passando, viu um homem cego de nascença. Os discípulos de Jesus lhe perguntaram: Rabi, **quem pecou, este ou seus pais, para que nascesse cego?** Jesus respondeu: **nem ele pecou nem seus pais**, mas isto aconteceu para que se manifestem nele as obras de Deus. (grifo nosso)

Vê-se, nesta passagem, que os discípulos de Jesus mantinham a compreensão judaica de que a doença é um castigo enviado por Iavé devido a um pecado. Jesus oferece um precioso ensinamento quando desvincula a doença da consequência do pecado.

No segundo episódio selecionado, Jesus desvincula novamente os fatos do pecado, ao abordar a morte de galileus devido à queda da torre de Siloé. As calamidades, como as doenças, eram consideradas como resultado do pecado. Jesus lhes fala (Lucas 13:2):

Ele porém lhes disse: pensais que esses galileus eram mais pecadores do que os outros galileus por terem padecido estas cousas? Não eram, eu vo-lo afirmo.

Os judeus, e posteriormente os cristãos, não valorizaram ou não compreenderam adequadamente tais ensinamentos; voltaram a explicar a doença como faziam antes de Jesus, ou seja, como resultado da ação demoníaca, devido à punição divina pelo pecado, ou como resultado da falta ou do enfraquecimento da fé. Delumeau (2003, p. 574) observa que este ensinamento tão moderno do Senhor Jesus ficou esquecido durante muito tempo:

Na época clássica, assim como na idade média, os pregadores cristãos são unânimes em ver as catástrofes coletivas como respostas de um Deus colérico a uma excessiva maldade humana.

Pelicier (1971, p. 29) faz a seguinte afirmação sobre o assunto, nas mesmas linhas do pensamento de Delumeau:

Apesar de Jesus Cristo fazer diferenças entre paralíticos, lunáticos (doentes mentais) e possessos; contudo, até os séculos XV-XVI, certos quadros patológicos implicarão numa cumplicidade com o Diabo, merecendo portanto sanção.

1.6. O Cristianismo primitivo e as Doenças

Para o cristianismo primitivo, a medicina era uma atividade pagã. O cristianismo se afirmava como uma força espiritual total, capaz de se encarregar do homem em todos os seus problemas, dificuldades, doenças e sofrimentos.

Para Inácio de Antioquia, a eucaristia é um medicamento. Para Cipriano, o bispo é o médico de seus fiéis. Para Gregório, existe uma relação entre o pecado e a disposição para a doença (*apud* PELICIER 1971, pp. 28-29).

Pelicier (1971, p. 29) faz a seguinte colocação em sua *História da Psiquiatria*:

...nos evangelhos, o Cristo aparece como o médico das almas e do corpo. Não se faz confusão entre o paralítico, o lunático e o possesso. A interpretação demonopática é aceita, mas a magia é condenada. Contudo, não será antes do século XV que certos quadros patológicos implicarão a noção duma cumplicidade com o Diabo, merecendo portanto sanções.

A Idade Média foi um período sombrio em muitos sentidos, mas particularmente em relação à doença mental. Altschule (1965, pp. 111; 117-119) refere que a Igreja Católica adota o termo “acídia” durante praticamente toda a Idade Média. O termo designava estados variados como preguiça, apatia, indolência, negligência, torpor, desatenção, perda de força moral ou enfraquecimento da fé em Deus. Alguns a entendiam como melancolia, enquanto a maioria não se importava muito com o que realmente a acídia significava, senão um mero sinônimo de entrega e rendição ao demônio. São Gregório, o Grande (c.540-604) coloca a acídia junto dos outros sete pecados capitais, a saber: orgulho, soberba, ira, inveja, gula, luxúria e avareza.

A ordem do ocidente Medieval se apóia na Igreja e na religião. Tudo que possa ameaçar esta ordem é suspeito de heresia. Em 1494, dois padres dominicanos alemães, Krämer e Sprenger (1993), publicaram o célebre *Malleus Maleficarum* (*O Martírio dos Feiticeiros*), livro que se ocupava em descobrir bruxas e feitiçarias. Em relação à doença, existia basicamente uma única interpretação: o mal; assim, a doença só pode vir do Diabo e de seus demônios. O anormal pertence ao pecado e ao mal, e isto vale para os doentes: só se excluem pela coletividade os casos de febre, fraqueza e caquexia.

A tese demoníaca, que não é nova, a partir dos séculos XIV e XV acende fogueiras por toda a Europa, com ecos inclusive aqui no Brasil.

No período da renascença, ocorreu a redescoberta dos gregos. Em 1525, Hipócrates foi traduzido e editado. Esta época foi marcada por uma tentativa de libertação dos dogmas

teológicos e das autoridades eclesiásticas. A postura da Igreja durante a Peste Negra (que ocorreu na metade do século XVI), creditando a epidemia a um castigo divino, reduziu muito a confiança dos fiéis na instituição.

Lutero também compreendia a melancolia como uma artimanha demoníaca (*apud* DELUMEAU 2003, p. 343):

Todas as tristezas, epidemias e melancolias vêm de Satã. (...) Porque Deus não entristece, não amedronta, não mata: ele é um deus dos vivos. Então ele encaixou seu Filho único a fim de que possamos viver por ele, que morreu a fim de tornar-se o vencedor da morte. É por isso que a escritura diz: sede alegres e plenos de confiança.

Como orientação a quem tivesse melancolia, Lutero recomendava a oração, os cânticos religiosos e também uma vida equilibrada.

Calvino tem uma posição mais cautelosa e equilibrada quanto à importância da ciência e da própria medicina. Nas *Institutas* (CALVINO *apud* DELAMEAU 2003, pp. 285-286), Calvino reflete:

Diremos que aqueles que inventaram a medicina foram insensatos? Pensaremos que aqueles que inventaram as outras disciplinas são loucos? (...) Aqueles que são entendidos e peritos em ciência, ou que de alguma maneira a experimentaram, são auxiliados por esse meio e avançados para compreender mais de perto os segredos de Deus.

O humanismo renascentista tenta abandonar a antiga postura maniqueísta da mente dividida entre a batalha constante entre Deus e o Diabo. Isto não significa que o homem deixa de pensar nas causalidades demoníacas das doenças.

O século XVIII, conhecido como Iluminismo, marca uma divisão importante: o declínio do dogmatismo religioso e a ascensão do racionalismo. Teremos, a partir daí, o surgimento de diversas escolas do pensamento científico e teológico, novas áreas da ciência, o desenvolvimento da medicina, e também da incipiente psiquiatria.

A psiquiatria, por esse tempo, infelizmente não dispunha de metodologia científica para explicar e compreender a maioria das doenças mentais. Limitar-se-ia por muito tempo a descrever a doença, classificá-la, e observar sua evolução. Houve, portanto, um “vazio” científico, que só foi ocupado pela psicanálise de Freud.

Freud foi inegavelmente um dos maiores pensadores de nosso tempo, mas suas colocações iniciais a respeito do funcionamento da dinâmica psicológica chocaram o meio médico e científico de sua época. Para os cientistas, não havia base biológica sustentável em suas concepções.

A rejeição às concepções freudianas ecoa até nossos dias, e foi responsável pelo “divórcio” entre a psiquiatria e a medicina; só recentemente este “divórcio” foi anulado e o preconceito, mesmo no meio médico, diminuiu em relação à psiquiatria.

Devido às idéias sobre a negação de Deus, Freud também angariou enorme rejeição entre os religiosos. Assim se refere Freud sobre a religião (FREUD 1974, p.46):

Avaliar o valor das doutrinas religiosas não se acha no escopo da presente investigação. Basta-nos que as tenhamos reconhecido como sendo, em sua natureza psicológica, ilusões. (...) Dir-nos-emos que seria muito bom se existisse um Deus que tivesse criado o mundo, uma Providência benevolente, uma ordem moral no universo e uma vida posterior; constitui fato bastante notável que tudo isso seja exatamente como estamos fadados a desejar que seja.

Mais adiante, em seu trabalho *O Futuro de uma Ilusão*, de 1927, Freud (1974, p. 52) acrescenta:

O espírito científico provoca uma atitude específica para com os assuntos do mundo; perante os assuntos religiosos, ele se detém um instante, hesita, e, finalmente, cruza-lhes também o limiar. Nesse processo, não há interrupção; quanto maior é o número de homens a quem os tesouros do conhecimento se tornam acessíveis, mais difundido é o afastamento da crença religiosa, a princípio somente de seus ornamentos obsoletos e objetáveis, mas, depois, também de seus postulados fundamentais.

Estes conhecimentos, tanto da psiquiatria incipiente como da psicanálise, ficam restritos a uma elite acadêmica e intelectual. O homem comum continuou a ser influenciado e orientado pela Igreja, que a partir desse momento fica cada vez mais distanciada do conhecimento psicológico e psiquiátrico.

Como então a Igreja explicava aos fiéis a doença depressiva?

A doença ou estado depressivo era explicada através de antigos conhecimentos, pressupostos e arquétipos: a depressão é devida ao pecado (e à punição divina), à falta de fé e à ação do demônio.

1.7. Jung e os Protestantes

Jung foi um dos grandes pensadores da humanidade. Médico, psiquiatra e psicanalista, discípulo de Freud a início (com quem rompeu posteriormente), deixou um incomparável legado de conhecimento sobre o funcionamento da dinâmica psíquica. Jung era também religioso, de formação e prática protestantes.

Jung nos oferece uma explicação psicológica sobre a maneira como as noções ou nexos das experiências primitivas ficam gravadas em nosso psiquismo. Ele explica este fenômeno psíquico através da idéia do Inconsciente Coletivo. Este é constituído por elementos que não foram esquecidos, suprimidos ou reprimidos, pois não estiveram nunca no campo da consciência. O inconsciente coletivo é formado por coisas herdadas, e assim, preexistentes em relação à consciência. E é universal, o mesmo para o indivíduo e para os outros. Acrescentou a esta visão a idéia de arquétipos, que são elementos constituintes do inconsciente coletivo.

Através da noção de arquétipo, podemos entender por que lendas de diferentes países, em épocas diferentes, têm ou encerram uma noção ou um significado comum. Não somente as lendas, mas também os mitos apresentam personagens ou situações semelhantes com um mesmo significado psíquico, em diferentes povos e em épocas diversas.

Jung (1984) revelou sua preocupação com a postura da Igreja, tanto católica como protestante, frente a determinados fenômenos como os desequilíbrios mentais e a depressão. Jung, que era protestante, disse que a igreja protestante se mantinha pela ênfase da fé na mensagem evangélica. Assim se referiu ante algumas experiências vividas pelos protestantes (JUNG 1983, p. 42): *“eles poderão recorrer à Igreja, que está em condições de dizer se a experiência provém de Deus ou do diabo, se deve ser repelida ou aceita”*.

Jung (1983, p.42) colocou também sua experiência como médico:

Em minha profissão tratei de indivíduos que não queriam ou não podiam submeter-se à decisão da autoridade eclesiástica. Tive de acompanhá-los através de suas crises e violentos conflitos, do medo de enlouquecer, dos seus desequilíbrios e depressões.

A seguir, abordou as dificuldades encontradas no atendimento a pacientes protestantes (JUNG 1983, p. 43):

Com os protestantes a tarefa não é assim tão fácil; o dogma e os ritos se enfraqueceram a tal ponto que perderam grande parte de sua eficácia.

Jung estava abordando a importância dos ritos e dos dogmas como auxílio terapêutico às doenças mentais. O autor continua:

Via de regra, não há confissão e os pastores compartilham da antipatia geral frente aos problemas psicológicos e infelizmente da ignorância generalizada em matéria de psicologia. (...) Além disso, os pastores protestantes passaram por um treinamento científico em alguma Faculdade de Teologia que, com seu espírito crítico, mina a ingenuidade da fé; ao passo que na educação de um sacerdote católico a poderosa tradição histórica geralmente fortalece a autoridade da instituição.

Destas colocações de Jung, pode-se depreender que o cristão depende muito da Igreja para formar sua visão sobre diversos fenômenos.

Para Jung, A maioria dos protestantes⁴ elabora sua visão de mundo (cosmovisão) embasada no pensamento de sua Igreja, em suas próprias interpretações das escrituras e na orientação de seu líder espiritual (pastor). Pela exposição do célebre analista, depreende-se que, devido ao afastamento do pensamento científico e à antipatia em relação à psicologia, os pastores protestantes dependerão das explicações de natureza religiosa para explicar as doenças depressivas.

⁴ Protestantes: Em sentido lato, 'protestante' designa todos os grupos religiosos cristãos de origem européia ocidental, que romperam com a Igreja Católica Apostólica Romana como resultado da influência de Martinho Lutero, fundador da Igreja Luterana, e de João Calvino, fundador do movimento calvinista.

Capítulo 2 - A Influência religiosa sobre os cristãos portadores de depressão

2.1. Os Cristãos Históricos

Entre os cristãos, mais ainda nos de orientação protestante, observamos que a relação entre depressão e causas espirituais é muito relevante.

Jung já havia explicado o distanciamento ocorrido entre os protestantes tradicionais e a psicologia; a psiquiatria, por sua vez, ainda devia explicações mais claras e convincentes sobre a depressão. Esta conjunção de fatores levou os cristãos a terem a mesma compreensão de seus antepassados sobre a depressão.

Anteriormente à década de 1950, somente os liberais na teologia e na eclesiologia aceitavam as psicologias e as psicoterapias; mas desconheciam a psiquiatria. Na segunda metade do século XX, este panorama muda um pouco, e aconselhamento pastoral passou a ficar subordinado à psicologia secular.

Os conservadores, naturalmente, ignoravam tal aconselhamento (HORTON 1998, p. 158): “*os evangélicos não tinham recursos intelectuais e institucionais para alcançar as pessoas com problemas vivenciais*”.

Na opinião de Powlison (*apud* HORTON 1998, pp 158-160), a partir de 1950, houve tentativas iniciais de integrar psicologia e cristianismo: Clyde Narramore foi um dos primeiros evangélicos a ficar famoso como psicólogo. Propôs uma visão tricotômica: o médico cuidaria dos problemas do corpo; o pastor cuidaria dos problemas espirituais; e o psicólogo cuidaria dos problemas emocionais e psicológicos.

Jay Adams, em seu livro *Conselheiro Capaz* (*apud* HORTON 1998), argumentou que o aconselhamento pastoral deveria ser realizado por pastores e professores de seminário. Adams entendeu que a psicologia e a psiquiatria poderiam ameaçar o cristianismo conservador. Para Adams, a expressão “psicoterapia cristã” era uma contradição em termos. Naturalmente, este pensamento influenciou vários ramos do protestantismo em nosso País.

Na opinião de Powlison (*apud* HORTON 1998, p. 167):

Desde o século dezenove, o que se passava por aconselhamento pastoral nas igrejas conservadoras era uma mistura de três coisas. Às pessoas afligidas se oferecia o pietismo: “Deixe estar e deixe Deus” e “morra para si mesmo” a fim

de entrar na vida vitoriosa ou mais elevada. Oferecia-se o racionalismo: a verdade bíblica comparada com erros do pensamento da filosofia. Oferecia-se o “voluntarismo”: o ensino ético da Bíblia no sentido de chamar à obediência e à obra ministerial.

Segundo Powlison (*apud* HORTON 1998, p. 167), os evangélicos pouco fizeram neste campo. Soaram sempre as mesmas palavras de ordem: maior entrega, estudo bíblico, obediência ética e consagração ao serviço eram a cura para tudo, incluindo os distúrbios psíquicos. O vácuo na teologia pastoral e no aconselhamento pastoral organizou o cenário para a invasão psicológica que experimentamos hoje

Para Powlison (HORTON 1998, p. 167), os pentecostais igualmente pouco acrescentaram neste sentido. Conclamam as pessoas à entrega incondicional, a experiências da segunda benção, poder carismático, visões, dons espirituais; mas não oferecem recursos adequados frente a alguns problemas práticos.

Powlison (*apud* HORTON 1998, p. 167) faz uma consideração crítica e severa em relação à atuação da Igreja frente aos problemas psíquicos:

Como a Igreja lida com a modorra da depressão ou a volatilidade do ataque de pânico? (...) Na verdade, os recursos evangélicos têm sido ortodoxos e morais – mas superficiais e irrelevantes diante do caráter prático dos problemas. Ou têm sido profundos e místicos – mas irracionais e irrelevantes diante da magnitude e caráter prático dos problemas.

O autor, por outro lado, é igualmente crítico em relação a uma linha de psicologia que se auto-denomina “psicologia cristã”. Faz uma advertência importante: os psicólogos cristãos soam como cristãos e bíblicos, mas apresentam significados teológicos diferentes ou discordantes; o “evangelicalismo psicológico” moderno, que causou verdadeira inundação nas prateleiras das livrarias evangélicas, não é cristianismo.

É triste e preocupante notar que esta visão leva a uma postura preconceituosa e de ignorância frente à doença mental e à depressão. Não existe discriminação contra um portador de diabetes, ou de doença cardíaca; ao contrário, os portadores destas e de outras doenças orgânicas são merecedores de consideração e cuidados especiais, não de pré-julgamentos. Se um cristão é submetido a uma intervenção cirúrgica, ou se apresenta uma doença grave como um câncer, toda a comunidade se mobiliza através de campanhas de oração, jejuns, visitas e outros cuidados e atenções. De forma geral, estas doenças não são relacionadas a fatores espirituais como falta de fé, pecado ou ação demoníaca.

O mesmo infelizmente não ocorre com os distúrbios de um outro órgão, o cérebro, cuja disfunção pode produzir a doença depressiva. Em nossa prática médica temos a experiência de diversos cristãos portadores de depressão que relataram o preconceito sofrido em função de sua doença. São freqüentes as seguintes “orientações” dadas por outros membros de suas comunidades, incluindo seus líderes: “sua depressão se deve à falta de fé”, “o irmão deve estar em pecado, daí estar deprimido”, “sua depressão se resolve com jejum, arrependimento e oração”. Tais opiniões e outras no mesmo sentido pioram ainda mais a depressão destes pacientes, pois à doença ainda se adiciona a culpa.

Os cristãos, principalmente os de orientação protestante, têm a Bíblia Sagrada como sua única “regra de fé e prática”. Em sua maioria, interpretam algumas passagens bíblicas isoladamente, sem terem base ou conhecimentos teológicos adequados. Desta forma, podem distorcer a compreensão de alguns ensinamentos, colocando-os a serviço de suas necessidades e anseios.

Antônio Máspoli de Araújo Gomes (2004, p. 5) faz uma observação muito importante a este respeito:

Os protestantes tiveram uma perda da autoridade da Igreja sobre a revelação, por outro lado reforçou a autoridade da Bíblia. Entretanto, certas passagens bíblicas podem ser interpretadas de maneira diferente.

O autor faz mais uma consideração: “...em função da chamada ilustração científica, grande massa de pessoas cultas afastou-se da Igreja ou se tornou totalmente indiferente a ela”.

A postura racional frente às dificuldades humanas no mundo real, entre elas algumas doenças, é substituída por uma compreensão e proposta de resolução principalmente através do caminho espiritual. Os cristãos primitivos tinham essa postura, pois precisavam fortalecer e firmar o cristianismo, que sofria vários ataques; os cristãos atuais repetem essa postura, não para fortalecerem propriamente o cristianismo, mas provavelmente pela necessidade de fortalecerem a si mesmos; sob outra óptica, procuram defender também o cristianismo tradicional frente a novas seitas e práticas cristãs.

Hoekema (1987, p. 15) faz um alerta importante ao afirmar: “*temos enfatizado e escrito sobre a pecaminosidade e culpa em letras garrafais, e nossa nova vida em Cristo com letras minúsculas*”. Adiante, Hoekema (1987, p. 110) faz a seguinte observação: *a pregação do evangelho deve ser equilibrada no sentido de não se pregar apenas sobre o pecado e culpa, mas também sobre a redenção e remoção da culpa.*

Adams influenciou negativamente várias gerações de pastores, ao interpretar equivocadamente a psicologia e a psiquiatria como ameaças ao cristianismo conservador (HORTON 1998, p. 159). Adams argumentara que o aconselhamento era parte da mente de pastores e professores do seminário. Estes pensamentos influenciaram e impregnaram o protestantismo em nosso País.

Segundo a visão de Mendonça (1995), o protestantismo brasileiro adquiriu condições particulares desde sua inserção. Uma delas foi a característica “conversionista”, enfatizando o pecado e o convite à conversão. Mendonça, com sua inestimável contribuição à compreensão do protestantismo em nosso país, utiliza a análise da hinologia praticada pelos protestantes, mais especificamente, os protestantes históricos. Desta análise fica evidente a ênfase no amor universal de Deus, na devoção pessoal, no temor de recaída a Satanás, e na vigilância dos atos da vida para não pecar.

Mendonça relaciona, dentre aproximadamente 375 hinos constantes no hinário *Salmos e Hinos*, 70 que abordam como tema a confissão de pecados e o convite à conversão. O trabalho de Mendonça confirma a observação de Hoekema, colocada anteriormente, de que se tem pregado mais sobre o pecado e a culpa que sobre a graça de Deus.

Nosso protestantismo minoritário teve, portanto, uma nítida vocação “conversionista”; como estratégia para a conquista de novos adeptos, estava o convencimento de sua situação de pecado que os levaria ao inferno. O Deus juiz e o Deus punitivo tinham mais espaço na prédica protestante que o Deus Pai e o Deus amor. Estes fatores explicam a permanência entre os cristãos históricos de sentimentos como pecado e culpa profundamente arraigados, posto que desde sempre foram reafirmados; e como decorrência relacional a punição. De que forma Deus punia a Davi pelo seu pecado? Com depressão.

Os cristãos históricos em nosso País foram “evangelizados” dentro desta unidade fenomenológica que correlacionava pecado, culpa, punição e depressão. Como decorrência, apresentam uma compreensão distorcida da doença depressiva, prejudicando a busca de ajuda e a possibilidade de tratamento adequado.

2.2. O momento atual

O momento contemporâneo se apresenta como um grande caos. Segundo Crespi (1999, p.12), na sociedade atual há uma situação de desorientação generalizada, um “caos” provocado pela complexidade da diferenciação dos âmbitos e significados e pelo pluralismo na produção de valores e de modelos culturais.

Durkheim provavelmente ficaria perplexo com o rumo que a sociedade capitalista tomou quanto às relações de trabalho e solidariedade, e teria um choque ao observar as manifestações religiosas do homem contemporâneo.

Weber teria que reformular alguns pontos de sua visão social, pois no tipo ideal weberiano de dominação, o poder legítimo vem do Estado. O que se presencia atualmente é um esvaziamento do Estado e o surgimento de outras formas de poder ou de relações de poder; o Estado se tornou o meio “oficial” do exercício do poder, mas não seu detentor. O que comanda o mundo atual são as relações com a ordem internacional, intermediadas não mais pelas noções de Estado, mas pela noção de mercado: são ditadas pelos grandes grupos econômicos internacionais. As relações entre os poderes atuais não visam a afirmação do Estado; antes do Estado está a corporação, o grupo, a multinacional. Neste contexto, o *ethos* de Weber “toda pessoa tem que produzir” talvez fosse visto atualmente como “toda pessoa tem que consumir”.

Marx provavelmente teria mais instrumentos para entender as transformações sociais ocorridas nos últimos tempos. O mundo atual transformou o homem num mero ser produtivo anônimo, desprovido de outras qualificações e até mesmo de identidade. Numa linguagem marxista, o homem se “coisificou” e se tornou mercadoria de troca no mercado de consumo. O entender marxista se faz por dois caminhos: a ideologia e a mercadoria. A ideologia está órfã no mundo contemporâneo: o que importa presentemente é o mercado, a mercadoria, e o usuário desta mercadoria, o consumidor. A luta de classes foi substituída pela luta dos grandes grupos empresariais pelo mercado de consumo.

Dentro deste cenário é que vamos entender as influências que o sentimento religioso cristão exerce sobre o homem. Mais do que nunca, o homem atual necessita de religião. Assim se expressa Crespi (1999, p. 13) a este respeito:

O aumento da insegurança, engendrada pela queda de quase todas as certezas em que se baseavam as sociedades que nos precederam, pode provocar, de maneira reativa, o retorno às velhas formas de certeza fornecidas pelas crenças das religiões universais – cristianismo, islamismo, hinduísmo, budismo...

O homem atual, do ponto de vista social, é um ser esvaziado de valor intrínseco; ele vale pelo que produz, não pelo que é, nem por seus valores ou convicções; ou então, vale por seu poder de consumo. Conseqüentemente, os sentimentos de insegurança, medo, impotência e falta de significado existencial estão sempre presentes nele. Estes sentimentos estavam também presentes no homem primitivo e o impulsionaram à busca do Sagrado. O homem de hoje, sem conseguir significado numa sociedade impessoal, volta-se à procura deste significado através da religião.

2.3. A Religião de mercado

Nos tempos de Jesus Cristo já havia o comércio relacionado ao Sagrado. Os peregrinos chegavam ao Templo trazendo suas ofertas, animais para o sacrifício, e tudo isto era trocado por “moedas do templo”, posto que havia uma grande diversidade de valores financeiros. Já existia a figura do “cambista”, que fazia a troca de todas as oferendas pelas tais “moedas do templo”, com vantagens para os sacerdotes. Foi contra esta prática que Jesus se rebelou quando referiu que a casa de oração havia se tornado um covil de ladrões e saqueadores.

Também no tempo de Jesus, muitos andavam atrás de “maravilhas” ou de soluções mágicas para seus problemas; e tal ainda acontece atualmente. As falhas, derrotas e dificuldades são transferidas ao “inimigo”; desta, forma existe “alívio” dos sofrimentos por um lado, mas como decorrência mantém-se um estado de “alienação” das verdadeiras responsabilidades cristãs. A fé racional, ou o culto racional proposto pelo apóstolo Paulo, é substituída pela fé “irracional”; e tem diversos “apóstolos” como seus mentores.

Eliade (1969) afirmou que o cristianismo é a religião do homem primitivo e do homem moderno, porque oferece resposta a seu “desespero”, e o homem atual é um homem desesperado.

Roger Bastide, antropólogo notável que realizou diversos trabalhos em nosso País, afirma que os processos de industrialização e urbanização canalizaram as aspirações do homem para os bens materiais e para o consumo, produzindo, como conseqüência, um “vazio” espiritual. Assim se expressou Bastide (2006, p. 251):

...finalmente, será que não estaríamos assistindo hoje entre os jovens a uma busca apaixonada do Sagrado, como se os nossos contemporâneos, depois de um razoavelmente longo período de desenvolvimento de ateísmo, ou apenas de uma entrega à indiferença, estivessem outra vez se dando conta da

existência, dentro de si, de um vazio espiritual a ser preenchido e constatasse, a partir dessa sensação de vazio, que uma personalidade que não se enraíza numa espécie de entusiasmo sagrado não passa, afinal, de uma personalidade castrada daquilo que constitui uma dimensão antropológica universal e constante para todo homem que vivencie a dimensão religiosa?

O autor ainda considera que esta proliferação de consumo, que hoje é compreendida como um conjunto de relações de mercado, tirou das Igrejas grande número de fiéis. Observa ainda que, principalmente nas grandes metrópoles, há um aumento de novas seitas.

Observa-se atualmente a realização desta previsão de Bastide: proliferação de novos cultos e novos movimentos cristãos, ao mesmo tempo em que se contempla uma relativa diminuição do número de cristãos tradicionais ou históricos.

Peter Berguer (1985) analisou o processo de “burocratização” das instituições religiosas. As instituições religiosas tradicionais se assemelham a empresas quando se dirigem através da lógica burocrática como quaisquer outras instituições seculares. Assim se refere Berguer a este respeito (BERGUER 1985, pp. 151-152):

Relações públicas com a “clientela” consumidora, “lobbying” com o governo, levantamento de fundos em agências privadas e governamentais, envolvimento multifacetado com a economia secular (particularmente por meio de investimentos) – e em todos esses aspectos de sua “missão”, as instituições religiosas são compelidas a buscar “resultados” por métodos que são, necessariamente, muito semelhantes aos empregados por outras instituições burocráticas com problemas similares. (...) Em um mundo marcado pelo materialismo consumista, a necessidade de Deus é cada vez mais evidente. O homem busca no mundo espiritual respostas para a situação de caos e desespero do mundo material.

Este homem esvaziado de valor perante a sociedade, posto que é mera engrenagem da cadeia produtiva e de consumo, encontra, nas novas comunidades religiosas que se formam, quem o acolha, quem o identifique como irmão, quem lhe dê importância e inclusive condições para resgatar sua identidade e significado existencial; deixa de ser anônimo e passa a ter importância para Deus e para a própria comunidade.

Este é um dos pontos importantes pelo qual Gomes (2004) justifica o crescimento de comunidades cristãs alternativas, pentecostais e neopentecostais.

Estas Igrejas dão inclusive “identidade” aos anônimos que, dentro do contexto atual de pertencimento, passam a “pertencer”. Encontram, por outra leitura, através da “religião”, respostas para suas situações de impotência frente ao mundo atual. Nesta procura de respostas para o vazio, a fé se apresenta como uma possibilidade representada subjetivamente como esperança; já que a fé é a certeza das coisas que se esperam e a convicção das coisas que se não vêem, como está registrado na carta de Paulo aos Hebreus 11:1.

Quanto à importância da fé, assim escreve Clemente (2006, pp.2-3):

Diante das indagações modernas, perguntamos se é possível viver sem fé. A discussão entre fé e razão, estabelecida na gênese da modernidade, teria sido ineficaz e inútil? Seria a fé, realmente, contrária ao pensamento racional? Acreditamos que a ética pressupõe uma junção entre fé e razão. Uma deve estimular a outra para que o ser humano encontre o gosto e o prazer de viver. A desvinculação entre fé e razão gera profundo ceticismo e uma confusão e um desespero da humanidade.

Quando se contempla o cenário religioso contemporâneo, vê-se também um outro tipo de fé, chamada por Clemente (2006, p.3) de fé irracional:

Talvez possamos entender, com base no evangelho, que a fé é a crença em Deus, que se confunde, às vezes, com doutrinas religiosas geradoras de fundamentalismos que resvalam, freqüentemente, para a irracionalidade. Sob essa luz, sentimos a necessidade de situar também a existência de uma fé irracional.

Para se ter a comprovação destes pensamentos, basta ligar o aparelho de TV em programas religiosos, e assistir através da Igreja Eletrônica a diversas manifestações da fé irracional, que faz suas pregações dentro do conceito da “religião de mercado”.

Berguer (1985, p. 159) menciona que as instituições religiosas oferecem “produtos” religiosos em função das necessidades dos “consumidores” ou de seus clientes potenciais, e cita um exemplo:

Todas as instituições religiosas orientadas para o mercado da classe média alta nos Estados Unidos serão pressionadas a secularizar e psicologizar seus produtos, caso contrário, as chances de estes serem “comprados” diminuem drasticamente.

Essa padronização dos conteúdos religiosos, desenvolvida pela pressão do consumidor, tende a dar pouca ênfase às divisões confessionais tradicionais. Daí resulta que se facilita a cartelização pedida pelos traços estruturais da situação pluralista. Oferecem, dentro deste contexto, diversos produtos como “prosperidade”, “proteção”, “quebra das maldições de família” e, entre eles, a “cura das doenças”. Estes movimentos surgiram nos Estados Unidos da América com a renovação carismática de algumas Igrejas tradicionais, e chegaram ao Brasil inicialmente como Teologia da Prosperidade.

Um dos influenciadores desta nova maneira de pensar foi Kenneth Hagin. Romeiro (2005, pp.95-96) explica que Hagin iniciou seu ministério como pregador da Igreja Batista em 1934. Em 1937, recebeu o batismo do Espírito Santo e foi ordenado ministro da Assembléia de Deus. Envolveu-se com diversos pregadores da cura divina e em 1963 fundou a Kenneth Hagin Evangelistic Association. Em 1974, fundou a Rhema Bible Training. Tem programas de rádio e de televisão, inúmeras publicações e influenciou diversos adeptos da Teologia da Prosperidade como Benni Hynn, e aqui no Brasil R.R. Soares e Valnice Milhomens, entre outros. Romeiro (2005, p.99) cita Hagin:

Deus não é o autor da doença. Os homem só ficaram doentes depois que deram ouvido ao Diabo. (...) A doença e a enfermidade são do Diabo. Deixe que a verdade desta afirmação entre profundamente em seu espírito. Então siga os passos de Jesus e trate com a doença da forma como Jesus tratou. Trate a doença e a enfermidade como um inimigo, e nunca as tolere em sua vida.

Um dos seguidores de Hagin em nosso País é R. R. Soares, líder do movimento religioso Igreja da Graça, que ocupa um dos maiores espaços na mídia televisiva brasileira. R. R Soares tem a seguinte opinião sobre as doenças (Romeiro 2005, p.106): *“os sãos - aqueles que são sadios na fé, que temem a Deus, que executam sua vontade - não precisam de médicos, só os doentes que não temem a Deus”*.

Para Romeiro, autoridade em estudos e pesquisas sobre pentecostalismo no Brasil, existem duas preocupações nestes novos movimentos religiosos: dinheiro e o diabo. São comuns as expressões: “maldições hereditárias”, “encosto”, “obras de macumbaria”.

Para os neopentecostais, as doenças, como todos os males, são devidas a problemas espirituais diretamente relacionados à ação de Satanás; as formas de combatê-las são realizadas, portanto, com o uso de ferramentas espirituais. Seus seguidores não podem admitir nenhum problema de saúde, pois tal seria o equivalente a dar uma “brecha” a Satanás.

Para Antoniazzi, autor de *Nem anjos nem demônios*, uma obra reflexiva sob a óptica sociológica do pentecostalismo, isto representa mais uma etapa no declínio da Ética Protestante.

O autor afirma (ANTONIAZZI 1994, p. 147): “*se você quer ser uma pessoa de sucesso... seja aquela que possui a confissão correta... Nunca confesse dívidas ou temores, doenças ou qualquer outro mal*”.

Mais adiante, Antoniazzi (1994, p. 241) observa que o cerne do imaginário de uma destas Igrejas (Igreja Universal do Reino de Deus - IURD) resume-se à expulsão de demônios. Os efeitos causados pelos demônios na pessoa são malefícios físicos como doenças – chamados de espíritos de enfermidade; e a retirada dos demônios conduz à cura.

Bonfati, que deu importante contribuição ao tema ao estudar a Igreja Universal do Reino de Deus, segue a mesma linha de pensamento de Antoniazzi (BONFATI 2000, p.109):

Na concepção da Universal, todas as doenças têm uma causalidade espiritual e aqui se incluem as que poderíamos chamar de doenças psíquicas ou mentais, bem como as orgânicas, ou físicas. Nessa visão, todas as doenças foram e são causadas pelo Demônio por via direta ou indireta, sem uma intencionalidade ou consciência disso por parte da pessoa portadora da doença.

As doenças psíquicas como as depressões são relacionadas, por este grupo de cristãos, à possessão de demônios, à brecha dada ao “inimigo” (Satanás), à consequência da “batalha espiritual”, ao distanciamento da Igreja, à falta de fé e ao pecado. A doutrina fundamental da “batalha Espiritual” é que todos os males que acometem os indivíduos, a Igreja, os crentes, e a própria sociedade são produzidos diretamente por demônios. A Igreja, segundo esta visão, tem como missão fundamental estabelecer verdadeiras estratégias de guerra para confrontar, enfrentar e expelir essas entidades malignas da vida das pessoas, dos cristãos, do seio da Igreja e da sociedade.

Leonildo Campos, em seu livro *Teatro, Templo e Mercado*, que se tornou um clássico para os estudiosos das religiões, abordando a Igreja Universal do Reino de Deus – IURD – cita o *Manual do Obreiro* da IURD (apud CAMPOS 1997, p. 355):

A cura divina está de acordo com o caráter de Deus, que sendo um Pai amoroso, não poderia aceitar na vida de um de seus filhos doenças ou enfermidades. (...) As doenças, na sua maioria, são causadas por demônios, que uma vez saindo do corpo das pessoas, as levam consigo.

O Bispo Macedo, da Igreja Universal do Reino de Deus, em seu livro *A libertação da Teologia*, faz a seguinte recomendação (MACEDO s/d, p. 78):

Viver no mundo é compartilhar com as pessoas os seus problemas, as suas ansiedades, a sua maneira de crer. É viver o dia a dia com as pessoas, diferente e que receitas pré-moldadas pela psicologia, psicoterapia ou psicoquaisquer que existem por aí não resolvem os problemas, procurando entendê-las e ajudá-las. É aprender que cada caso é um caso.

Continua o Bispo Macedo:

Quem vive assim, sente a mesma necessidade que o apóstolo Paulo sentiu – a de viver não com sabedoria carnal, natural, humana, mas na GRAÇA DE DEUS.

A Igreja Universal se utiliza de diversos instrumentos da mídia, e dentre eles está a frase “na Igreja Universal um milagre espera por você”. Em seus programas televisivos, é comum empregarem o método de colocar um copo de água sobre o aparelho de TV, que deve ser bebido após a “oração da fé”. Essa terapia pentecostalista já era utilizada nos Estados Unidos da América por pessoas como Oral Roberts, Benni Hynn e outros pregadores da cura divina.

Leonildo Campos fornece outros exemplos (CAMPOS 1997, p. 133):

Há pastores neopentecostais como E. Hernandez, da Igreja Renascer em Cristo, Benni Hynn, televangelista norte americano, que empregam a força das insuflações, sopro quente ou frio, para curar enfermos; R. R. Soares, da Igreja Internacional da Graça de Deus, coloca as mãos espalmadas na frente da câmara e pede para o telespectador fazer o mesmo sobre a imagem da mão do pastor na tela. Com isto, diz Soares, “você receberá pela imposição de mãos a graça que está precisando”.

O Dr. Augustus Nicodemus Lopes, em seu livro *O que Você Precisa Saber sobre Batalha Espiritual*, aborda estas questões de forma precisa. Assim se refere Lopes sobre a doutrina fundamental da “batalha espiritual” (LOPES 1997, p. 31):

...se fundamenta em que todos os males que possam acometer as pessoas, a sociedade, a Igreja e os cristãos, são causados diretamente pela ação demoníaca. De acordo com esta abordagem, os demônios são responsáveis pela dor, sofrimento, e miséria que encontramos ao nosso redor – o que inclui as doenças, relacionamentos arruinados, desemprego, fome, opressão, injustiça social, corrupção, entre outros.

Verifica-se que a “religião” de algumas igrejas foi transformada literalmente em moeda de troca: prometem prosperidade, cura de qualquer enfermidade, quebra das maldições, e muitas outras “promessas ou produtos”; mas cobram, literalmente, por esses produtos.

Um dos princípios básicos da Teologia da Prosperidade é a doação financeira. Deve-se dar a Deus para que ele nos devolva o investimento multiplicado. Não existe o conceito dos cristãos históricos da doação financeira como um ato de gratidão a Deus. Bonfati (2005, p.58), ao tratar da Igreja Universal do Reino de Deus, aponta três formas utilizadas para arrecadação financeira:

- pedidos para cobrir despesas comuns como aluguéis, água, luz, programas no rádio e TV, edificação de Templos;
- apelo ao cumprimento do “dever” sagrado do dízimo;
- campanhas, apresentadas como correntes para finalidades específicas como saúde, prosperidade, família.

Para Leonildo Campos (1992), o neopentecostalismo rompe totalmente com a Ética protestante Weberiana e a substitui pela ética do consumo compulsório.

Os pastores destes movimentos religiosos precisam ser especialistas em marketing: fazem cursos de expressão televisiva e viajam constantemente, atendendo a multidões em grandes eventos anunciados e fartamente divulgados pela mídia.

Na opinião crítica de Romeiro (2005, p. 58), estes pastores se distanciaram da figura dos pastores das Igrejas históricas, pois não visitam os enfermos, não estabelecem contacto pessoal com os fiéis, não há nenhuma ênfase na oração para o preparo das pregações que visam atender as necessidades individuais e coletivas da comunidade ante a unção de Deus. Estes pastores “estrelas” não pastoreiam a comunidade, mas dela se beneficiam financeiramente para custear seus projetos e desejos, que envolvem grandes somas de dinheiro.

Abaixo será transcrita uma informação colhida de uma cópia de carta enviada a um membro da Igreja Renascer em Cristo, citada por Romeiro (2005, p. 58):

Caso você não se sinta em condições de quitar as parcelas atrasadas, nos envie uma correspondência e nós estaremos liberando perdão sobre sua vida, desobrigando espiritualmente das mesmas.

Estas Igrejas, de certa forma, se afastaram dos pentecostais, pois não enfatizam pontos importantes como o Batismo do Espírito Santo ou o dom de línguas; mais afastadas estão ainda

dos evangélicos reformados. São as Igrejas da “terceira onda”, na visão de Ariovaldo Ramos, expressa no II Colóquio sobre Protestantismo realizado na Universidade Presbiteriana Mackenzie em 2006.

Ramos (2006) considerou que estas Igrejas estão distantes dos evangélicos reformados, dos pietistas, e inclusive dos pentecostais. Sua ética é personalista, possuem um governo central no estilo monárquico, e na visão de Ramos, talvez o único ponto de concordância com os evangélicos seja a adoção da Bíblia.

Estes movimentos já foram chamados de “religião de prateleira”: o fiel busca na prateleira o produto religioso que mais lhe convém, se “apropria” da mercadoria (ou da benção) e, numa inversão total de papéis, sai ordenando: “*Escuta, Senhor, que teu servo manda!?*”; e ordena: “*Em nome de Jesus: espírito de enfermidade, espírito da depressão, eu te repreendo*”.

Para exemplificar objetivamente a construção destes pensamentos, recorreremos ao livro *Espaços da representação da Loucura: Religião e Psiquiatria*, de Ana Lúcia Machado (2001). A autora colhe diversos depoimentos de pacientes internados em uma instituição para tratamento de doentes mentais.

Depoimento do paciente Wagner (MACHADO 2001, p. 63): “*...foi absurdo meus pais me confundiam em termos de não ser doença. E aí eles falaram que é espiritual...*”.

Este outro relato impressionante tem alguns lances até cômicos, dentro de um aspecto trágico que revela total ignorância (MACHADO 2001, p. 105):

...quando eu passava mal, iam da Assembléia lá em casa fazer oração, conversar comigo; falavam um monte de bobagens lá na Batista. (...) Eles rezavam e diziam que os espíritos entram nos outros, por isso eu passava mal, ficava agitada, eu gritava. Me deram uma surra de Bíblia para sair o demônio da cabeça.

Observa-se nos dias de hoje pessoas comuns e alguns líderes religiosos totalmente perdidos e desorientados; como demonstrado nos exemplos acima. Essa desorientação abrange diversos campos do saber: o espiritual e também geral ou do chamado “senso comum”.

Queremos ressaltar que não estamos emitindo juízo de valor quanto a este ou aquele movimento religioso; portanto não os estamos criticando negativa ou positivamente, apenas expondo como estes movimentos encaram e se posicionam em relação à doença psíquica.

Apesar de não ser objeto deste trabalho, é oportuno registrar que estes movimentos religiosos em suas reuniões promovem um ambiente propício a uma catarse⁵ emocional, que pode trazer benefícios aos fiéis.

Assim se manifesta Bonfati (2000, p. 134) a este respeito:

O que se observa é que o espaço da Igreja Universal do Reino de Deus, enquanto religioso, ajusta-se a esses contatos psicológicos com as imagens arquetípicas, pois a vivência deste contato remete a um contato com divindades psicológicas, que se caracteriza por uma experiência suprapessoal e numinosa. Assim, sendo, ao mesmo tempo, além de religioso, este espaço torna-se também um espaço psicológico.

Muitas pessoas têm dificuldades ou incapacidades para enfrentar determinados problemas que a vida lhes oferece; utilizando o imaginário popular ou arquetípico, na visão junguiana, transferem às personagens demoníacas a razão de seus infortúnios e de suas dificuldades. Eles não são mais os responsáveis nem pela origem da dificuldade nem por sua resolução, pois tudo foi colocado e depende unicamente de uma resolução espiritual mágica.

Esta transferência e sua conseqüente libertação manifestada em alívio ou “cura” têm espaço nos rituais destes movimentos religiosos.

Fromm (1964, pp. 21-22), tem a seguinte opinião sobre uma das funções da religião:

...oferece às massas uma certa medida de satisfação que lhes torna a vida suficientemente tolerável como que para impedir que transformem a atitude de filhos obedientes à de filhos rebeldes.

Bonfati (2000, p. 135) explicita esta posição:

Os rituais religiosos da IURD facilitam e protegem o ego, a consciência do fiel, para entrar em contato com suas imagens internas, o que, fora de um local adequado, o *temenos*, seria altamente perigoso. Ali o fiel sabe que os demônios podem se manifestar, que ele estará protegido. (...) Confia nos obreiros, nos pastores, no sentido e, principalmente, em Jesus.

Muitas doenças com base predominantemente psicológica podem ter melhora dentro deste contexto como: as doenças auto-sugestivas, algumas formas de doenças psicossomáticas, ou

⁵ Segundo Yves Pelicier (1971, pp. 22-25), a catarse, originalmente do grego *catharsis*, significa purgar do corpo e purificar a alma. Este termo grego designa igualmente todas as técnicas que libertam, facilitando a expressão de conflitos interiores.

aquelas pessoas que fazem da doença um modo de viver, como os hipocondríacos, as neuroses conversivas, os vícios.

Neste sentido, Bonfati lembra que a IURD resgata de alguma forma “o termo psicoterapia” (aspas do autor). A palavra terapia tem sua origem grega em *therapeuein*, que significava curar como um serviço prestado aos deuses; a cura ocorria para eles dentro de um contexto sagrado. Por psicoterapia entende-se (DEUS 2003, p. 2):

Uma série de ferramentas ou métodos terapêuticos, que se vale de técnicas psicológicas para promover o alívio de algum tipo de dor ou sofrimento humano subjetivo, objetivando devolver ao indivíduo o equilíbrio das funções psicológicas.

Em situações onde ocorrem experiências ou vivências carregadas de emoções muito intensas, alguns desequilíbrios psicológicos podem ser resolvidos justamente pela ação destes sentimentos que são fortes o suficiente para produzirem alívio sintomático e resolução dos conflitos.

Fenômenos que são permeados por emoções profundas ligadas à experiência com o sagrado podem ocorrer dentro de qualquer movimento religioso, como obra graciosa de Deus através da ação do Espírito Santo, nos fiéis que clamam e esperam com fé a manifestação do poder soberano e curativo divino.

2.4. Pecado, culpa e depressão

Nosso objetivo até este ponto foi compreender a influência do sentimento cristão sobre a noção de doença depressiva. Pode parecer que nossa linha de pensamento exclua os fatores espirituais na gênese da depressão, dentre eles o pecado e culpa.

Não é objetivo abordar neste trabalho as relações entre pecado, culpa e depressão, pois a profundidade do tema exigiria um trabalho específico; pode-se colocar, entretanto, que os fatores espirituais não estão excluídos na gênese dos processos depressivos.

Depressão é conceituada como uma diminuição ou queda de energia física e psíquica; assim sendo, qualquer fator que possa causar essa diminuição de energia pode produzir depressão.

O conflito é um desses fatores. Designam-se como conflito situações ou problemas psíquicos não resolvidos e carregados de emoção. A emoção atrelada ao conflito geralmente é negativa, e se traduz principalmente através da angústia. A angústia é o sentimento gerado pela ambivalência, pela contradição. Quanto mais oposição existe entre juízo de valor e juízo de realidade, mais angústia é gerada. O apóstolo Paulo sintetiza de maneira lapidar esses pensamentos (Romanos 7:19): *“o bem que quero fazer, este não faço; mas o mal que não quero se apresenta sempre diante de mim”*.

Todo conflito, consciente ou não, vai produzir um enorme gasto de energia. No caso do pecado, este gasto de energia incorpora a culpa, a autopunição, o medo, a tristeza pela falta cometida; pode levar uma pessoa ao estado depressivo e piorar o estado de quem já está deprimido.

O homem primitivo, como já mencionamos, compreendia a doença depressiva como resultado direto da ação do pecado e dos demônios.

Todos apresentam fragilidades e podem, em determinados momentos, apresentar crises nas quais ficam mais vulneráveis, mais enfraquecidos na fé e até mais distantes de Deus. O príncipe das trevas não precisa de grandes artifícios, nem de estratégias de “lutas espirituais”; somente espera estas crises para induzir o ser fragilizado à transgressão da vontade divina.

Já foi colocado em capítulo anterior um pequeno comentário sobre o Salmo 31, onde fica evidenciado que Davi relacionava sua depressão diretamente ao pecado. João Calvino, ao analisar o salmo 32, aborda nuclearmente a questão do pecado, a ira de Deus, a culpa do homem como causas da depressão apresentada por Davi. Para o perdão das transgressões e pecados serem

alcançados, e a salvação ser granjeada em Cristo através da misericórdia de Deus, segundo Calvino, é necessário reconhecer e confessar os pecados.

Do exposto até o momento, observa-se que, frente à lacuna deixada pela ciência, a doença depressiva continua ainda hoje sendo explicada, em grande parte, sob a óptica religiosa. A explicação religiosa cristã tradicional, que compreende os católicos, os protestantes históricos (presbiterianos, batistas, metodistas, congregacionais e luteranos), e os pentecostais da “primeira onda” (os assembleianos) se faz preferencialmente associando-se a doença depressiva ao pecado, culpa, falta de fé, castigo de Deus ou ação de Satanás.

A óptica da “religião de mercado”, que compreende os carismáticos, neo-pentecostais, protestantismo renovado e neo-pentecostais de terceira onda e de quarta onda, é basicamente a mesma dos cristãos históricos, com uma ênfase absoluta no fator demonopático.

2.5. Religiosidade e Depressão: influências benéficas e prejudiciais

O sentimento religioso também influencia a doença depressiva de forma benéfica, e sobre este assunto já foram produzidos diversos trabalhos e observações científicas.

Moreira-Almeida, Lotufo Neto & Koenig (2006, pp. 1416-1446) fazem um trabalho de revisão sobre religiosidade e saúde mental, no qual mostra que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico e a menos depressão.

Márcia Gonçalves (GONÇALVES *et alii* 2000, p. 17), no trabalho *Religiosidade e Saúde*, conclui que pacientes acometidos de patologias graves, como os portadores de neoplasias, poderiam se beneficiar se nos cuidados a eles houvesse parcerias com instituições religiosas.

Koenig *et alii* (1998, pp. 536-542) realizaram o único estudo prospectivo para investigar o impacto da religiosidade no curso das doenças depressivas. Os autores pesquisaram 87 pacientes adultos de terceira idade hospitalizados por doenças clínicas, e perceberam que a motivação religiosa intrínseca estava associada a remissão mais rápida da depressão, num seguimento durante 47 semanas.

No trabalho *Meditação e funções cerebrais: uma revisão*, a Dra. Irina Pollard (2004, pp. 28-29) investigou que durante a meditação (realizada por monges tibetanos) havia um aumento de atividade na região do córtex pré-frontal. Esta região do córtex é responsável por funções intelectuais como reflexão ética, desenvolvimento de regras morais, estratégias de sobrevivência

racionais, capacidade imaginativa e atividade simbólica, entre outras funções. Após o seguimento de oito semanas de meditação, foi verificado que os níveis de anticorpos haviam aumentado significativamente, comparados ao grupo controle. Podemos depreender destas experiências que a meditação (que para os cristãos se faz através da oração) produz alterações cerebrais que explicam a melhora dos pacientes.

Um importante e sério trabalho conduzido por Smith & McCullough (2003, pp. 614-636) mostrou que a associação entre religiosidade e depressão é mais forte em estudos que envolvem pessoas que estão expostas a eventos stressantes da vida. Os estudos geralmente apontam que a religiosidade produz esperança, apoio social e uma visão de mundo mais coerente para suportar os eventos estressores e os sofrimentos da vida. Entretanto, eles também notaram que a religiosidade extrinsecamente motivada pode estar associada a um risco maior de sintomas depressivos. A “religiosidade extrinsecamente motivada” é definida pelos autores como uma forma mal adaptativa ou negativa de religiosidade. Nesta religiosidade, os “problemas” (incluindo as doenças mentais) são resolvidos por práticas espirituais que transferem a responsabilidade para Deus (“*blaming God for difficulties?*”); este comportamento os afasta da busca de ajuda na saúde mental e inclusive predispõe a níveis maiores de sintomas depressivos, indicando uma direção oposta à observada nos demais trabalhos.

Em nossa experiência profissional, tivemos acesso a inúmeros relatos que comprovam a importância do suporte oferecido pela religião. Este suporte vem de duas direções principais:

- **direção comunitária:** através de ações da Igreja, que promove o acolhimento aos aflitos e necessitados, orações, orientação pastoral, incentivo por parte de outros membros da comunidade no sentido de superar as dificuldades
- **direção individual:** que se manifesta principalmente através da fé que alimenta a esperança de melhora. Há a convicção do cuidado e da providência divina.

2.6. Síntese

Como síntese do exposto até o momento, foi possível verificar que o sentimento religioso tem influências prejudiciais nos cristãos quanto à compreensão da doença depressiva, e tal afirmação tem apoio nos seguintes fatos observados:

- O ser humano primitivo estabelece uma relação causal entre doenças, demônios e pecado. As doenças eram explicadas através de influências mágicas ou demoníacas.
- Historicamente, os judeus relacionavam as doenças a castigos impostos por Iavé, por sua desobediência à vontade do único Deus.
- Davi relacionou definitivamente a depressão ao pecado e à iniquidade, e através de seus salmos sua influência vale até hoje. Os salmistas reafirmaram a idéia de que a angústia e a depressão estão relacionadas à iniquidade e ao pecado.
- Os primeiros cristãos mantiveram a relação entre depressão e causas espirituais (pecado, falta de fé, ação do demônio), relação que se manteve basicamente inalterada ao longo da história; ao mesmo tempo, consideravam a medicina uma atividade pagã.
- O cristianismo se afirmava como uma força espiritual capaz de se encarregar do homem em todos os seus problemas, como as dificuldades, doenças e sofrimentos.
- A fé se coloca para os cristãos como a grande resposta, suficiente para a resolução da maioria dos problemas, dentre eles a depressão.
- Jung observa a antipatia dos pastores protestantes pela psicologia e a falta de informações científicas sobre as doenças; como decorrência, seus fiéis dependerão das concepções de natureza religiosa para a explicação das doenças depressivas.
- Antes da década de 50, só os liberais em teologia aceitavam a psicologia, mas desconheciam a psiquiatria. No século XX, existe pouca mudança neste panorama.
- Pessoas como Jay Adams influenciaram muitos cristãos com opiniões equivocadas de que a psicologia e a psiquiatria poderiam ameaçar o cristianismo tradicional.

- Em nosso país, os cristãos históricos foram evangelizados dentro de uma postura conversionista que enfatizava a situação de pecado; dentro desta visão, a depressão era relacionada diretamente à falta de fé, ao distanciamento de Deus, à culpa, ao pecado e à possibilidade de recaída a Satanás. A postura racional frente às dificuldades humanas no mundo real, entre elas as doenças, é substituída por uma compreensão e resolução através do caminho espiritual.
- Os neopentecostais fazem uma relação absoluta entre depressão e ação demoníaca.

Devido à ação destas influências que comprometem a compreensão adequada dos cristãos sobre a doença depressiva, é de se depreender que haja um prejuízo quanto à busca por auxílio e tratamento adequado.

Deve-se acrescentar que as interpretações da doença depressiva pelos cristãos sob o ponto de vista predominante espiritual deveram-se também às dificuldades da ciência em explicar as doenças mentais. Com o intuito de sanar tais lacunas deixadas pela ciência e que geraram tantos preconceitos e desconhecimentos em relação à doença depressiva, o tema será abordado sob o prisma da Psiquiatria.

Capítulo 3 - A Doença Depressiva sob a Óptica da Psiquiatria

Para se ter uma visão adequada sobre os transtornos depressivos, precisamos acompanhar o caminho percorrido pela ciência até chegar aos conceitos atuais de depressão.

A origem da palavra psiquiatria é muito antiga. No frontão da biblioteca do Faraó Osimândias podia ser lido o equivalente em grego de **psyches ieatron** (*psyché*, em grego, significa “alma”, e *iatros* significa “médico”), traduzindo a idéia de “médico da alma” (PELICIER 1971, p. 8).

Segundo Pelicier (1971, p. 8), o termo “psiquiatria” foi utilizado com o significado atual pela primeira vez em 1808 por J.C. Reil, professor da universidade de Halle, em seu trabalho *Beitrage zur Beförderung einer Kurmethode auf Psychischen Wege*. O termo foi retomado com o significado atual por Heinroth, da Universidade de Leipzig, em 1918.

As doenças mentais sempre provocaram no homem a impressão de mistério e de sobrenatural. As demais doenças orgânicas, talvez por terem maior visibilidade, foram sendo gradativamente mais compreendidas. A psiquiatria foi uma das áreas da ciência médica que mais demorou a progredir. O cérebro sempre foi, e ainda é, um enorme desafio a ser vencido pela ciência. Somente nas últimas décadas as neurociências apresentaram uma evolução considerável quanto à compreensão dos dinamismos do funcionamento cerebral; permitindo finalmente um avanço da Psiquiatria.

3.1. A Psiquiatria - revisão histórica

A compreensão das doenças mentais nas culturas primitivas era baseada em concepções mágico-anímicas ou demonológicas. Os rituais primitivos de expulsão anual dos demônios, doenças e pecados rituais primitivos descritos por Eliade (1969, pp.67-68) tinham um efeito terapêutico sobre a comunidade. A “catarse” coletiva que acontecia nos rituais tinha efeito no alívio das tensões, dos medos e da insegurança. As técnicas de êxtase faziam uso de música, cuja base era a percussão, feita de maneira repetitiva, criando o que hoje entendemos por efeito hipnótico, que induzia a um estado de transe coletivo, como acontecia nas cerimônias haitianas do Vodou.

Aqui nas Américas, temos registro de cerimônias coletivas entre os Astecas, onde eram realizados sacrifícios humanos aos “deuses”; nestes cerimoniais, eram utilizadas substâncias

sagradas como os cogumelos divinatórios, além de diversas substâncias alucinógenas, para permitirem aos líderes, pajés, xamãs, curandeiros, que tivessem “contato” com as divindades. Os indígenas, de nosso País e de outros países, utilizavam (e ainda usam) diversas ervas medicinais para a cura das doenças, inclusive as doenças mentais. Entre elas podemos citar os princípios ativos de alguns anestésicos como o curare, a quinina, e outras substâncias alucinógenas. Para os povos primitivos, os portadores de doença mental eram protegidos pela comunidade, pois eram considerados “seres especiais”, ou uma espécie de “santos”. A mesma concepção de doença mental é encontrada entre os hindus primitivos. A doença mental era considerada uma manifestação sagrada; assim, os doentes mentais eram (e ainda são) protegidos e alimentados pela comunidade, pois são considerados “santos”.

Segundo Alonso-Fernandez (1976, pp. 2-5), a primeira tentativa de classificação das doenças mentais é anterior à dos gregos, e deve-se aos egípcios. Os papiros egípcios de Kahum e de Smith deixaram vestígios da medicina praticada na época. Existem vários ensinamentos sobre as fraturas do crânio; o coração era considerado a sede da inteligência e da vida. Elaboraram ainda noções sobre as forças espirituais: o *ba* corresponderia a uma força animadora, o *akh* seria uma parte divina, e o *ka* corresponderia a um tipo de energia que somente os Faraós possuíam em vida. Os egípcios conheciam a epilepsia, e para algumas destas manifestações, preconizavam e realizavam a cirurgia cerebral. Tinham idéia da histeria (a palavra é de origem grega, pois *Hysteron* em grego significa útero). Segundo os egípcios, tais doenças seriam devidas a migrações ou movimentos do útero, e para tal prescreviam banhos de assento vaginal.

Os assírios e babilônicos tentaram um entendimento maior sobre a doença mental e sobre suas causas. As causas das doenças mentais são devidas a um pecado (*shertu*) ou resultado de alguma impureza. Os métodos terapêuticos são exercidos pela medicina sacerdotal, e incluem confissões, astrologia, remédios vegetais, e rituais sagrados.

A história dos hebreus nos brinda, nos registros bíblicos, com diversos exemplos de distúrbios mentais. Há o registro da doença mental do rei Nabucodonosor, com um episódio narrado em Daniel 4:33, que atualmente seria classificado como uma forma de psicose. A história da doença do rei Saul, como já foi citado anteriormente, é detalhadamente registrada.

Na Grécia, no período homérico, os médicos eram também guerreiros, e a doença era considerada uma punição ou uma vingança dos deuses. A mitologia grega é muito rica, e a doença é explicada dentro deste contexto. Nos templos de Aclépio, além do uso de plantas e beberagens (bacoterapia), eram realizadas verdadeiras psicoterapias de sugestão.

Para Hipócrates, nenhuma doença é especialmente divina; os deuses podem causar as doenças, mas cabe aos médicos descobrir seu fundamento natural e os tratamentos adequados. Angst & Marmeros (2001, pp. 3-19) referem que, para Hipócrates, é o cérebro o centro das funções mentais, contrariando a posição de Aristóteles, que considerava o coração a sede das emoções. As doenças seriam devidas à deficiência dos humores. Estes humores ou fluidos essenciais eram a bile, o fleugma, o sangue e a bile negra. Os quatro humores estavam relacionados aos quatro órgãos internos conhecidos, que eram o baço, o fígado, o coração e o cérebro. O desequilíbrio destes humores causaria a patologia emocional, segundo o predomínio de um ou de outro humor. Assim, foram descritos os tipos coléricos, flegmáticos, sanguíneos e melancólicos. Estes termos têm influência até os nossos dias. A deficiência de fleugma causaria as paralisias, e as dificuldades à circulação do pneuma causariam as epilepsias. A melancolia, para Hipócrates, seria devida à ação da bÍlis negra (*atrabilis*). *Melan*, em grego, significa “negro”, e *Colis* significa “bile”. O termo melancolia atravessou os séculos e ainda designa, em nosso tempo, estados depressivos. Hipócrates, porém, não dava importância à vida psÍquica; considerou que a histeria podia ser devida à falta de relações sexuais. Estabeleceu ainda uma divisão entre histeria convulsiva, que seria uma enfermidade do útero, e epilepsia, que seria uma enfermidade do cérebro. Excelentes observadores, tanto Hipócrates como Aristóteles verificaram que principalmente os filósofos, políticos, artistas e poetas têm uma predisposição maior à melancolia. Uma das maiores contribuições dos gregos foi a teoria da *catharsis*. A *catharsis* correspondia às formas de purgação do corpo e de purificação da alma. Este termo grego designa atualmente todas as técnicas que libertam, facilitando a expressão de conflitos interiores.

Os romanos davam muita importância à higiene pública, porém, de certa forma, desprezavam a medicina (PELICIER 1971, p. 45): “*as superstições e crenças nos presságios, que devem aos Etruscos, estão na origem de numerosos ritos de magia médica, de conjuração, de peregrinação contra determinadas afecções*”. Gradativamente, a cultura grega foi sendo redescoberta e assumida pelos conquistadores romanos, e surgiram então diversos médicos gregos no Império Romano. Celso, o enciclopedista romano que escreve sobre o tratamento da mania e da melancolia, era seguidor da linha hipocrática. Um dos mais reputados foi Sorano de Éfeso. Descreveu a melancolia, e era conhecedor de ginecologia e pediatria. Propunha como tratamento para as doenças mentais o teatro, a conversação e a retórica. Areteu de Capadócia retomou os ensinamentos hipocráticos, e suspeitou da unidade da mania – mais freqüente nos jovens – e da melancolia – mais freqüente nos idosos – porque a bÍlis negra se formaria principalmente com a idade. Areteu fez ainda considerações importantes sobre a histeria.

Galeno foi sem dúvida um dos grandes nomes da medicina romana. Nascido em Pérgamo em 128, teve o mesmo reconhecimento que Hipócrates. Para acalmar “a” Igreja, adotou a fé monoteísta e conseguiu dar enorme avanço à medicina.

A Idade Média foi um período particularmente sombrio em relação à doença mental. A ordem medieval no Ocidente se apoiava na Igreja e na religião, e tudo o que pudesse ameaçar esta ordem era suspeito de heresia. Em relação à doença mental, existia basicamente uma única interpretação: o mal. Por isso, a doença só podia vir do diabo e de seus demônios. Somente são excluídos da causalidade demoníaca as febres, os casos de fraqueza e os estados de caquexia. A Igreja tinha inúmeros rituais de exorcismo.

A psiquiatria praticamente deixou de existir, e as enfermidades mentais passaram a ser atendidas pelos sacerdotes, produzindo uma superstição generalizada. A psiquiatria, em muitas ocasiões, deixou de se focar no doente, e se voltou ao estudo dos meios que Satanás usava para causar as doenças mentais. Tornou-se uma espécie de “demonologia”, na qual o psiquiatra era um “sacerdote demonológico”. Na idade média prevaleceu, portanto, quanto à doença mental, o pensamento pré-lógico primitivo, cheio de superstições e magia.

Com a expansão dos árabes, foi recuperada a autoridade científica vinda dos gregos. Nos primeiros séculos do apogeu da história árabe, sua medicina alcançou um grande desenvolvimento. Os médicos árabes recuperaram os ensinamentos hipocráticos, aristotélicos e galênicos. Dois médicos têm algum destaque e são Al Rhazi ou Rhazes (865-925), e Avicena (980-1037). Ambos tinham grande talento clínico e inclusive praticavam uma espécie de psicoterapia.

Outros seguidores de Aristóteles foram Alberto Magno e seu discípulo Tomás de Aquino. Tomás de Aquino escreveu sobre Psicobiologia. Em muitos de seus escritos correlacionou os transtornos mentais a perturbações de órgãos corporais. Infelizmente, os escolásticos que se seguiram a Tomás voltaram-se a origens demoníacas ou divinas quanto às doenças mentais.

O Renascimento se inicia em 1453 com a tomada de Constantinopla pelos turcos. O exorcismo medieval foi trocado pela condenação a morrer na fogueira. Este foi o período da história de maior perseguição aos enfermos psíquicos de que se tem notícia. No ano de 1494, dois padres dominicanos alemães, Krämer e Strenger (1993), publicam o célebre *Malens Maleficarum* (“O Martírio dos Feiticeiros”), livro que se ocupa em descobrir bruxas e feitiçarias.

O Renascimento, entretanto, não foi totalmente negativo em relação à medicina. Em 1405, o padre espanhol Juan Gilbert Jofre fundou o primeiro hospital psiquiátrico. Segundo ele

(*apud* FOUCAULT 1978, p. 277), “*um estabelecimento e hospital onde os loucos e inocentes pudessem ser recolhidos e atendidos cristãmente*”.

A psiquiatria barroca tem início a partir da reforma protestante, e de alguma forma, da contra-reforma católica. A partir das idéias de Lutero e de Calvino, o homem começou a adotar uma atitude mais racionalista. Com a ênfase que deram à leitura da Bíblia por parte de todos os fiéis, houve grande estímulo no desenvolvimento do conhecimento. Lutero adotou o lema “em cada Igreja uma Escola”, e posteriormente será constatado o surgimento de inúmeras Universidades ligadas às Igrejas. Lutero defendeu junto às autoridades públicas a necessidade de serem criadas escolas que visassem a educação secular e eclesiástica.

Costa (2007, pp. 41-42), em seu trabalho *A Reforma e a Educação*, enfatiza a preocupação de Lutero, citando o texto de Martinho Lutero *Aos conselhos de todas as cidades da Alemanha para que criem e mantenham escolas cristãs* (*apud* KAISER 1995, p. 303):

...em minha opinião, nenhum pecado exterior pesa tanto sobre o mundo perante Deus e nenhum merece maior castigo do que justamente o pecado que cometemos contra as crianças, quando não as educamos. (...) O progresso de uma cidade não depende apenas do acúmulo de grandes tesouros, da construção de muros de fortificação, de casas bonitas, de muitos canhões e da fabricação de muitas armaduras. (...) Muito antes, o melhor e mais rico progresso para uma cidade é quando possui muitos homens bem instruídos, muitos cidadãos ajuizados, honestos e bem educados.

João Calvino teve sua Academia aberta em 5 de março de 1559. Inicialmente contava com dois cursos: *Schola Privata*, com matérias de gramática, lógica, retórica, história, e ainda grego e latim; e a *Schola Publica*, com ênfase na oratória e na retórica. No início de sua Academia, Calvino prometeu ainda uma faculdade de Direito e uma de Medicina; a de Medicina foi criada antes de sua morte, e a de Direito apenas posteriormente.

O Calvinismo teve importância no impulso e incentivo que deu à investigação científica. Abraham Kuyper (2002), em seu livro *Calvinismo*, escreve que Calvino restaurou a ciência para seu domínio. Nas *Institutas*, Calvino dá a seguinte orientação (CALVINO 1985, pp. 2-16):

...visto que toda a verdade procede de Deus, se algum ímpio disser algo verdadeiro, não devemos rejeitá-lo, porquanto o mesmo procede de Deus. Além disso, visto que todas as coisas procedem de Deus, que mal haveria em empregar, para sua glória, tudo quanto se pode ser corretamente usado dessa forma?

Wilson de Castro Ferreira comenta que Calvino acreditava na religião inteligente e dizia que um dos mais perigosos inimigos da verdadeira religião é a ignorância. Ferreira (1990, p. 184) faz a seguinte colocação sobre a visão de Calvino frente ao ensino:

Não há para Calvino separação entre o ensino, quer seja da ciência, língua, história, e o ensino religioso, porque todo ensino visa o aperfeiçoamento do homem para a vocação ou chamado divino e tem por fim o cumprimento de um papel na sociedade na qual o indivíduo se realiza, pois, além das bênçãos que recebe para si na vida cotidiana, atinge o mais alto propósito da existência humana – a Glória de Deus.

Em outro trecho das *Institutas* (CALVINO 1985, pp. 2-16), Calvino é ainda mais enfático na defesa da ciência:

...se o Senhor nos quis deste modo ajudados pela obra e ministério dos ímpios da física, na dialética, na matemática, e nas demais áreas do saber, façamos uso destas, para que não sofremos o justo castigo de nossa displicência, se negligenciarmos as dádivas de Deus, nelas graciosamente oferecidas.

Costa (2007, pp. 47-48) afirma que Calvino tinha a compreensão da importância da ciência:

Calvino entendia que as ciências e humanidades deveriam ser usadas para a glória de Deus. (...) Calvino dispunha de uma visão ampla da cultura, entendendo que Deus é Senhor de todas as coisas; por isso, toda verdade é verdade de Deus. Esta perspectiva amparava-se no conceito da “Graça Comum” ou “Graça Geral” de Deus sobre todos os homens.

Destacam-se por esta época os trabalhos de Richard Burton (1557-1640). Burton não era médico, mas um teólogo reformado de Oxford. O teólogo faz a distinção entre a melancolia natural e a sobrenatural, onde considera os fatores místicos e demonológicos. Faz ainda apreciações sobre a psicodinâmica da melancolia.

Retomando a Psiquiatria Barroca, construída sobre a influência marcante da Reforma, vamos encontrar dois outros ingleses que se destacam por seus estudos na medicina, a saber Willis e Sydenham. Willis tem importantes trabalhos sobre a histeria, além de ter descrito o famoso “polígono de Willis”, uma estrutura cerebral; ainda fez considerações sobre a paralisia geral e da miastenia. Willis menciona a hipocondria e a histeria (*apud* LEONHARD 1953, p. 61):

A hipocondria corresponde a adinamias ou doenças que consistem numa fraqueza ou perda de movimentos nas funções vitais ou animais; a histeria está entre as afecções espasmódicas das funções naturais.

Sydenham fez muitas considerações sobre a histeria e sobre a hipocondria. Para Sydenham (*apud* FOUCAULT 1978, pp. 262-263):

Os melancólicos são pessoas que, fora isso, são muito comportados e sensatos, e que têm uma argúcia e sagacidade extraordinárias. Aristóteles também observou, com razão, que os melancólicos têm mais espírito que os outros. Peço-lhes que observem mais de perto os pensamentos dos melancólicos, suas palavras, suas visões e ações, e verão como todos os seus sentidos são depravados por um humor melancólico espalhado pelo cérebro.

Na França, a pena de morte por feitiçaria foi abolida em 1680. No plano assistencial, não houve muita alteração; os doentes mentais continuavam a ser recolhidos em asilos, e eram impostas medidas quase carcerárias.

O verdadeiro renascimento científico na psiquiatria se inicia ao redor de 1740, num intervalo cronológico entre o Iluminismo e o Romantismo. Este grande movimento cultural é devido principalmente aos franceses Diderot, Montesquieu, o grande naturalista Buffon, Condillac, Voltaire e Rousseau.

A psiquiatria científica começa na França, com a obra de Pinel (1745-1826). Segundo Alonso-Fernandez (1976, p. 3), Pinel passa à história da psiquiatria basicamente por três razões:

1. por haver livrado os alienados de suas cadeias intelectuais e físicas;
2. por ter iniciado um tratamento moral, não com sentido moralizante, mas por considerar a atividade da psicoterapia;
3. por haver introduzido o método experimental da observação repetida dos fenômenos e a análise racional dos mesmos.

Pinel elaborou uma classificação das doenças mentais e considerou as seguintes doenças mentais: mania ou delírio geral; melancolia ou delírio exclusivo; demência; e idiotia.

Não podemos deixar de mencionar os trabalhos do médico escocês William Cullen (1710-1790). Quanto à melancolia, Cullen se opôs à teoria dos humores e pensava que a melancolia seria devida a uma alteração da função nervosa. Para Cullen, nas doenças mentais, e entre elas na melancolia, haveria uma instabilidade em determinadas regiões do cérebro, e o desequilíbrio entre o estado de excitação e colapso cerebral produziria a doença. Cullen elaborou

uma classificação das doenças mentais; nessa classificação, a melancolia seria uma “insanidade parcial sem dispepsia”.

Moreau de Tours foi o primeiro a trabalhar com a hipótese de degeneração, no sentido de enfraquecimento hereditário. Utilizou em si próprio haxixe com finalidade experimental.

Neste momento científico, na França, prevaleciam a observação e o experimento em relação à especulação. Para a escola francesa de psiquiatria desta época, não haveria nada inacessível à investigação realizada com a metodologia da ciência natural. É grande a influência do pensamento positivista de Augusto Comte.

Após esse apogeu, a psiquiatria francesa passou por um período apagado. Nesta época, houve até mesmo uma influência negativa com as idéias de Morel, médico dos Asilos de Mareville. Morel (1803-1873), que foi discípulo de Falret, em sua obra *Traité des Maladies Mentales*, abordou a questão da teoria da degeneração e a lei da progressividade. Segundo o médico francês, na primeira geração aparece o temperamento nervoso; na segunda, aparece a neurose; na terceira, a psicose; e, na quarta, a oligofrenia. A teoria de Morel acabou influenciando negativamente a psiquiatria, pois a idéia de degeneração ou enfraquecimento gênico levou à noção de que o paciente portador da doença psíquica é na realidade um “fraco”.

Por esta época, inverteu-se o processo de desenvolvimento da psiquiatria, e na Alemanha surgiu um “novo Pinel”. Griesinger (1817-1869) recebeu influência de Virchow e foi professor nas Universidades de Tubinga, depois em Zurique e finalmente em Berlim. Para o psiquiatra alemão, as enfermidades psíquicas são enfermidades do cérebro. Além desta visão, ocupou-se com a eficácia dos estudos que consideram os aspectos psicológicos.

Kraepelin (ALONSO-FERNANDEZ 1976, pp. 11-12) introduziu o conceito de quadro de conjunto: a enfermidade mental tem que ser apreciada segundo suas **causas**, sua **evolução** e seu **término**. Sua produção científica mostrou uma preocupação não só com a individualidade, mas considerou a importância dos fatores sociais ou gerais, num sentido mais amplo. Inicialmente, ele dividiu as doenças mentais em exógenas, as que se curam naturalmente, e endógenas, que são causadas por fatores genéticos e constitucionais, e que não se curam naturalmente. Kraepelin faz um valioso sistema de classificação das doenças mentais, que, em suas linhas fundamentais, ainda influencia a psiquiatria atual em todo o mundo. Kraepelin teve a genialidade de sintetizar o pensamento de diversos autores, reunir classificações e descrições isoladas das doenças mentais, e dar-lhes uma classificação com um sentido geral⁶.

⁶ A classificação de doenças mentais de Kraepelin pode ser lida no Anexo I.

3.2. A Psiquiatria Moderna

Até a monumental classificação feita por Kraepelin, não havia qualquer trabalho desta envergadura. A partir do trabalho de Kraepelin, outras linhas de pensamento surgiram. A classificação de Kraepelin, tão prática para o diagnóstico, tornou-se gradativamente insuficiente, já que a cada dia aumentava e se aprofundava o conhecimento do funcionamento normal e patológico do cérebro. A doença mental, entretanto, ainda espera respostas definitivas, e, embora o sistema kraepeliniano já tenha sido superado, foi a partir dele que novos caminhos se colocaram. Cada vez mais, foram sendo acrescentados novos conceitos à nosologia kraepeliniana, como a de causas predisponentes, desencadeantes, descompensadoras, atenuantes, patogênicas, patoplásticas, inibidoras; outros trabalhos têm trazido novas visões, principalmente nos tempos atuais.

Outros autores fizeram suas classificações das doenças mentais e das doenças depressivas; estão registradas no tratado de Leonhard (1953), como as classificações feitas por Kretschmer, Kurt Schneider, Kleist, Leonhard e a de Kielhoz⁷.

Na França, à época de Kraepelin, era estudado o mesmerismo (Mesmer), cujas idéias influenciaram neurologistas como Charcot (LEONHARD 1953, pp. 57-58). O hipnotismo passou a ter significado de investigação e tratamento a partir de 1880. A escola de Charcot em Paris, através dos métodos sugestivos, estudou profundamente a histeria. Diversos médicos aprenderam com Charcot, entre eles Janet, Babinsky, Lasegue e Freud.

Pierre Janet (1859-1947) foi professor do Collège de France. Aprofundou os conhecimentos psicológicos sobre a histeria, reconheceu a importância dos mecanismos do automatismo mental, descritos por seu colega médico-chefe da enfermaria Depot, Clèrambault (1872-1934). Janet foi o primeiro a utilizar o termo “inconsciente”. Ele abordava os doentes através do método da persuasão pela ventilação dos problemas.

Sigmund Freud (1856-1939)

Não é escopo deste trabalho abordar os geniais trabalhos de Freud e de seus principais seguidores e dissidentes, dentre estes o mais ilustre Carl Gustav Jung. Será feito um resumo muito breve da trajetória dos principais trabalhos freudianos.

⁷ Vide Anexo I.

Entre os anos de 1889 a 1905, Freud elaborou a parte essencial de sua obra. Em 1889 surgiu a *Interpretação dos Sonhos*, que estudava os atos falhos, lapsos, erros e esquecimentos. Os textos *A Psicologia da Vida Cotidiana*, de 1901, e *O Dito do Espírito*, de 1905, mostram a intenção de Freud em tentar compreender o inconsciente e revelar seus segredos. Nos *Três Ensaios sobre a Sexualidade*, de 1905, Freud aborda a questão da libido, com sua migração através das fases oral, anal, fálica e, posteriormente, genital. Em relação ao objeto da pulsão, impulso da libido como força do instinto, a primeira fase é auto-erótica ou narcísica, porque o indivíduo toma a si próprio como objeto da satisfação provocada pela tensão instintiva. Depois a libido vai se dirigir e se fixar na mãe, período em que acontece o complexo de Édipo. Como reação ao complexo de Édipo, em função da figura paterna, surge o medo de perder o sexo (angústia da castração). Uma explicação similar será oferecida à menina através do complexo de Electra em relação ao pai. Após uma fase de latência e acalmia, a libido será dirigida a uma figura adulta do outro sexo, mulher ou homem (e que não serão mãe e pai).

Em 1923, Freud publicou o trabalho *O Ego e o Id*, basicamente terminando seu modelo de funcionamento do psiquismo. Neste trabalho, introduz a noção de Id, instância psíquica inconsciente. O Id corresponderia ao reservatório dos instintos, e seria regido pelo princípio do prazer (buscar o prazer e evitar a dor). O Ego é a segunda instância, localizada na região consciente da mente. O Ego seria regido pelo princípio da realidade. Esta instância lida com a relação da personalidade com o mundo, e uma parte dela defende a personalidade das intrusões dos impulsos do Id à consciência, através dos mecanismos de defesa (repressão, deslocamento, conversão e outros). Finalmente, a terceira instância, o Superego, corresponde a uma instância censora, resultante da interiorização dos Egos parentais com suas proibições e repressões.

Em suas últimas obras, *O mal estar na civilização*, de 1929, *O futuro de uma ilusão*, de 1928, e *Moisés e o Monoteísmo*, escrito entre 1934 e 1938, Freud dedicou-se a abordar alguns problemas filosóficos, sociais e religiosos. Em 1915, escreveu o artigo *Luto e melancolia*, onde discute o estado normal de luto e a melancolia. No luto, existiria a perda de um objeto real; já na melancolia, o objeto não teria desaparecido, mas fora igualmente “perdido”. Freud acrescentou a seguinte noção sobre os estados depressivos, por ele denominados de melancolia (FREUD 1974, p. 275):

A melancolia, cuja definição conceitual é muito variável, mesmo na psiquiatria descritiva, apresenta-se sob várias formas clínicas, cuja síntese em uma unidade não aparece assegurada, e dentre estas algumas sugerem afecções mais somáticas que psicógenas.

O fundador da psicanálise já anteviu a depressão como uma doença complexa – a síntese numa unidade não parecia assegurada –, com várias formas clínicas, e multicausal – algumas sugeriam afecções mais somáticas que psicógenas.

Freud faz outras observações extremamente pertinentes quando correlaciona os estados melancólicos e hostilidade (FREUD 1974, p. 285):

O melancólico poderá se matar se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade relacionada a um objeto, e que representa a reação original do ego para com objetos do mundo externo.

Em outro trecho do importante trabalho onde o autor traça as diferenças entre os estados de luto e os de melancolia, assim descreve os estados melancólicos (FREUD 1974, p. 276):

Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação do interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar a expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição.

É oportuno lembrar que diferenças ideológicas podem conviver em perfeito respeito; um exemplo é o da correspondência entre Freud e Pfister (VERLAG 1998). Oskar Pfister, doutor em filosofia, doutor *honoris causa* em Teologia, pastor protestante, nasceu em Zurique. Foi educador e pioneiro em interligar a psicanálise à pedagogia. Pfister e Freud tiveram uma relação de intensa amizade, e trocaram idéias e textos. Em uma carta a Pfister, Freud escreveu que “*uma carta sua faz parte do mais belo que pode recepcionar a gente no regresso para casa*”. E Pfister, em uma carta a Freud, afirma “*se me perguntarem sobre o lugar mais aprazível da terra, eu responderia: informe-se na casa do professor Freud*”. Apesar de terem posições opostas principalmente em relação à religião, isto não foi impedimento para uma relação enriquecedora a ambos. Em carta datada de 9/2/1909, Freud escreveu a Pfister (VERLAG 1998, p. 25):

A psicanálise em si não é religiosa nem anti-religiosa, mas um instrumento apartidário do qual tanto o religioso como o laico poderão servir-se, desde que aconteça tão somente a serviço da libertação de sofredores. Estou muito admirado de que eu mesmo não tenha me lembrado de quão grande auxílio o método psicanalítico pode fornecer à cura de almas.

Mais um trecho de Pfister a Freud, datado de 20/2/1928 (VERLAG 1998, p. 162):

A principal diferença entre nós reside provavelmente em que o senhor cresceu perto de formas patológicas de religião, as quais considera como “religião”, enquanto eu tive a sorte de poder dirigir-me a uma forma livre de religião. Ao senhor, esta religião parece ser um esvaziamento do cristianismo, mas, para mim, é o centro e a substância do evangelismo.

3.3. A Psiquiatria Contemporânea e as Doenças Depressivas

No ano de 1948, a Organização mundial da Saúde (OMS) fez uma tentativa de criar uma classificação internacional das doenças, já que cada país adotava uma filiação às “escolas” psiquiátricas mais influentes.

A primeira revisão, o CID 6, foi feita pela OMS em 1948, e em sua seção V contém as “desordens mentais, psiconeuróticas e de personalidade”.

O diagnóstico da doença depressiva foi ficando cada vez mais complexo. Nas edições do CID 6 e do CID 7 apenas três tipos de depressão são reconhecidos: reação maníaco-depressiva, melancolia involutiva, e depressão neurótica. Na classificação de 1968, o CID 8, aparece uma quarta entidade depressiva, a depressão psicótica. Atualmente, no CID 10, temos classificados mais de 25 tipos e subtipos de estados depressivos, apresentados abaixo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE 1993).

Os trabalhos de Akiskal (JUDD, SCHETTER & AKISKAL 1997), nos Estados Unidos, evidenciaram uma variedade de estados depressivos que influenciaram a classificação americana ao elaborarem o DSM IV.

CID 10 – Código Internacional de Doenças (apenas os transtornos depressivos)

Transtornos de Humor [Afetivos]

F 30 Episódio Maníaco

- F 30.0 Hipomania
- F 30.1 Mania sem sintomas psicóticos
- F 30.2 Mania com sintomas psicóticos
- F 30.8 Outros episódios maníacos
- F 30.9 Episódio maníaco não especificado

F 31 Transtorno afetivo bipolar

- F 31.0 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaniaco
- F 31.1 Transtorno afetivo bipolar, episódio sem sintomas psicóticos
- F 31.2 Transtorno afetivo bipolar, episódio com sintomas psicóticos
- F 31.3 Transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo leve /moderado
- F 31.4 Transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo sem sintomas psicóticos
- F 31.5 Transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo grave, com sintomas psicóticos
- F 31.6 Transtorno afetivo bipolar , episódio atual misto
- F 31.7 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão
- F 31.8 Outros transtornos afetivos bipolares
- F 31.9 Transtorno afetivo bipolar não especificado

F 32 Episódios Depressivos

- F 32.0 Episódio depressivo leve
- F 32.1 Episódio depressivo moderado
- F 32.2 Episódio depressivo grave, sem sintomas psicóticos
- F 32.3 Episódio depressivo grave, com sintomas psicóticos
- F 32.8 Outros transtornos depressivos
- F 32.9 Episódio depressivo não especificado

F 33 Transtorno depressivo recorrente

- F 33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve
- F 33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado
- F 33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave, sem sintomas psicóticos
- F 33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave, com sintomas psicóticos
- F 33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão
- F 33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes
- F 33.9 Transtorno depressivo recorrente sem especificação

F 34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes

- F 34.0 Ciclotimia
- F 34.1 Distímia
- F 34.8 Outros transtornos do humor persistentes
- F 34.9 Transtornos do humor persistentes não especificados

F 38 Outros transtornos do humor [afetivos]

- F 38.0 Outros transtornos do humor [afetivos] isolados
- F 38.1 Outros transtornos do humor [afetivos] recorrentes
- F 38.8 Outros transtornos especificados do humor [afetivos]

F 39 Transtorno do humor [afetivo] não especificado

A Associação Psiquiátrica Americana, em seu *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais* (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA 2000), apresenta a seguinte classificação (inclui apenas os transtornos afetivos):

DSM IV. Manual de diagnóstico e Estatística de transtornos mentais

| | |
|--------|---|
| 296.2 | Transtorno Depressivo Maior |
| 296.3 | Transtorno Depressivo Recorrente |
| 300.4 | Transtornos Persistentes de Humor - Distímia |
| 311 | Desordens Depressivas não especificadas |
| 296.0 | Desordem Bipolar I – episódio maniaco simples |
| 296.4 | Desordem Bipolar I, episódio recente hipomaniaco |
| 296.4 | Desordem Bipolar I, episódio recente maniaco |
| 296.5 | Desordem Bipolar I, episódio recente depressivo |
| 296.6 | Desordem Bipolar I, episódio recente misto |
| 296.7 | Desordem Bipolar I, episódio recente inespecífico |
| 296.89 | Desordem Bipolar II, episódios depressivos maiores recorrentes com episódios hipomaniacos |
| 301.13 | Desordem Ciclotímica |
| 296.80 | Desordem Bipolar não especificada |
| 293.83 | Desordem de Humor devida a (indicar a causa clínica) |

3.4. Conceito atual de depressão

As neurociências entendem a depressão como uma desordem do funcionamento cerebral, que afeta e compromete o funcionamento normal do organismo, com reflexos ou conseqüências na vida pessoal em seus aspectos emocionais ou psicológicos, familiares e sociais.

A doença depressiva deve, portanto, ser examinada sob o ponto de vista biológico, genético, cognitivo, social, considerando ainda a história pessoal, econômica e espiritual.

No entender de Del Porto (2004, pp. 20-21), a depressão pode ser apreciada enquanto sintoma, manifestando-se nos mais diversos quadros clínicos, como: estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas. Pode ainda ser compreendida enquanto síndrome, incluindo as alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta de capacidade em sentir prazer, apatia) e alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, como as alterações de sono e apetite; por fim, compreendida enquanto doença, a depressão é devida a múltiplos fatores.

As síndromes depressivas são doenças multicausais, portanto com a interferência de diversos fatores etiológicos. Nas depressões, ocorre um comprometimento multigênico, sendo até três vezes mais freqüente em pessoas com antecedentes hereditários positivos. As depressões podem ser afetadas pelas estações climáticas do ano, sendo mais freqüentes no inverno e em

países de clima frio. Podem ainda ser influenciadas por: privação de sono; intensidade de luz e luminosidade; traumas precoces de vida (orgânicos ou psíquicos); lesões estruturais do cérebro; infecções e viroses; situações de stress e estilos de vida; condições profissionais específicas; agentes químicos e físicos; outras doenças clínicas e psíquicas (depressões secundárias); uso de medicamentos.

Fatores psicossociais, como desemprego, aposentadoria, casamentos e separações conjugais, estão correlacionados com aumento nos índices de depressão. Não se pode deixar de mencionar a importância dos fatores familiares. As figuras parentais têm participação preponderante na gênese de estados depressivos. A ausência ou perda de uma das figuras parentais durante a infância (pai ou mãe) predispõe a um maior risco de doença depressiva na idade adulta; conflitos entre os pais – as chamadas “famílias disfuncionais” – também estão relacionados a uma maior incidência de doença depressiva (BOWLBY 1977, pp. 201-210). Conflitos entre irmãos durante a infância, como agressividade e violência entre irmãos, estão igualmente associados a aumento de depressão (YEH 2001, p. 794).

Acredita-se que problemas na escola, como a intimidação feita por colegas mais agressivos ou problemáticos, tenha impacto na causalidade da depressão, ansiedade e auto-estima (HAWKER & BOULTON 2000, pp. 441-455). Atualmente, a esses fenômenos de intimidação dá-se o nome de *bullying*.

Há também a associação entre abuso sexual ou violência infantil e maior incidência de estados depressivos nas pessoas vítimas destes acontecimentos. Além dos estados depressivos, existem outros prejuízos na personalidade que se somam como comorbidades aos estados depressivos.

As privações sensoriais não apenas contribuem para o aparecimento de estados depressivos já à infância e que perdurarão na idade adulta, mas ainda interferem em outras funções psíquicas. Se a privação sensorial ocorrer na primeira infância, quando, através dos estímulos sensoriais, novas conexões neuronais são estabelecidas e multiplicadas, o indivíduo terá um déficit complexo em áreas ou sistemas cerebrais, que, por falta de estimulação, não se desenvolverão.

Pode-se concluir que existe uma gama extensa e variada de fatores etiológicos que podem ser responsáveis pelo aparecimento de uma doença depressiva.

Segundo um estudo de Andrade e colaboradores (2002, pp. 316-325), a prevalência da depressão na cidade de São Paulo está ao redor de 18,5%, e pode ser ainda maior, dependendo da metodologia de pesquisa utilizada. Estudos da Organização Mundial da Saúde (2000) apontam

que, em 2010, a depressão será a segunda doença mais freqüente no mundo; atualmente, 3 em cada 10 pessoas já tiveram, têm, ou terão algum episódio depressivo ao longo da vida. Os estudos em geral apontam que a depressão é mais freqüente em mulheres que em homens, na razão de 2 a 3 para 1; tal distribuição deve-se principalmente a fatores hormonais femininos.

Do ponto de vista bioquímico, existem diversas hipóteses neuroquímicas para explicar as alterações depressivas; a mais consistente, até o momento, é a hipótese das alterações monoaminérgicas para a depressão, compreendidas as aminas biogênicas como a serotonina, noradrenalina, adrenalina dopamina e acetilcolina. Existem alterações dos receptores e da permeabilidade da membrana celular, bem como alterações de processos intracelulares.

Os estudos de neuroimagem mostram áreas cerebrais envolvidas com os processos depressivos, e estas áreas são ao menos o córtex pré-frontal, o tálamo medial, o hipocampo, e eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, a área ventral do corpo estriado e a amígdala.

O psiquiatra brasileiro Elkis (ELKIS *et alii* 1995, p. 735-746), num trabalho de 1995, mostrou as alterações dos sulcos corticais e alargamento ventricular em cérebros de portadores de doença depressiva. Recentemente, Berretini (1995, pp. 69-75) relatou estudos que indicam que *locus* nos cromossomos 18, 21 e no cromossomo X podem estar relacionados com uma susceptibilidade genética à doença bipolar.

Existem novos modelos biológicos que estão sendo estudados em relação à multigênese da depressão: estruturas neuropeptidérgicas como a substância P e o CRH (Cortical R Hormone). O CRH teria interferência no eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal.

Os deprimidos apresentam diversos sintomas, que podem sofrer variações em intensidade e quantidade.

A depressão é um estado de doença que dura pelo menos três semanas, podendo persistir por mais de um ano. O tempo é um fator importante para caracterizar a depressão, pois todos apresentamos alterações de humor e de energia no cotidiano de nossas vidas. Podemos eventualmente sentir fadiga, cansaço, pouca energia; entretanto, num breve tempo, tudo volta ao normal. Isto não é depressão; essas flutuações de humor e energia correspondem a outros estados psíquicos. Nos estados depressivos, os sintomas ocorrem ao longo do tempo, de forma constante e geralmente progressiva, podendo variar em intensidade.

Deve-se ainda fazer uma diferenciação entre tristeza normal e tristeza patológica. A tristeza normal se refere a estados de perda com causa identificável. O estado de luto é um exemplo de tristeza normal; ao se perder um ente querido, é natural mergulhar-se num estado de

tristeza profunda. Passado o período do luto (que é variável, oscilando de seis meses a um ano), a vida vai lentamente voltando ao normal, e a tristeza inicialmente insuportável se transforma em saudade.

A depressão, por sua vez, apresenta uma gama variada de sintomas. Não é necessário que o paciente apresente todos os sintomas para configurar a depressão; pode haver depressão, inclusive, sem que haja o sintoma 'tristeza'. Os sintomas mais comuns são:

Sintomas mais comuns da depressão:

- humor deprimido
- irritabilidade
- ansiedade e angústia
- desânimo e cansaço
- maior esforço para realizar atividades que anteriormente realizava com menos esforço
- apatia e desinteresse
- medo e insegurança
- vazio e desesperança
- dificuldade em sentir prazer em atividades anteriormente prazerosas
- auto-estima baixa
- idéias desproporcionais de culpa
- alterações de sono
- alterações de peso
- diminuição da vontade sexual
- dificuldade em concentração e atenção
- esquecimentos freqüentes
- vontade de "deixar de viver"
- idéias de suicídio
- dores pelo corpo e outros sintomas clínicos (gastro-intestinais, cardio-vasculares, dermatológicos, tonturas)

Humor deprimido, perda do interesse ou prazer e fadigabilidade aumentada são tidos como os sintomas típicos da depressão, mas desde que haja a soma de cinco dos sintomas acima descritos, e que se manifestem de maneira constante por mais de três semanas, já se pode fazer o diagnóstico de depressão.

Em depressões leves, a pessoa consegue trabalhar, e até mesmo dar conta de suas responsabilidades, à custa de cansaço constante, mau humor e irritabilidade em graus variáveis.

Nos quadros de depressão moderada, além da exacerbação destes sintomas e de maior sofrimento com redução da qualidade de vida, há um comprometimento do rendimento profissional, que ficará muito aquém do que a pessoa poderia render.

Nos quadros de depressão grave, o comprometimento será o de uma limitação de vida considerável em todos os seus aspectos como os familiares, sociais, e profissionais, podendo haver inclusive o risco de suicídio.

A depressão interfere na qualidade de vida da população, causando um ônus social global com custos diretos e indiretos relativos ao próprio tratamento, acentuada limitação física, aumento do absenteísmo, prejuízo no funcionamento profissional com queda acentuada da produtividade e enorme sobrecarga familiar.

Um estudo de Greenberg (GREENBERG *et alii* 1992, pp. 405-418) projetava para 1998 gastos de U\$ 65 bilhões de dólares nos EUA, assim distribuídos: 19% custos hospitalares, 6% custos ambulatoriais, 17% custos com suicídio, 53% custos trabalhistas, 3% custos com medicamentos.

Em função da diminuição de energia física e psíquica, a depressão piora o curso e a evolução de outras doenças como diabetes, doenças cardiovasculares, doenças auto-imunes; e pode ser considerada como fator predisponente de outras doenças como o câncer.

Um estudo importante sobre o assunto foi conduzido por Furlanetto (FURLANETTO *et alii* 2000, pp. 246-232), que demonstrou que pacientes internados por motivos clínicos, mas que apresentavam sintomas depressivos, tinham maior mortalidade durante a internação, independentemente da gravidade da doença física que motivou a internação.

Muitas depressões não chegam a ser diagnosticadas e, portanto, não são tratadas: são as depressões subclínicas.

Judd, Schetter & Akiskal (2002, pp. 685-698) apontam que, como consequência das depressões subclínicas e crônicas, houve aumento das consultas médicas e psiquiátricas, aumento nos atendimentos em pronto-socorros, aumento dos gastos com auxílio-doença, aumento das tentativas de suicídio e maior risco de AVC (acidente vascular cerebral).

3.4.1. Depressões menores: Distímia e Ciclotímia

As depressões chamadas menores, apesar de serem consideradas formas atenuadas dos quadros depressivos, são provavelmente mais comuns que os quadros depressivos clássicos.

A distímia corresponde a uma alteração crônica do humor que, entretanto, não preenche os critérios para ser considerado um quadro depressivo. Os pacientes com distímia apresentam uma alternância entre períodos de depressão e períodos em que se sentem relativamente bem. Na maioria do tempo, entretanto, sentem-se deprimidos, excessivamente preocupados e sobrecarregados. Tudo é um esforço, e nada basicamente é desfrutado. Apresentam pouca energia e pouca disposição, sentem-se cansados, mal-humorados e irritados em graus variáveis; não obstante, são capazes de lidar com as exigências do dia-a-dia como as responsabilidades domésticas e profissionais, à custa de uma queda na qualidade de vida. Mais de 90% dos pacientes com distímia podem evoluir para um episódio de depressão maior, segundo estudo de Akiskal (AKISKAL *et alii* 1981, pp. 297-315). A maioria destes pacientes sequer sabe que estão doentes, e que poderiam levar uma vida normal, se tivessem acesso a tratamento.

A ciclotímia pressupõe uma ciclagem no estado de humor. Nenhum de nós apresenta um humor totalmente retilíneo ou estável. Todos apresentamos flutuações que dependerão de inúmeras variáveis, como as condições do meio exterior, clima, stress, excesso de informações, problemas circunstanciais, oscilações hormonais, condições de sono, perdas, ganhos, idade e ainda outras variáveis. Uma pessoa portadora de um quadro de ciclotímia apresentará instabilidade persistente de humor, que pode variar do estado de exaltação do humor ou euforia ao estado de depressão e mau humor. São sintomas característicos da ciclotímia: a aceleração mental, euforia, irritabilidade, tagarelice, sentimentos de onipotência e grandiosidade, insônia e diminuição do senso crítico, alternados com sintomas do espectro depressivo.

Como já havia renunciado Freud, as doenças depressivas são fenômenos extremamente complexos, e ainda há muito a ser pesquisado e descoberto.

Del Porto (2004, 2007), em dois de seus trabalhos sobre Transtornos Afetivos Bipolares, enfatiza a importância do grupo de San Diego na figura de Hagop Akiskal:

...de acordo com a formulação de Akiskal, os estados mistos emergem quando um episódio maníaco se manifesta sobre uma pessoa com temperamento de polaridade oposta. Por exemplo – um episódio maníaco ocorrendo em uma pessoa com temperamento hipertímico. Da mesma forma, a instabilidade de temperamento ciclotímico poderia transformar um episódio depressivo em estado misto.

Como exemplo da evolução do conhecimento, recentemente Akiskal (AKISKAL *et alii* 1999, pp. 517-534) descreveu o que denominou de “Quadros de Ciclagem Rápida”. Nestes quadros, haveria uma alternância de estados de humor, sendo que uma pequena minoria dos pacientes com ciclagem rápida sofre mais de quatro episódios por ano; mas em outros o comportamento fica caótico em vez de verdadeiramente cíclico. Estes pacientes ficam doentes por mais tempo e apresentam risco de suicídio elevado.

Uma forma de ciclagem rápida maligna é a ciclagem ultradiana ou ultra-rápida, na qual os pacientes apresentam múltiplas e imprevisíveis recorrências de depressão bipolar, hipomania disfórica, uma mistura de sintomas depressivos, hipomaniacos e psicóticos. Podem apresentar um pequeno período de equilíbrio de humor e mudanças abruptas de um pólo para outro.

3.4.2. Depressões somáticas

Grande parte dos pacientes com quadros depressivos busca primeiramente os médicos clínicos para primeiras consultas; não só o clínico geral, mas o cardiologista, o gastroenterologista, o endocrinologista, o ginecologista, o otorrinolaringologista, o dermatologista e outros tantos especialistas (KROENKE *et alii* 1990, pp. 685-690; KATON & KLEIMAN 1984, pp. 208-215).

Apresentam queixas clínicas, mas não raro não são encontrados subsídios orgânicos para justificá-las, e os pacientes começam uma verdadeira peregrinação por consultórios e especialistas sem conseguirem uma resposta terapêutica adequada às suas queixas. São os famosos pacientes “difíceis” e muitos colegas confundem-nos com os “hipocondríacos” e lhes dispensam um tratamento inadequado. No entender de Escobar (1996, pp. 589-596), são apresentados ao médico múltiplos sintomas enganosos que devem ser avaliados, e o diagnóstico costuma demorar.

Muitas razões podem ser aventadas para que estes pacientes com depressão procurem primeiramente o clínico ou outras especialidades ao invés de procurar o psiquiatra:

- estigma social associado à doença mental,
- ignorância e desconhecimento sobre a depressão,

- prevalência de sintomas somáticos que levam os pacientes a uma confusão sobre a idéia de qual doença tenham e qual especialista procurar; muitos deles não acreditam que um psiquiatra possa ajudá-los.

Os profissionais da saúde devem estar preparados para atender e entender as queixas destes pacientes, e encaminhá-los a tratamentos adequados e especializados.

3.4.3. Transtornos Somatoformes

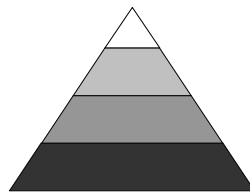
Ao redor dos anos 60, vários autores estavam preocupados em descrever os quadros de depressão com predominância de queixas somáticas. Estes autores propuseram o nome de Depressão Mascarada a estes quadros, posto que havia uma máscara somática encobrindo o quadro depressivo.

Em 1947, Schinuk descreveu e denominou o quadro de Depressão Mascarada.

Em 1964, Watts descreveu o fenômeno de Iceberg, referindo que a maioria dos quadros de depressão passam despercebidos. As depressões, em sua forma típica de apresentação, corresponderiam à ponta do iceberg, mas a maior parte dos quadros depressivos corresponderiam ao restante do Iceberg que está abaixo da linha d'água; seriam os quadros de depressão menor e depressão ignorada (DEUS 1998, p.4).

No esquema abaixo, as depressões típicas estão representadas em branco, a ponta do iceberg. As depressões menores, que hoje correspondem aos quadros de distímia, estão representadas em cinza claro. As depressões chamadas por Watts de ignoradas ou não diagnosticadas estão representadas em cinza escuro e preto.

fenômeno de iceberg de Watts



Em 1966, López Ibor criou o termo de Equivalente Depressivo (IBAÑEZ-DOMINGUES 1991, pp.36-41).

Desde 1973 se chegou ao consenso de definir Depressão Mascarada (Delgado 1996, pp. 3-10) como manifestações de depressão em que os sintomas somáticos estão em primeiro plano e os sintomas psíquicos estão mascarados, ou “*Depressio Sine Depressione*”.

López Ibor estabeleceu quatro grupos fundamentais de formas de apresentação da Depressão Mascarada:

1. Dor e Parestesias: dores reumáticas, cefaléias difusas, dores pré-cordiais;
2. Transtornos Psicossomáticos: transtornos gastrointestinais, cardio-vasculares, respiratórios e neurovegetativos;
3. Vertigens e agorafobias;
4. Histeria e Anorexia Nervosa.

O renomado psiquiatra espanhol dizia que o diagnóstico é difícil. Deve-se suspeitar a depressão em um paciente no qual não é possível identificar causa orgânica para justificar a sintomatologia, ou, caso exista a causa orgânica, ela não explique a intensidade e evolução do quadro. Também são encontradas com frequência as histórias de diversos tratamentos que não levam à melhora, e estes pacientes são considerados “difíceis”. A isto se soma uma atitude negativista frente às expectativas de melhora. Os pacientes relatam ter saúde frágil e altas incidências de dor. Dizia Ibor que estes quadros seriam uma forma de somatização depressiva onde, apesar de se tratar de uma Depressão, os sintomas estão mascarados sob a forma de queixas orgânicas. Ou seja, a forma (a máscara) é orgânica, mas o conteúdo (a causa) é a depressão.

Atualmente, o termo Depressão Mascarada está em discussão por parte de um grande número de psiquiatras, e não se encontra nem no DSM-R IV nem no CID 10. Podemos afirmar, entretanto, que a Depressão Mascarada, com esta ou outra denominação, existe nos consultórios dos clínicos gerais e em diversas especialidades. Atualmente, os pacientes outrora diagnosticados como portadores de “Depressão Mascarada” são diagnosticados como portadores de: Distúrbios de Somatização, Distúrbios Somatoformes, Distúrbios Psicossomáticos, Distúrbios Conversivos, Neurastenia ou Hipocondria. Estas formas de depressões somáticas são agrupadas sob a denominação de Transtornos Somatoformes ou de Somatização

O aspecto principal destes transtornos é a presença de vários e repetidos sintomas físicos, que levam os pacientes a solicitarem dos médicos insistentes investigações clínicas, com a realização de múltiplos exames. Mesmo com os resultados de exames negativos e com a afirmação dos médicos de que não há distúrbio orgânico identificável ou demonstrável, os pacientes não se satisfazem e não se conformam. Na eventualidade de existirem distúrbios orgânicos, estes não explicam a intensidade e extensão dos sintomas, que são acompanhados por angústia elevada, ansiedade e preocupação exagerada. O grau de compreensão que estes pacientes podem ter sobre sua problemática, tanto física/orgânica quanto psicológica, é bastante limitado, gerando desapontamento e frustração para eles próprios e para quem os atende. Como não são “atendidos” em suas queixas, têm em geral uma longa e complicada história de passagens por

vários médicos, serviços e especialistas. Como os pacientes ficam impotentes em persuadir os médicos quanto à gravidade e natureza física de sua doença, podem adotar um comportamento histriônico no sentido de “chamar a atenção”.

Nos Transtornos de Somatização, existe a particularidade de haver sintomas físicos múltiplos, recorrentes e variáveis que se arrastam por anos.

No Transtorno Hipocondríaco, existe a preocupação constante com a possibilidade de apresentar uma ou mais doenças sérias ou progressivas; é o conhecido “procurador de doenças”, ao contrário dos demais quadros, nos quais o paciente quer se “livrar” das doenças ou dos sofrimentos por elas impostos.

Nos portadores de Transtornos Dolorosos, a queixa predominante é a dor. É comum estes pacientes se auto-medicarem e desenvolverem dependência a analgésicos e opiáceos.

Informações de estudo da Organização Mundial da Saúde (SIMON *et alii* 1996, pp. 481-488) mostram que os sintomas somáticos se agrupam em grupos determinados: gastrointestinais, neurológicos/conversão, musculoesqueléticos, autônomos. Os sintomas mais comuns são desmaios, problemas que acompanham a menstruação, cefaléia, dores no peito, tonturas e palpitações.

Blackwell & De Morgan (1999, pp. 457-463) classificaram os sintomas mais freqüentes apresentados por estes pacientes:

Sintomas mais freqüentes nos transtornos somatoformes

Sintomas dolorosos

Dor difusa
Cefaléias
Dor articular
Lombalgias
Nevralgias Faciais
Braquialgias

Sintomas Cardiorrespiratórios

Dispnéia
Palpitações
Dor no Peito
Extra-sístoles
Asma
Tosse

Sintomas gastrointestinais

Náuseas
Vômitos
Meteorismo
Diarréia
Colites
Intolerância Alimentar
Acidez

Sintomas neurológicos/neurovegetativos

Tonturas
Amnésias
Visão dupla ou borrada
Cegueira
Desmaios
“Pseudo” crises epilépticas
Fraqueza muscular

Sintomas Dermatológicos em geral

Sintomas Reumáticos em geral

Sintomas dos órgãos sexuais em geral

Síndromes

Precordialgia atípica
Síndrome da fadiga crônica
Fibromialgia
“Hipoglicemia”

Estes são os quadros mais freqüentemente encontrados. Encontramos em todos eles elementos de depressão e ansiedade com manifestações objetivas variáveis; sem sombra de dúvida, constituem os elementos etiológicos preponderantes nestes quadros. Também encontramos transtornos de personalidade (personalidade anti-social, histriônica, paranóide, *borderline* e obsessivo-compulsiva) como fatores predisponentes. Dependência e abuso de substâncias psicoativas também estão correlacionados aos distúrbios somatoformes. Traumas no início do desenvolvimento, incluindo maus-tratos e abuso sexual e físico, também têm sido associados à preocupação somática na idade adulta. Há ainda fatores familiares onde os membros de uma família podem funcionar como modelos de preocupação somática excessiva.

O que vemos nestes pacientes é que “têm a necessidade de estarem doentes”. Parecem buscar o papel de doentes, o que lhes traria certo alívio (provavelmente não consciente) na dificuldade e impotência em enfrentar as situações difíceis e estressantes da vida. Este “estar

doente” não é um fingimento, e os pacientes sofrem verdadeiramente com os sintomas, além de não conseguirem afastá-los. Não estão cientes do processo que lhes propicia o alívio das expectativas estressantes (definido como ganho primário) e ainda, em algumas vezes, podem receber atenção, cuidados e até compensações financeiras (ganho secundário).

Barsky (1996, pp. 28-34) nos lembra: *“não há comprimido que possa curar nem cirurgia que possa extirpar a necessidade de estar doente”*.

Na realidade, qualquer pessoa, mesmo com um “simples” quadro viral, sente a necessidade de atenção e cuidados, pois sente-se fragilizada, com reflexos em sua disposição e humor. A fragilização tem ligações com conseqüências orgânicas e psicológicas. Nos pacientes de transtornos somatoformes, existe uma fragilização própria aos quadros depressivos: apresentam uma baixa na energia orgânica decorrente da queda energética do cérebro, com reflexos nos sistemas orgânicos mais frágeis ou os chamados órgãos de choque, comprometimento do sistema imunológico, “acionamento” do sistema de alerta relacionado à ansiedade e pânico, entre outras alterações. Um cérebro fragilizado pela baixa de mediadores químicos não tem condições adequadas para gerenciar o funcionamento normal do organismo. Do ponto de vista psicológico, quando estamos cronicamente fragilizados, podemos adotar atitudes regressivas de busca de proteção, atenção e cuidados; sem nos esquecermos que experiências infantis frente à doença e aos cuidados (ganhos) a ela relacionados podem influir na atitude adulta.

Como mencionado anteriormente, a doença somática é mais aceita, tanto pelo paciente quanto pela sociedade, que a doença psíquica; e aí o corpo se torna cúmplice da psique, assumindo uma dor que originalmente não é sua.

3.4.4. Depressões secundárias

As depressões secundárias correspondem aos quadros depressivos que ocorrem em função de uma outra desordem orgânica. Existe uma gama muito grande de causas primárias: doenças somáticas, agentes físicos, agentes químicos, auto e hetero-intoxicações, estado de stress e esgotamento, efeitos colaterais de medicamentos. Em algumas profissões, há peculiaridades de exposição a agentes físicos, como entre os aeronautas, e uma maior predisposição a distúrbios depressivos. Há estudos recentes mostrando a influência prejudicial que campos eletromagnéticos, como o emitido pelas telas de computador, podem ter sobre a atividade cerebral, causando cefaléias, ausências e crises depressivas, entre outros distúrbios. Há uma série

de doenças somáticas que sabidamente podem ser capazes de provocar o aparecimento de quadros depressivos.

Winokur *et alii* (1988, pp. 233-237) apresentaram um estudo com 401 pacientes com depressão secundária a doenças clínicas ou psiquiátricas. Esta informação é da maior relevância, pois, não raro, atrás de um quadro depressivo esconde-se uma doença clínica ou orgânica.

Principais doenças somáticas capazes de provocar depressão

Endócrinas: Hipo e Hiper tireoidismo, Addison, Cushing, Diabetes;

Neurológicas: Parkinson, Coréia de Huntington, Esclerose Múltipla, Epilepsia, Quadros de Demências, Acidentes Cérebro-Vasculares

Infecciosas: Influenza, Hepatite, Pneumonia, Sífilis, Mononucleose, Síndrome pelo HIV

Neoplasias: Pâncreas, Cerebral, Linfomas

Outras: Doenças Reumáticas, Cirrose, Insuficiência Renal, Hipertensão, Psoríase, Anemias, Fibromialgia, Síndrome da Fadiga Crônica, Pós-operatório de Cirurgias Cardíacas, Síndromes vasculares que comprometem a micro-circulação cerebral, Distúrbios do Sono.

Medicamentos mais freqüentemente associados à depressão

Os medicamentos podem produzir sintomas colaterais, que são os efeitos indesejados. Isso depende da dose do medicamento utilizado e de reações e sensibilidades individuais. Há pessoas que apresentam sangramento a uma simples dose de aspirina, outros que desenvolvem reações alérgicas a dipirona. Pessoas de uma mesma família podem ter reações diferentes à mesma medicação. Há uma série de medicamentos que, como efeitos colaterais, podem induzir o aparecimento de sintomas e mesmo quadros depressivos.

Medicamentos que mais frequentemente produzem depressão:

- Analgésicos opiáceos
- Anti-Hipertensivos (reserpina, metildopa, betabloqueadores)
- Benzodiazepínicos
- Esteróides
- Estimulantes cerebrais (anfetaminas, cocaína)
- Agentes de Quimioterapia
- Levodopa
- Agentes antivirais em geral
- Agentes para baixar colesterol
- Alfa-Interferon
- Isotretinoína (Roacutam)

3.5. Tratamento da Depressão

O tratamento das doenças depressivas evoluiu muito, principalmente na última década. Atualmente, pode-se tratá-las com medicamentos eficientes e que apresentam poucos sintomas colaterais. Pode-se dizer que não há depressão sem tratamento, e sim depressão mal diagnosticada ou tratada de forma inadequada; no entanto, o tratamento da depressão não se resume ao uso de medicações; esta é apenas uma das formas de tratamento. Assim como existem muitas formas de depressão, com múltiplas causas em sua gênese, existem também várias “ferramentas” terapêuticas.

Na Bíblia, encontra-se a primeira descrição do uso da música para aliviar um quadro depressivo. Davi, que além de poeta (salmista) era também músico, era chamado para tocar harpa e assim aliviar as crises de depressão do rei Saul. No Egito antigo, eram utilizadas ervas medicinais, poções à base de venenos de cobras e massagens; há inclusive a descrição de cirurgias cerebrais. Na Grécia Hipocrática, o tratamento das doenças depressivas chegou a refinamentos que fazem inveja às mais modernas clínicas e “spas”. Há, por exemplo, a descrição das casas das Ninfas. Assim consistia o tratamento: alimentação balanceada; ginástica pela manhã (a ginástica é uma invenção dos gregos); massagens terapêuticas após a ginástica; sessões de saunas e banhos medicinais pela manhã e à tarde; após o almoço, repouso; teatro, com a encenação de temas do cotidiano (provavelmente a primeira forma de psicodrama); uso de ervas medicinais; música ao som da lira e dos *aulos* (espécie de flauta); acompanhantes terapêuticas, as ninfas gregas; a bacoterapia, o uso do vinho para melhora do sono. Em tempos do império romano, há registro de médicos persas que cultivavam enguias elétricas e as aplicavam nas têmporas de alguns imperadores quando estes apresentavam crises de depressão e melancolia (precursores do E.C.T. – eletroconvulsoterapia ou eletrochoqueterapia, que séculos mais tarde seria instituída por outros italianos, Bini e Cerletti, como forma de tratamento em depressões graves).

Nos tempos modernos, na década de 50, decorrente das pesquisas com um fármaco antipsicótico (a clorpromazina), foi descoberto o primeiro fármaco antidepressivo: a imipramina.

Por esse tempo, a escola analítica iniciada por Sigmund Freud, e contando já com diversas ramificações ou dissidências, como a de Carl Gustav Jung, também apresentava caminhos ou métodos para o tratamento dos quadros depressivos.

Dividiremos os tratamentos em: Psicológicos, Biológicos e Naturais.

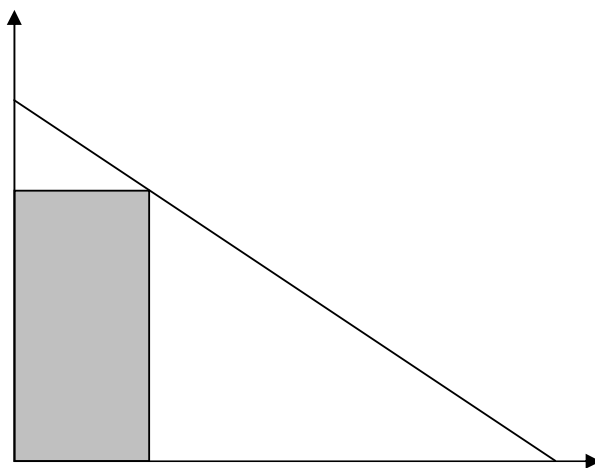
3.5.1. Tratamentos Psicológicos

Diferentemente do que ocorre nos Transtornos de Ansiedade, nos quais as diferentes abordagens psicológicas têm uma importância considerável, nos quadros depressivos as abordagens terapêuticas através dos meios psicológicos são um pouco mais limitadas.

Isto decorre das características dos quadros depressivos, que têm uma participação orgânica preponderante sobre a psicológica. Para esclarecer este ponto, recorreremos ao esquema de Luxemburger.

Esquema de Luxemburger para Depressão

Disposição hereditária



disposição do meio

No esquema acima, o retângulo compreendido entre as duas setas corresponde aos estados depressivos. A participação dos fatores externos – disposição do meio (dentre estes os psicológicos) – tem menor participação na constituição dos quadros depressivos que os fatores internos – genéticos ou orgânicos. Esta participação menor mostra o espaço que os métodos terapêuticos psicológicos devem ocupar nos quadros depressivos.

Mesmo ocupando um lugar de “coadjuvante terapêutico”, a associação dos métodos terapêuticos psicológicos e biológicos apresenta maiores índices de recuperação dos quadros depressivos, se comparada ao uso dos métodos biológicos isoladamente.

Os métodos de tratamento psicológicos mais usados nos quadros depressivos são: a psicoterapia nas formas: orientação psicoagógica (técnicas de apoio); individual de orientação psicodinâmica; grupo; cognitivo-comportamental; e psicanálise.

Psicanálise

As psicoterapias de orientação psicanalítica não focam o tema nos quadros patológicos (como os quadros depressivos) e sim no homem com seu vasto e desconhecido interior. A colocação do tema depressão será abordada dentro deste contexto, e será trabalhada analiticamente se o tema for colocado dentro da sessão terapêutica.

Traumas ocorridos em idades precoces de vida podem estar relacionados aos quadros depressivos. O termo “traumas” aqui tem um sentido amplo, como a de qualquer agressão ou ameaça física e psicológica, ou ainda situações adversas como as sofridas por um bebê que nasceu prematuro e teve que ficar meses numa UTI neonatal. Este exemplo é esclarecedor porque, quando se menciona “trauma”, há uma tendência em se pensar em agressões e abusos físicos ou sexuais.

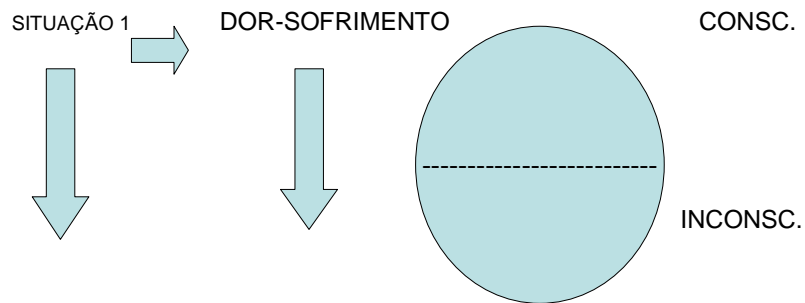
Freud deixou um esquema ou modelo de funcionamento da dinâmica psíquica que se aplica com muita propriedade aos traumas. Em uma exposição reduzida e simplista do modelo de Freud, diremos que em uma época em que as funções do ego (uma das instâncias da vida psíquica) ainda são imaturas e, portanto, incapazes de lidar com determinadas situações que produzam dor ou sofrimento interior, para se proteger de uma “aniquilação” ou “esfacelamento” da personalidade, a situação como um todo ou parte dela é retirada ou apagada da consciência e é enviada para uma região não consciente da mente.

Para esta situação e as emoções a ela ligadas ficarem em uma região não consciente da mente e não emergirem à consciência, é gasta uma energia neste processo. Este gasto de energia pode ser, ao longo do tempo existencial da pessoa, um dos fatores responsáveis por um quadro de fragilização e conseqüente depressão.

Essas situações estão ilustradas no esquema a seguir:

REPRESSÃO

- SITUAÇÕES TRAUMÁTICAS

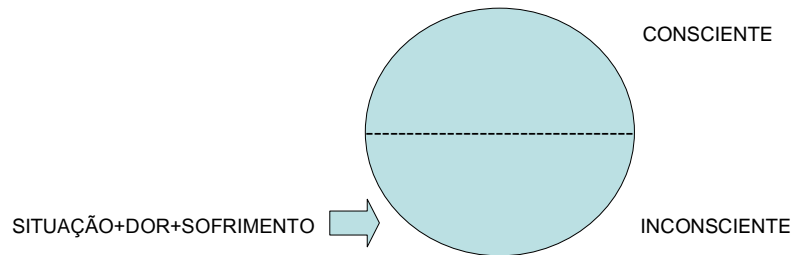


No esquema acima, a Situação 1, geradora de dor e sofrimento intoleráveis à consciência, é mandada para a região do inconsciente através do mecanismo de repressão, magistralmente referido por Anna Freud (FREUD A. 1990, pp. 36-45) em *O Ego e os mecanismos de defesa*, como mecanismo de proteção. As flechas que “empurram” a situação, a dor e o sofrimento a elas ligadas para a região inconsciente da mente demandam um gasto de energia psíquica. Como está demonstrado no esquema abaixo, o indivíduo ficará livre da dor e do sofrimento, pois estes estarão banidos da consciência. Sua permanência na região inconsciente, entretanto, causa, ao longo dos anos, grande dispêndio de energia; este gasto de energia intrapsíquica constante, somado a situações desfavoráveis ou de fragilização externa, podem levar o indivíduo a um estado depressivo.

Dor e sofrimento no inconsciente

- CAUSAS

SITUAÇÃO TRAUMÁTICA



As outras formas de psicoterapia têm como função dar suporte ao deprimido, ajudando-o a lidar com vários aspectos difíceis e negativos trazidos pela doença. A depressão atinge basicamente todas as funções psicológicas, e há um comprometimento no negativismo com que se vê a vida, baixa de auto-estima, pessimismo, idéias de ruína, comprometimento de todas as vontades. Mesmo tendo um determinante biológico preponderante, os estados depressivos deixam marcas na personalidade que precisam ser tratadas. É função ainda da abordagem da psicoterapia de apoio ou da cognitivo-comportamental instrumentalizar o paciente a enfrentar melhor o período depressivo.

As pessoas geralmente se afastam de um deprimido pelo “peso” que ele representa, e é necessário que ele tenha alguém que não somente o escute em sua dor, mas que possa interferir positivamente no alívio da mesma. Existem, infelizmente, orientações psicoterápicas equivocadas, que, ao invés de aliviar o paciente em seu estado depressivo, responsabilizam-no pelo mesmo, impingindo-lhe uma culpa desnecessária e descabida.

Existem também pacientes com quadros de depressão severa, “terapeutizados” há anos sem entretanto terem realizado qualquer exame clínico, laboratorial ou de imagem, que poderiam ter revelado um hipotireoidismo, uma hipoglicemia, uma alteração cerebral evidenciada ao exame tomográfico, entre outras alterações; nesses casos, uma investigação diagnóstica mais cuidadosa poderia ter evitado anos de sofrimento.

As formas de psicoterapia de grupo mostram-se bastante eficazes, devido ao compartilhamento das experiências. Não são trocadas somente experiências negativas, mas caminhos de cura e experiências de melhora.

Uma das medidas mais importantes no tratamento dos depressivos é a orientação na busca de uma melhor qualidade de vida. Na depressão, como vimos, intervêm diversos fatores, e todos confluem para um prejuízo considerável na qualidade de vida. Aqui reside um diferencial importante no sucesso do tratamento dos distúrbios depressivos: a busca de um “viver melhor”.

Se um paciente se tratar de um estado depressivo, obtiver sucesso e melhora com o tratamento, mas retornar a antigos hábitos “viciosos” de vida, a possibilidade de uma recaída será bastante grande. É muito importante que o paciente busque “qualidade de vida”, mantendo equilíbrio entre os setores psicológico, biológico, social (compreendido família, relações afetivas e sociais, trabalho, estudo, lazer, esportes etc) e o setor espiritual.

3.5.2. Tratamentos Biológicos

A doença depressiva traz um ônus social importante, com custos diretos ligados ao tratamento e custos indiretos relacionados ao absenteísmo no trabalho, e ainda os reflexos na dinâmica familiar. Os tratamentos biológicos têm contribuído positivamente para a mudança deste quadro.

Entre os tratamentos biológicos, devemos mencionar ao menos: Psicofármacos, Estimulação elétrica cerebral, Estimulação Magnética Trans-craniana, Psicocirurgia e Implante de micro-eletrodos cerebrais.

Psicofármacos

Modernamente, o primeiro fármaco antidepressivo foi descoberto na década de 1950. Outro medicamento estava sendo pesquisado para doentes mentais, a clorpromazina, quando foi descoberto um fármaco quimicamente a ele aparentado, a imipramina. Este pioneiro antidepressivo é utilizado até os nossos dias, pois apresenta um potencial antidepressivo (efeito terapêutico) muito potente e eficaz. A imipramina é o princípio ativo do conhecido Tofranil (nome comercial). A este primeiro antidepressivo, classificado como tricíclico (devido a características de sua fórmula química) seguiram-se outros.

O segundo fármaco, a clorimipramina ou clormipramina, o conhecido e eficaz Anafranil (nome comercial), é igualmente utilizado até os nossos dias em quadros depressivos e em quadros obsessivo-compulsivos. Após esses pioneiros, seguiram-se vários outros tricíclicos: amitriptilina, o Tryptanol (nome comercial), ainda utilizada em depressões leves e principalmente indicada em quadros acompanhados por sintomas dolorosos; e outros tricíclicos, como nortriptilina, maprotilina.

A ação terapêutica destes fármacos se deve à inibição da recaptação dos mediadores químicos cerebrais noradrenalina e serotonina no cérebro. Além da inibição da recaptação destes mediadores químicos cerebrais, estes fármacos também possuem uma ação em receptores monoaminérgicos como os alfa-1, colinérgicos, muscarínicos e histamínicos. A ação sobre estes outros receptores, além de não trazer efeitos terapêuticos, é responsável por uma série de efeitos colaterais indesejáveis como: constipação, sedação, ganho de peso, perturbações da acomodação visual, alteração do ritmo cardíaco, alterações da pressão, disfunção sexual. Estes medicamentos apresentam ainda várias contra-indicações, sendo seu uso restrito em: portadores de cardiopatias – principalmente os distúrbios de condução cardíacos –, pacientes com distúrbios da próstata, pacientes com glaucoma, pacientes gestantes.

Apesar de um efeito terapêutico muito eficaz, os efeitos colaterais indesejáveis e as contra-indicações dificultavam uma boa adesão ao tratamento. Justamente por causa das contra-indicações e dos efeitos colaterais, os cientistas continuaram pesquisando novos medicamentos para a depressão.

Nos anos 1980, surgiram as primeiras pesquisas com os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, e a partir daí surgiu uma nova classe de antidepressivos: os IRSS, ou Inibidores da Recaptação Seletiva da Serotonina. O primeiro destes fármacos foi a Fluoxetina, que chegou ao mercado com o nome comercial do conhecido e eficaz Prozac. Foi uma verdadeira revolução no tratamento das doenças depressivas, pois o novo medicamento mostrou-se bastante seguro e eficaz. Como recapta basicamente a serotonina, e não tem interações com os demais receptores pós-sinápticos, apresenta um índice de efeitos colaterais adversos muito pequeno.

Seguindo-se a este fármaco, seguiram-se outros da mesma classe de Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina como: paroxetina, fluvoxamina, sertralina, citalopran e o mais recente escitalopran. São os antidepressivos de primeira escolha em depressões leves e moderadas e em depressões somáticas ou somatoformes, pois, por não possuírem muitos efeitos colaterais, o que é importante neste grupo de pacientes, são mais aceitos e, portanto, facilitam a adesão ao tratamento. Apresentam ainda uma ampla gama de indicações; são eficazes não só nos quadros

depressivos, mas também nos quadros com ansiedade associada, como acontece nos quadros de Transtorno de Ansiedade Generalizada, Síndrome do Pânico e em Transtornos Obsessivo-Compulsivos.

A escolha de um dos diversos inibidores da recaptação seletiva de serotonina deve levar em conta vários fatores: resposta individual do paciente, peculiaridades sobre mecanismos de ação terapêutica como rapidez do início do efeito terapêutico, maior necessidade por parte do paciente em ter um pouco de efeito sedativo ou não, perda de peso, segurança. Estes medicamentos, como os demais, não são totalmente desprovidos de efeitos colaterais indesejáveis, sendo os mais comuns: disfunção sexual, sedação e insônia. Estes medicamentos apresentavam outro pequeno problema: não eram todos os quadros depressivos que respondiam positivamente a eles, e nos quadros de depressões mais severas e em depressões recorrentes, recorria-se aos antigos tricíclicos ou ainda a outras formas de tratamentos biológicos.

Os cientistas então colocaram à disposição os inibidores duplos da recaptação de serotonina e noradrenalina, os IRSNs.

Surgiram então os eficientes: venlafaxina, que tem o conhecido nome comercial de Efexor; a mirtazapina, com nome de Remeron; o milnaciprano, com o nome de Ixel, e o último e eficiente antidepressivo desta classe, a duloxetina, que tem o nome comercial de Cymbalta. Possuem uma eficácia comparável aos tricíclicos, sendo entretanto mais bem tolerados do que eles. Seus efeitos colaterais e contra-indicações são semelhantes aos dos IRSS.

Mais recentemente, tivemos outra novidade, o lançamento do inibidor da recaptação de noradrenalina e dopamina, a bupropiona, com os nomes de mercado de Wellbutrim e Zetron, o “antidepressivo do adulto jovem”, como diz a propaganda. São seguros, eficazes principalmente nos quadros de ansiedade associada, e têm a vantagem de não causar disfunção sexual; ao contrário, podem melhorar a função sexual.

Existe, então, atualmente nos mercado uma oferta de medicamentos que abrange com eficácia basicamente todos os tipos de depressão:

- depressões devidas a alterações predominantes da serotonina: temos os IRSS, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina;
- depressões devidas a alterações predominantes em serotonina e noradrenalina: temos os IRSNs ou os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina;
- depressões devidas a alterações predominantes em noradrenalina e dopamina: temos a bupropiona ou inibidores da recaptação de noradrenalina e dopamina;

- depressões com alteração de vários mediadores químicos combinados: temos os tricíclicos.

Às vezes, são necessárias associações medicamentosas, usando combinadamente mais de uma classe de antidepressivos.

Infelizmente, ainda não podemos medir ou dosar a quantidade dos mediadores químicos no cérebro; bom será quando pudermos monitorar, a exemplo do que ocorre com a glicemia.

Outros fármacos estão sendo estudados, a partir das pesquisas com novos modelos compreensivos da participação da bioquímica cerebral. O glutamato, substrato sináptico cerebral relacionado à memória, mostra-se diminuído no córtex frontal de vítimas de suicídio (NOWAK, ORDAWY & PAUL 1995, pp. 157-164). O CREB, proteína de ligação do elemento de resposta ao AMP cíclico, mostra-se alterado em regiões do córtex cerebral, hipocampo, amígdala e hipotálamo, regiões reguladas por diversos tratamentos com antidepressivos.

Hungand *et alii* (2004, pp. 184-190) estudou os circuitos de recompensa opióides e canabinóides, e afirma que o sistema canabioideérgico pode ser o novo alvo no tratamento da depressão e do comportamento suicida.

Em função destes novos modelos, novas substâncias estão sendo estudadas para o tratamento farmacológico das depressões (LICINIO 2007, p. 157), como os folatos, que modulam o funcionamento serotoninérgico e catecolaminérgico; o hexofosfato de inositol IPG, abundante em sementes e grãos vegetais e que interfere nos mecanismos da serotonina e da acetilcolina; a melatonina, substância secretada pela glândula pineal e importante em ordenar os ritmos circadianos; A S-adenosil-L metionina (SAMe), molécula derivada da l-metionina, envolvida em vários neurotransmissores cerebrais; o já conhecido e usado 5HTP, substância precursora da serotonina.

A estimulação vagal, que pode ser realizada através da estimulação elétrica no nervo vago, interfere na ativação ou inibição de circuitos elétricos do cérebro.

Estimulação elétrica cerebral

Não se pode deixar de mencionar o ECT, conhecido antigamente como eletroconvulsoterapia, ou, popularmente, eletro-choque. Infelizmente, este método de tratamento tem sido vítima de preconceito. Muitas pessoas, inclusive médicos e profissionais da saúde, por total ignorância e desconhecimento técnico e científico, consideram este tratamento violento, agressivo, desumano. Muitos acham que, ao invés de tratamento, é uma forma de punição ou castigo ao paciente.

Esta forma de tratamento, entretanto, é muito segura e extremamente eficaz, tanto assim que tem indicação universal em quadros de depressão com risco de suicídio, depressões graves e depressões refratárias a outros tratamentos. Ainda em pacientes com contra-indicações clínicas ao uso de antidepressivos, o ECT tem indicação como método terapêutico. Para se ter uma idéia da segurança do ECT, é um dos métodos de tratamento que podem ser usados em grávidas, pois não compromete o bebê. O índice de problemas ou acidentes com o uso de ECT é menor se comparado aos medicamentos (DEUS 1987, p. 6). Por ser um procedimento médico, existem regras ou um protocolo a ser seguido: autorização do paciente (se tiver condições) ou de seus familiares; explicação detalhada sobre o tratamento; realização de exame clínico; realização de exames laboratoriais; realização de tomografia cerebral computadorizada; monitorização durante o procedimento (eletrocardiograma, eletroencefalograma, pressão, oxímetro); uso de pré-anestésico ou anestesia superficial; máquinas modernas (geralmente computadorizadas).

Não é nosso objetivo discutir profundamente mecanismos de ação terapêutica, mas pode-se afirmar que os modernos aparelhos computadorizados permitem a passagem de corrente com microvoltagem e microamperagem no cérebro, com a duração de 1 segundo a 1,2 segundos. Esta corrente produz uma alteração na bioeletrecidade cerebral, quase como uma despolarização, com reflexos na permeabilidade das membranas e assim liberação imediata e global de todos os mediadores químicos do cérebro. O tratamento seria “semelhante” a desligar uma máquina que não está funcionando direito e ligá-la novamente; quando é religada, pode voltar a “funcionar” normalmente.

Existem também contra-indicações para este método de tratamento: cardiopatias graves, pacientes com antecedentes de reações a anestésicos, alterações cerebrais demonstradas à tomografia cerebral, alterações severas de enzimas hepáticas (o fígado metaboliza a maioria dos medicamentos, dos antidepressivos aos anestésicos).

Estimulação magnética trans-craniana

Um outro tratamento, relacionado ao ECT, é a Estimulação Magnética Transcraniana. Nesta forma de tratamento, ao invés da passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro, há a passagem de uma carga magnética. O mecanismo de ação seria semelhante ao do ECT, com a vantagem de ser um método menos invasivo: o paciente permanece acordado durante a aplicação e não sente nenhum efeito colateral; infelizmente, não tem revelado, nos primeiros estudos, a mesma eficácia em depressões severas. É um método novo de tratamento. Ainda em fase de pesquisas, já existe o implante de microeletrodos no cérebro para a estimulação de áreas cerebrais específicas. Experimentalmente, o método já está sendo usado em pacientes portadores de Parkinson, uma doença onde há falta de dopamina. Na região cerebral responsável por sua síntese, são implantados microeletrodos que são controlados pelo próprio paciente.

Os microeletrodos também estão sendo utilizados por pacientes que sofreram um acidente vascular cerebral e tiveram como consequência a perda de alguma função cerebral. No caso em que a seqüela do AVC é a surdez, o tratamento tem apresentado ótimos resultados.

Psicocirurgia

Os egípcios, ao tempo dos faraós, já praticavam a cirurgia cerebral através das trepanações.

Nos anos 1950, houve um crescimento (e até abuso) de indicações de cirurgias cerebrais para pacientes portadores, principalmente, de esquizofrenia. O célebre psiquiatra português Egaz Muniz desenvolveu diversas técnicas cirúrgicas: lobotomia, frontalectomia, talotomia, leucotomia. Os pacientes apresentavam um benefício quanto aos sintomas produtivos, ou quanto à repercussão emocional destes sintomas, já que, nas cirurgias, os feixes neuronais que ligavam os centros cerebrais intelectuais aos afetivos eram cortados. Mas os pacientes enfrentavam as consequências negativas das cirurgias, com um empobrecimento ou embotamento afetivo (DEUS 1984, p. 4).

Atualmente, a psicocirurgia é mais indicada em pacientes portadores de doenças neurológicas, como a doença de Parkinson. Também é utilizada em pacientes portadores de patologias psiquiátricas graves e não respondentes a outros métodos terapêuticos, como em certos desvios de comportamento, psicopatas perversos, pacientes auto-agressivos.

3.5.3. Tratamentos Naturais

O primeiro método natural é a prática de exercícios físicos. O exercício físico libera endorfina, que por sua vez tem importância no aumento da biodisponibilidade da serotonina. Aqui, entretanto, há uma dificuldade adicional: um deprimido não tem vontade ou energia nem para as pequenas coisas ou atividades; não é possível, portanto, cobrar do paciente atividades físicas no início do tratamento. É necessário esperar por uma melhora e, então, é possível começar a incentivá-los.

O sol é bastante benéfico, pois age no organismo estimulando a liberação de hormônios como os produzidos pela supra-renal (que serão importantes para os mediadores químicos cerebrais) e até substâncias específicas como a melatonina, importante neuro-hormônio liberado ao anoitecer pela glândula pineal. A melatonina age como um “antidepressivo” natural, é importante na regularização do sono e possui propriedades imunológicas.

Os fitoterápicos são indicados em quadros de depressão leve, e possuem nestes casos um efeito terapêutico adequado. O fitoterápico mais conhecido no uso de quadros depressivos é o *Hypericum Perforatum*, extraído da conhecida Erva de São João. Até mesmo os fitoterápicos apresentam contra-indicações, e há a recomendação de que o paciente que os use não se exponha ao sol, pela possibilidade de manchas na pele.

Capítulo 4 – Análise de caso

4.1. Metodologia

O levantamento bibliográfico apresentado através das áreas da ciência representadas pela sociologia, filosofia, história, mitologia, psicologia, psiquiatria, teologia, e a experiência profissional no atendimento a pacientes cristãos portadores de doença depressiva, possibilitaram o levantamento de algumas questões que nortearam o presente estudo. Tais questões foram transformadas nos objetivos e nas hipóteses abaixo:

- De que forma se iniciou no homem primitivo a relação entre sentimento religioso e doença?
- Qual é a relação que a religião judaico-cristã estabeleceu com a doença depressiva?
- Evolução e conceitos atuais da doença depressiva sob a óptica da psiquiatria
- Influências benéficas do sentimento religioso sobre o cristão portador de depressão
- Influências prejudiciais do sentimento religioso sobre o cristão portador de depressão

As primeiras perguntas foram tratadas pela pesquisa bibliográfica relatada nos capítulos anteriores. Passamos, agora, a investigar as hipóteses relativas às influências do sentimento religioso sobre o portador de depressão no âmbito de nossa amostra específica.

4.2. Amostra

A amostra consistiu de 50 prontuários de pacientes portadores de depressão, que procuraram espontaneamente tratamento num consultório médico localizado na região sul da cidade de São Paulo e foram acompanhados durante o período de seis meses. Esta amostra será tratada como estudo de caso, pois não representa a diversidade religiosa nem a diversidade dos quadros depressivos encontrados em nosso País. Jacob *et alii* (2003, p.33), baseado nos dados do censo do IBGE de 2000, mostra um processo crescente de diversificação religiosa. Os católicos representam 73,77% da população, constituindo-se em 124,9 milhões de pessoas; os evangélicos aumentaram de 9% no censo de 1991 para 15,44% em 2000, com 26,2 milhões de pessoas. Dentre os evangélicos, os protestantes históricos representam 5% da população brasileira; e os pentecostais representam 10,44% da população: dentre estes, a Assembléia de Deus lidera com 47% dos fiéis, a Congregação Cristã vem em segundo lugar com 14,04 %, e a Igreja Universal do Reino de Deus vem em terceiro lugar com 11.85% dos fiéis.

Do censo de 2000 para 2008 as projeções apontam um crescimento maior dos neo-pentecostais, assim como um declínio dos católicos para cerca de 65% da população.

Como apontado acima, a amostra deste trabalho não é representativa dos cristãos em nosso País, daí ser tratada como um estudo de caso. Seus resultados e conclusões ficam restritos à amostra, não permitindo generalização.

Para pertencerem a este estudo de caso, os pacientes precisavam se enquadrar nos seguintes parâmetros:

- Assinarem o termo de consentimento de participação na pesquisa, segundo as normas da Universidade Presbiteriana Mackenzie;
- Apresentarem um mesmo tipo de doença depressiva, classificada pelo CID 10 de Episódios Depressivos, F 32.
- Serem cristãos
- Serem acompanhados em consultas por pelo menos seis meses

Como dados para a pesquisa, foram registradas as seguintes informações, colhidas de seus prontuários:

- idade
- sexo
- ramo do cristianismo
- escolaridade

4.3. Instrumento

Os dados da pesquisa foram colhidos do prontuário dos pacientes. A pesquisa baseou-se em um questionário semi-estruturado aplicado por ocasião da anamnese, contendo 4 questões fechadas e uma aberta, transcritas abaixo:

1. Seu sentimento religioso cristão dificultou a compreensão que você estava doente, portador de uma doença depressiva?
2. A qual causa ou motivo você atribuía seu estado depressivo?
3. Seu sentimento religioso dificultou a busca de tratamento especializado?
4. No período em que estava deprimido, antes de procurar tratamento, houve comprometimento de sua fé?
5. A partir de sua melhora, de que forma sua fé influenciou sua recuperação:
 - a. positivamente
 - b. negativamente
 - c. não influenciou

4.4. Procedimento

A anamnese é um dos procedimentos mais importantes na consulta médico-psiquiátrica. A palavra anamnese tem origem grega: *anámnēsis*, *aná*: (“trazer de volta”) e *mnēse* (“memória”). Para Hipócrates significava a “ação de chamar ou trazer à memória” expressa através da palavra falada, na conversação entre médico e paciente. Na *anámnēsis* eram trazidos à memória os sintomas referidos pelo paciente ao médico, objetivando a realização de uma compreensão diagnóstica.

Anamnese é, portanto, um instrumento de coleta dos dados que, juntamente com outros instrumentos, possibilita o diagnóstico e, após o mesmo, a elaboração de um plano terapêutico. Na anamnese são pesquisados os dados hereditários, os dados de história pessoal, os dados referentes à doença: sintomas, sinais, tempo das queixas relativas à doença. Esses dados são analisados dentro de uma visão longitudinal, pois um corte transversal não permite a compreensão do todo fenomenológico. “Ser” doente é bastante diferente de “estar” doente.

Os dados anamnésicos, na opinião de Aníbal Silveira (SILVEIRA 1978)⁸, têm necessariamente que considerar os fatores antropológicos, sociais, culturais – variáveis econômicas, religiosas, intelectuais (grau de instrução) – aos quais o paciente está ligado ou nos quais está inserido. Na elaboração da anamnese, portanto, os dados referentes à religião do paciente, como sua crença, relações com a doença apresentada, são necessariamente colhidos, pois têm importância fundamental na compreensão do fenômeno apresentado.

Os sujeitos do presente estudo foram diagnosticados como portadores de depressão, segundo os critérios adotados pela Classificação Internacional de Doenças – CID, em sua décima edição. Apesar de todos apresentarem nosologicamente a mesma classificação de doença depressiva, os tratamentos foram próprios e individuais, quanto aos fármacos utilizados. Algumas orientações terapêuticas, entretanto, foram comuns a todos os pacientes, a saber:

⁸ Aníbal Cipriano da Silveira foi um dos maiores psiquiatras de nosso país. Além de Psiquiatra, era também formado em Psicologia. Foi o introdutor do método de Psicodiagnóstico de Rorschach no Brasil. Seguidor das idéias de Kleist na psiquiatria, esteve sempre adiante de seu tempo, e ainda hoje, 24 anos após seu falecimento, suas idéias e hipóteses científicas estão sendo corroboradas. Silveira definia psicopatologia como: “*o ramo da ciência que estuda as funções psíquicas que se afastam da média, considerados os aspectos antropológicos, sociais e culturais – dentre estes os religiosos – nos quais o indivíduo está inserido*”.

1. explicação detalhada sobre a doença depressiva por eles apresentada;
2. estímulo à prática de exercícios físicos;
3. orientação a procurarem técnicas de relaxamento;
4. incentivo à prática diária da oração;
5. proposta de desenvolvimento de algum tipo de atividade artística;
6. em alguns casos, orientação a procurarem psicoterapia.

4.5. Resultados e Análise

Pela análise dos dados colhidos dos 50 prontuários examinados, foi constatado que a amostra contou com 31 pacientes femininos e 19 pacientes masculinos. As idades ficaram compreendidas entre 23 e 79 anos, com idade média de 43 anos. Nenhum paciente apresentou grau de instrução abaixo do nível médio.

A amostra, compreendida por 50 prontuários de pacientes cristãos portadores de depressão, é reduzida. Esta redução está atrelada à rigidez do processo científico, pois, para pertencerem ao estudo, era necessário que cada paciente satisfizesse uma série de quesitos explicitados na metodologia, além da exigüidade de tempo.

O número maior de pacientes do sexo feminino – 31 mulheres para 19 homens – coincide com as observações científicas que colocam a depressão na proporção de duas mulheres para um homem.

Dos 50 prontuários analisados, observou-se a seguinte distribuição entre as denominações religiosas, exposta no Quadro 1:

Quadro 1 – Opção Religiosa

| Opção | nº | % |
|-------------------------|-----------|-------------|
| Protestantes históricos | 25 | 50% |
| Católicos | 3 | 6% |
| Pentecostais | 5 | 10% |
| Neopentecostais | 17 | 34% |
| TOTAL | 50 | 100% |

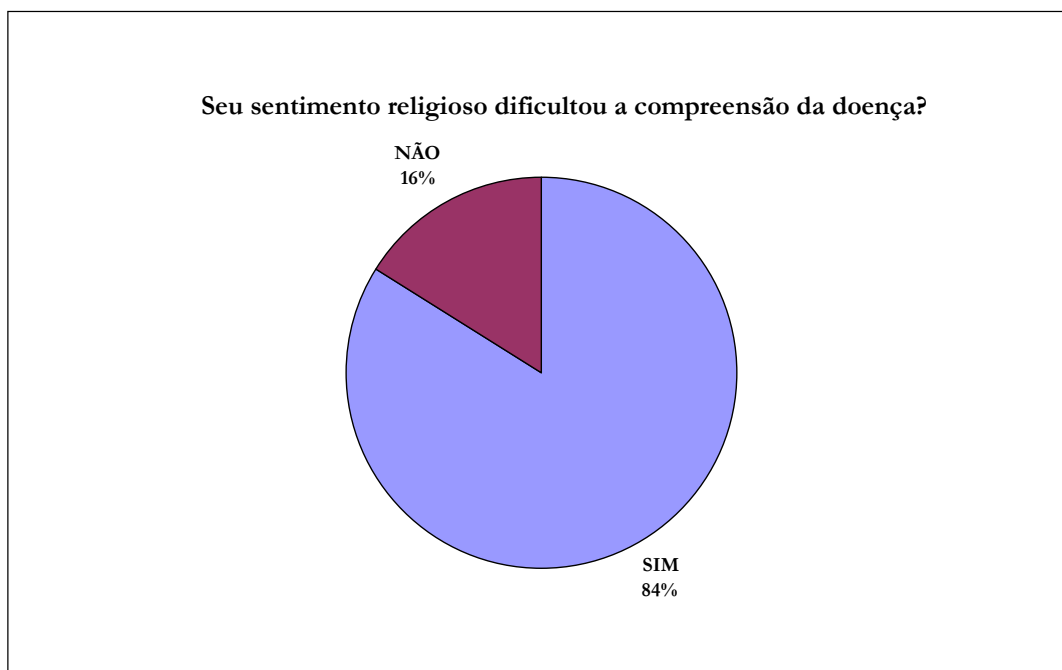
Os protestantes históricos compuseram a maioria da amostra, correspondendo a 50% dos prontuários: este grupo de cristãos tem maior poder aquisitivo e melhor escolaridade; assim, constitui um grupo mais esclarecido e com mais acesso a informações científicas. O segundo maior grupo foi o dos neo-pentecostais, com 34% da amostra; os pentecostais representam 10% e os católicos, 6%.

4.5.1. Compreensão da doença

A resposta à primeira pergunta: “*Seu sentimento religioso influenciou a compreensão de que você apresentava uma doença depressiva?*”, apresentou um percentual de positividade de 84% (42 respostas positivas) do total da amostra. Somente 16% dos cristãos pesquisados referiram que o sentimento religioso não dificultou ou prejudicou a compreensão que apresentavam uma doença e não um problema de ordem espiritual.

A resposta positiva indica que o sentimento cristão, em geral, dificultou a compreensão sobre a doença depressiva. Esta proporção está ilustrada no gráfico abaixo (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Resposta à Pergunta 1 no total da amostra



Tal porcentagem elevada é a demonstração objetiva das considerações teóricas referidas no capítulo 1 e corrobora uma das hipóteses, a de que existe uma influência religiosa prejudicial quanto à compreensão da doença depressiva nos cristãos.

Esta distribuição refere-se à totalidade de nossa amostra. No entanto, analisando-se a distribuição das respostas entre as opções religiosas dos pacientes cujos prontuários foram utilizados, nota-se que a distribuição das respostas é variável segundo a denominação religiosa. A distribuição das respostas sobre a compreensão da doença por denominação religiosa está exposta no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Compreensão da doença por denominação religiosa



A variação de resposta segundo a denominação chama a atenção. O Quadro 2 mostra a distribuição das respostas no interior de cada denominação.

Quadro 2 – Compreensão da doença por denominação religiosa

Seu sentimento religioso cristão dificultou a compreensão de que você estava doente, portador de uma doença depressiva?

| Denominação | Resposta | | | |
|-------------------------|----------|------------------|-----|------------------|
| | SIM | % da denominação | NÃO | % da denominação |
| Protestantes históricos | 18 | 72 % | 7 | 28 % |
| Católicos | 2 | 67 % | 1 | 33 % |
| Pentecostais | 5 | 100 % | 0 | 0 % |
| Neo-pentecostais | 17 | 100 % | 0 | 0 % |

A diferença entre as distribuições pode ser melhor observada nos gráficos abaixo:

Gráfico 3 – Resposta à Pergunta 1 entre os Protestantes históricos



Gráfico 4 – Resposta à Pergunta 1 entre os Pentecostais e Neopentecostais

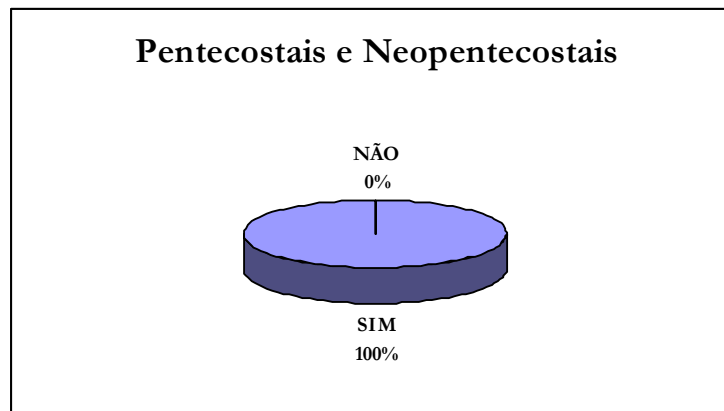
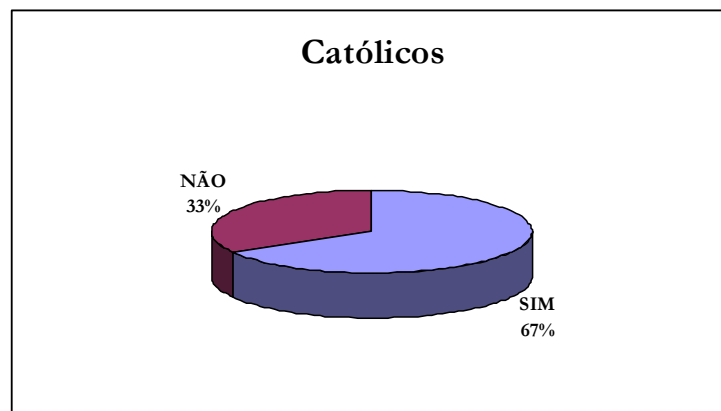


Gráfico 5 – Resposta à Pergunta 1 entre os Católicos



Entre os católicos, a porcentagem de 67% de respostas positivas não tem a mesma relevância, já que a amostra de pacientes católicos era muito reduzida, consistindo de apenas 3 pessoas. Percebe-se, no entanto, que a totalidade dos neo-pentecostais e dos pentecostais declarou que seu sentimento religioso dificultou a compreensão da doença; entre os protestantes históricos, essa proporção cai para 72%.

4.5.2. Causa da doença segundo o paciente

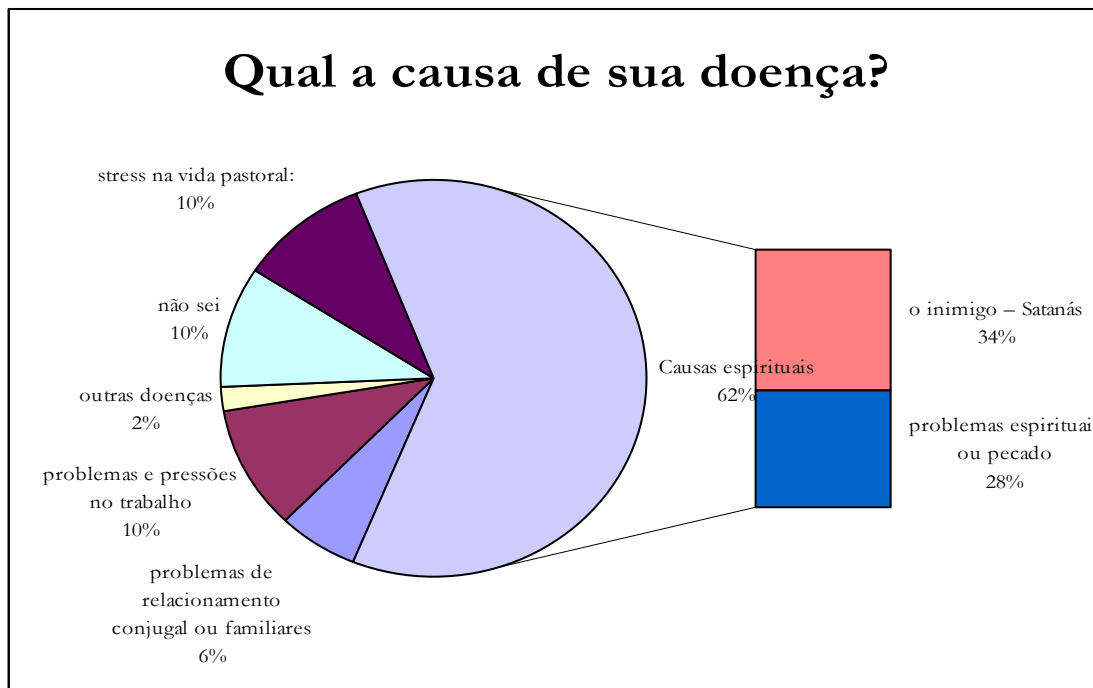
Por tratar-se de uma questão aberta, a Pergunta 2 – “Qual a causa de sua doença?” teve respostas particulares, expostas no Quadro 3:

Quadro 3 – Respostas à Pergunta 2
Qual a causa de sua doença?

| respostas | nº de respostas | % |
|--|-----------------|-------|
| O inimigo – Satanás | 17 | 34 % |
| Problemas espirituais ou pecado | 14 | 28 % |
| Problemas e pressões no trabalho | 5 | 10 % |
| Stress na vida pastoral | 5 | 10 % |
| Não sei | 5 | 10 % |
| Problemas de relacionamento conjugal ou familiares | 3 | 6 % |
| Outras doenças | 1 | 2 % |
| TOTAL | 50 | 100 % |

Somando-se as respostas que relacionam a doença a causas espirituais – “Satanás” ou “problemas espirituais” e “pecado”, verifica-se que, em 62% dos casos, a doença depressiva foi atribuída a causas espirituais. Esta situação está ilustrada no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Resposta à Pergunta 2



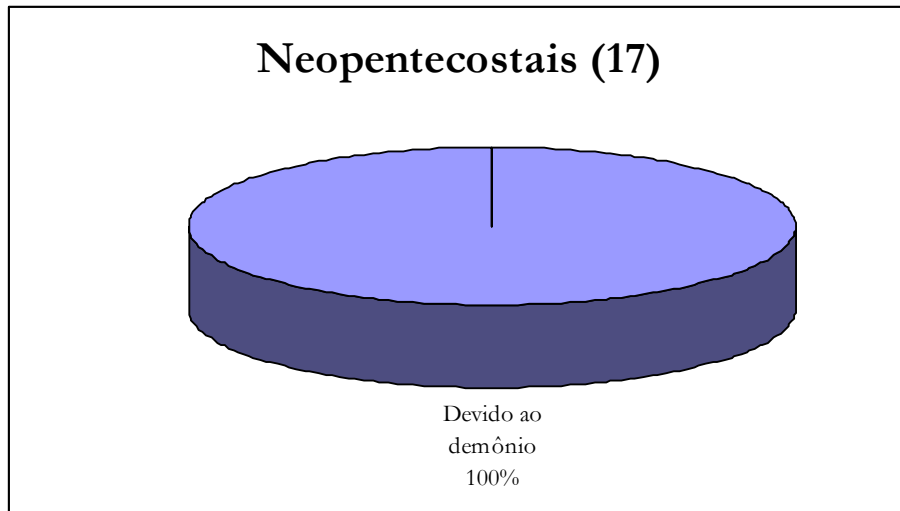
Assim como nas respostas à primeira pergunta, a distribuição das respostas variou conforme a denominação à qual o paciente pertencia. As respostas a seguir foram as mais comuns segundo a opção denominacional (Quadro 4):

Quadro 4 – Resposta à Pergunta 2 por denominação: Atribuição de Causalidade “A qual causa ou motivo você atribuiu sua doença depressiva?”

| Denominação | Resposta | Nº de respostas | % por denominação |
|----------------------|---|-----------------|-------------------|
| Neopentecostais (17) | Devido ao demônio | 17 | 100 % |
| Pentecostais (5) | Problemas espirituais, pecado e falta de fé | 3 | 60 % |
| | Devido ao demônio | 2 | 40 % |
| Batistas (3) | Desconhecia a causa | 1 | 33,3 % |
| | Problemas espirituais, pecado e falta de fé | 2 | 66,6 % |
| Católicos (3) | Doença hereditária | 1 | 100 % |
| | Causas espirituais | 2 | 66,6 % |
| Presbiterianos (25) | Problemas de stress profissional | 5 | 20 % |
| | Problemas de relacionamento conjugal | 3 | 12 % |
| | Problemas espirituais, pecado e falta de fé | 13 | 52 % |
| | Não sabiam | 4 | 16 % |
| Total | | 50 | |

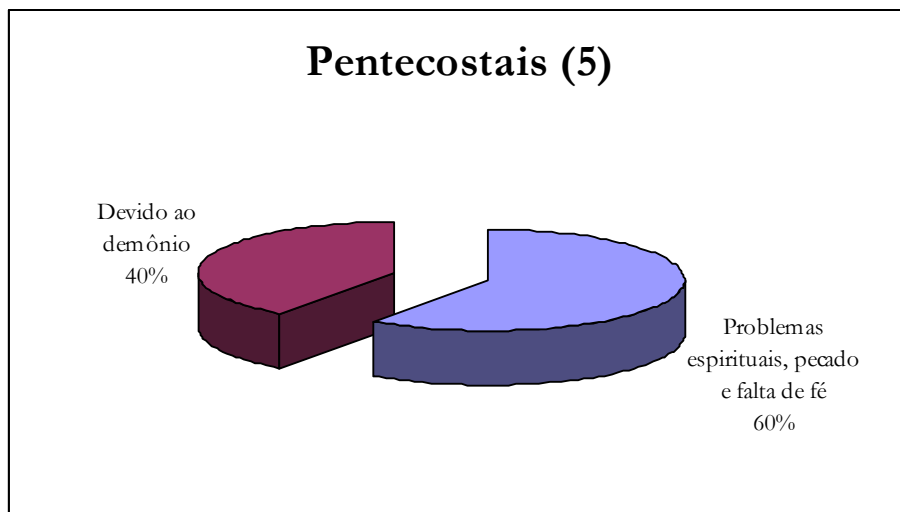
A segunda pergunta visava coletar respostas acerca dos motivos atribuídos pelos pacientes à gênese de sua doença. Concordando com a fundamentação teórica, 100% dos neopentecostais atribuíram a doença depressiva por eles apresentada a causas demoníacas (Gráfico 7):

Gráfico 7 – Resposta à pergunta 2 entre os Neopentecostais



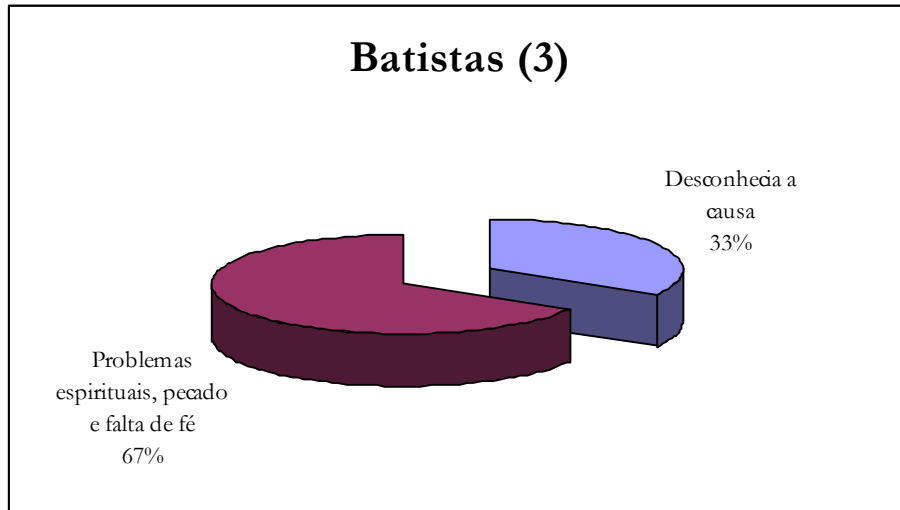
Os pentecostais também atribuíram a causas espirituais, divididas entre pecado, falta de fé e ação do demônio (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Resposta à Pergunta 2 entre os Pentecostais



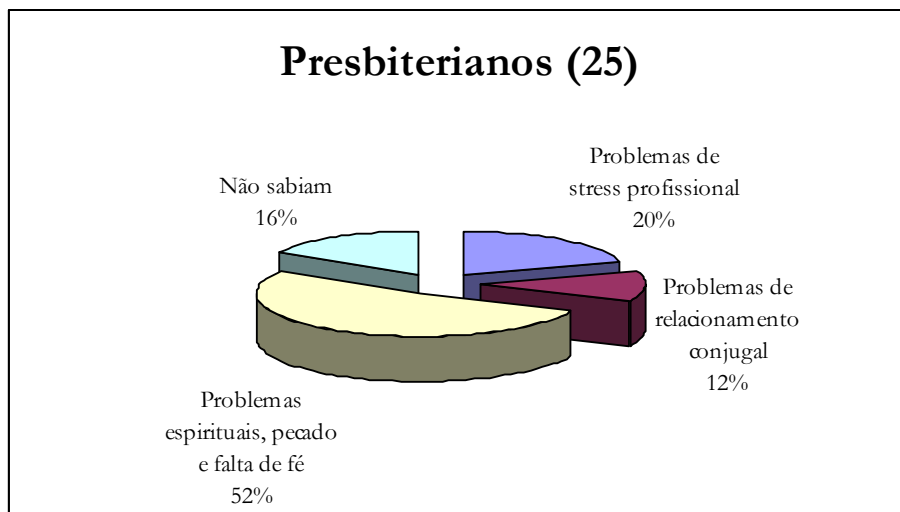
Dos batistas, um desconhecia a causa da doença, e dois outros a atribuíram a causas espirituais: pecado e falta de fé (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Resposta à Pergunta 2 entre os Batistas



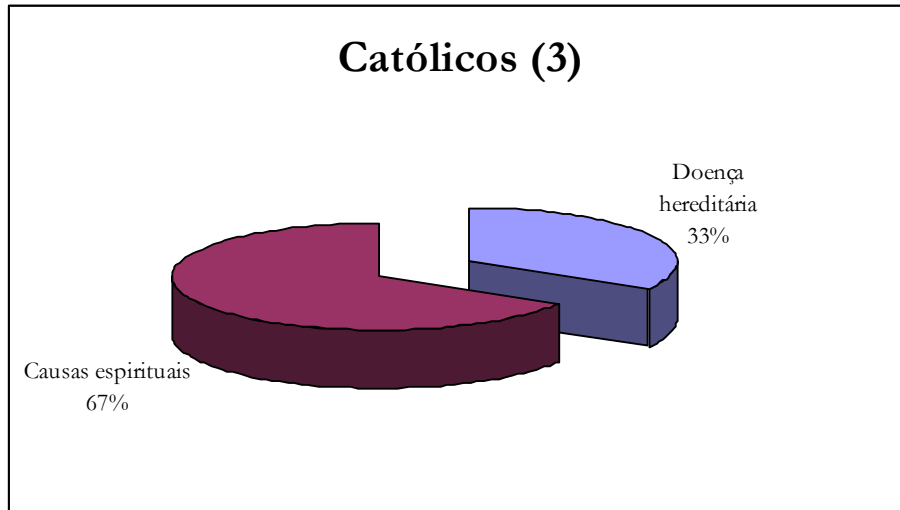
Os presbiterianos apresentaram uma resposta mais diversificada: cerca de metade (13 em 25) referiu problemas espirituais devidos ao pecado, afastamento de Deus e fragilidade da fé como causas para suas doenças; cinco referiram problemas relacionados ao stress de trabalho; três referiram dificuldades conjugais como causa e outros quatro não sabiam a causa (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Resposta à Pergunta 2 entre os Presbiterianos



Um católico referiu que sua doença se devia a problemas hereditários, posto que sua mãe também era depressiva; os outros dois a relacionaram a causas espirituais (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Resposta à Pergunta 2 entre os Católicos



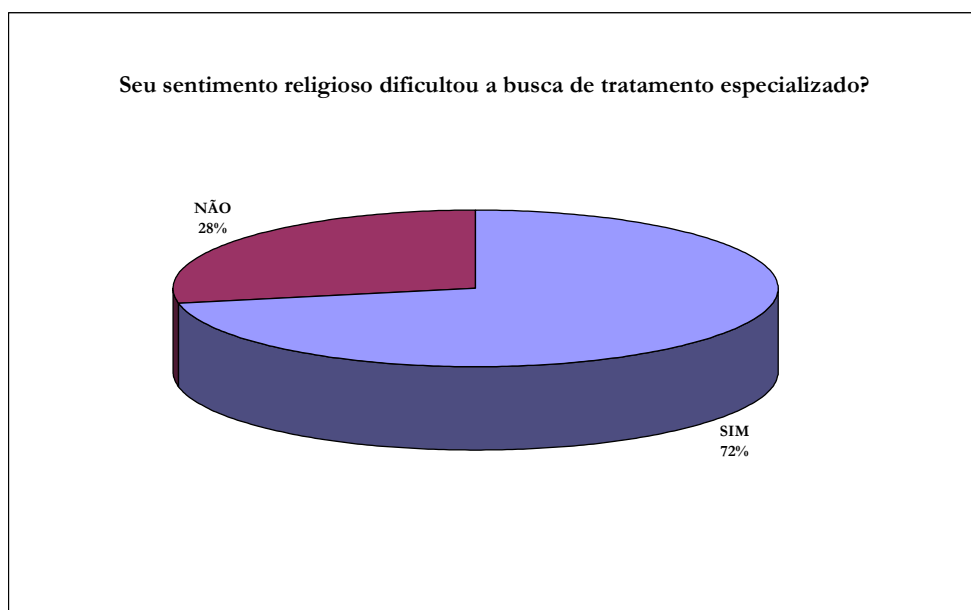
Estas respostas não podem ser generalizadas para a população brasileira, tendo em vista o tamanho reduzido da amostra. Entretanto, a distribuição das respostas, mesmo em um grupo reduzido, aponta para diferenças de percepção entre os grupos religiosos.

Este quadro parece confirmar a opinião de diversos estudiosos, demonstrando a percepção de uma causalidade absoluta entre depressão e causa demonológica entre os neopentecostais. Mesmo entre os pentecostais, a causalidade foi relacionada a motivos espirituais. Entre os presbiterianos e entre cristãos de outras denominações, houve uma maior diversidade de respostas.

4.5.3. Busca de tratamento

Em resposta à Pergunta 3 - “*Seu sentimento religioso dificultou a busca de tratamento especializado?*”, trinta e seis pacientes (72% da amostra) referiram que o sentimento religioso dificultou a busca de tratamento especializado. Esta distribuição está ilustrada no Gráfico 12.

Gráfico 12 – Busca de tratamento



Esta porcentagem é bastante significativa, pois demonstra que o sentimento religioso pode ter influências prejudiciais ao cristão portador de depressão, de duas formas:

- Comprovou-se uma das hipóteses do trabalho, a de que o sentimento religioso traz influências prejudiciais ao cristão portador de depressão quanto à procura de ajuda e tratamento;
- Pôde-se observar objetivamente que este grupo significativo de pacientes foi privado por algum tempo de tratamentos adequados, e desta forma ficaram prejudicados por não conseguirem alívio de suas doenças com as inevitáveis conseqüências: a de alcançarem alívio do sofrimento subjetivo, melhora na qualidade de vida, reinserção familiar, laboral e social, e diminuição do ônus financeiro, como demonstrado no capítulo 2.

Interessante observar que não havia, por parte dos pacientes, oposição ou rejeição a aceitarem o tratamento; assim que lhes foi mostrado que apresentavam uma doença passível de tratamento, de imediato aderiram ao projeto terapêutico. A dificuldade destes 72% de pacientes

em buscar tratamento esteve diretamente ligada à noção que lhes foi veiculada: que apresentavam um problema de natureza espiritual e não uma doença.

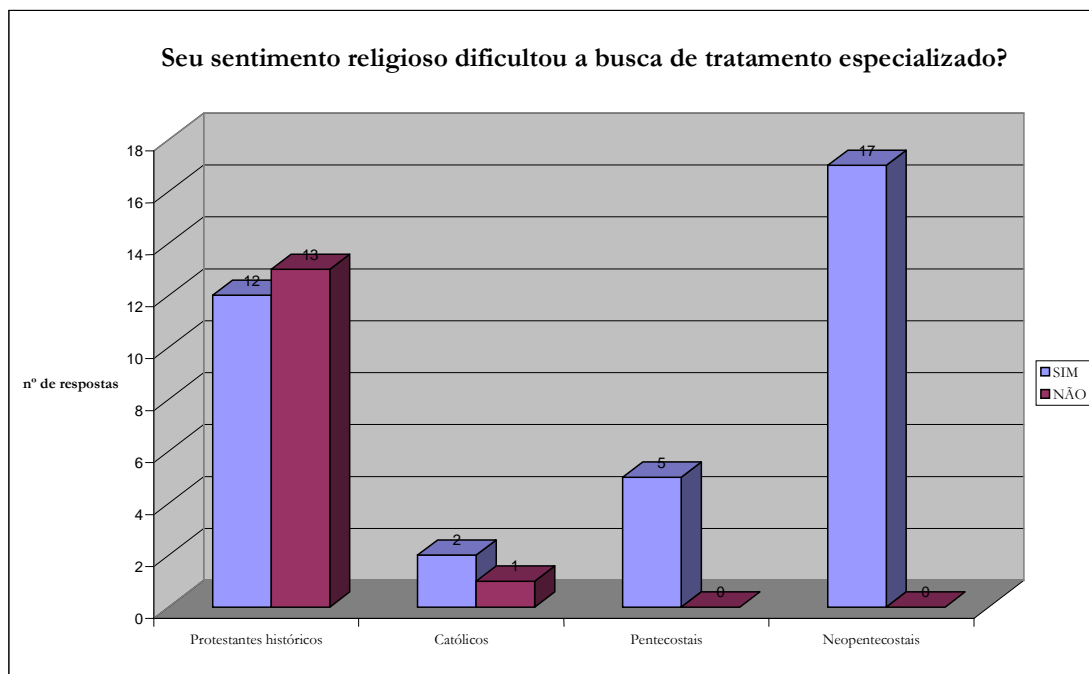
A resposta à terceira pergunta, “*seu sentimento religioso dificultou a busca de um tratamento especializado?*” teve a seguinte distribuição (Quadro 5):

Quadro 5 – Resposta à Pergunta 3

| <i>Seu sentimento religioso dificultou a busca de um tratamento especializado?</i> | | | |
|--|--------------|-----------------|--------------|
| Resposta | | | |
| SIM | | NÃO | |
| nº de respostas | % da amostra | nº de respostas | % da amostra |
| 36 | 72 % | 14 | 28 % |

Este quadro merece grande atenção, pois comprova a preocupação deste estudo, a de que o sentimento religioso dificulta a busca de tratamento especializado. Nota-se que 72% dos pacientes cristãos apresentaram dificuldades na busca por um tratamento adequado para seu estado de doença. Além disso, essas dificuldades estão mais presentes em algumas denominações religiosas. A distribuição das respostas por denominação encontra-se ilustrada no Gráfico 13.

Gráfico 13 – Resposta à Pergunta 3 por denominação



Este gráfico já aponta claramente algumas das diferenças entre denominações. Analisando as porcentagens em cada denominação (Quadro 6), vemos que a busca de tratamento especializado é muito mais prejudicada entre os pentecostais e neopentecostais do que entre os protestantes históricos. O grupo dos católicos não será considerado por ser pouco representativo (apenas 3 pacientes).

Quadro 6 – Resposta à Pergunta 3 por denominação

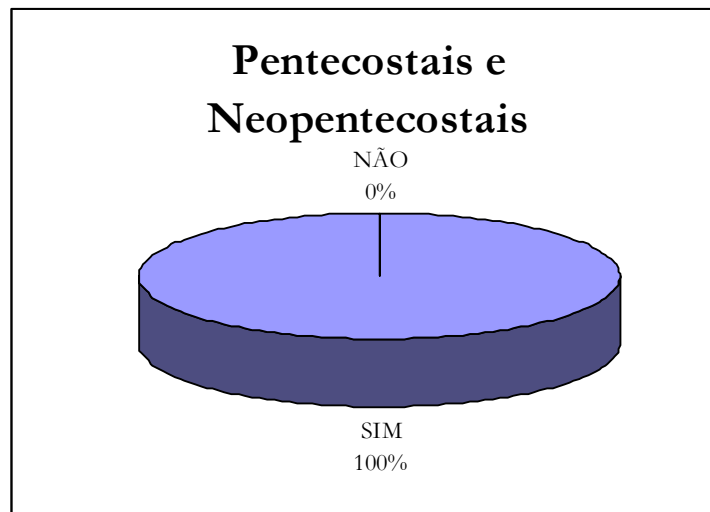
| <i>Seu sentimento religioso dificultou a busca de tratamento especializado?</i> | | | | |
|---|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| Denominação | Resposta | | | |
| | SIM | | NÃO | |
| | nº de respostas | % da denominação | nº de respostas | % da denominação |
| Protestantes históricos | 12 | 48 % | 13 | 52 % |
| Católicos | 2 | 66,6 % | 1 | 33,3 % |
| Pentecostais | 5 | 100 % | 0 | 0 % |
| Neopentecostais | 17 | 100 % | 0 | 0 % |
| TOTAL | 36 | | 14 | |

A diferença entre protestantes históricos, de um lado, e pentecostais e neopentecostais, de outro, é visível se comparamos os Gráficos 14 e 15:

Gráfico 14 – Resposta à Pergunta 3 entre os Protestantes Históricos



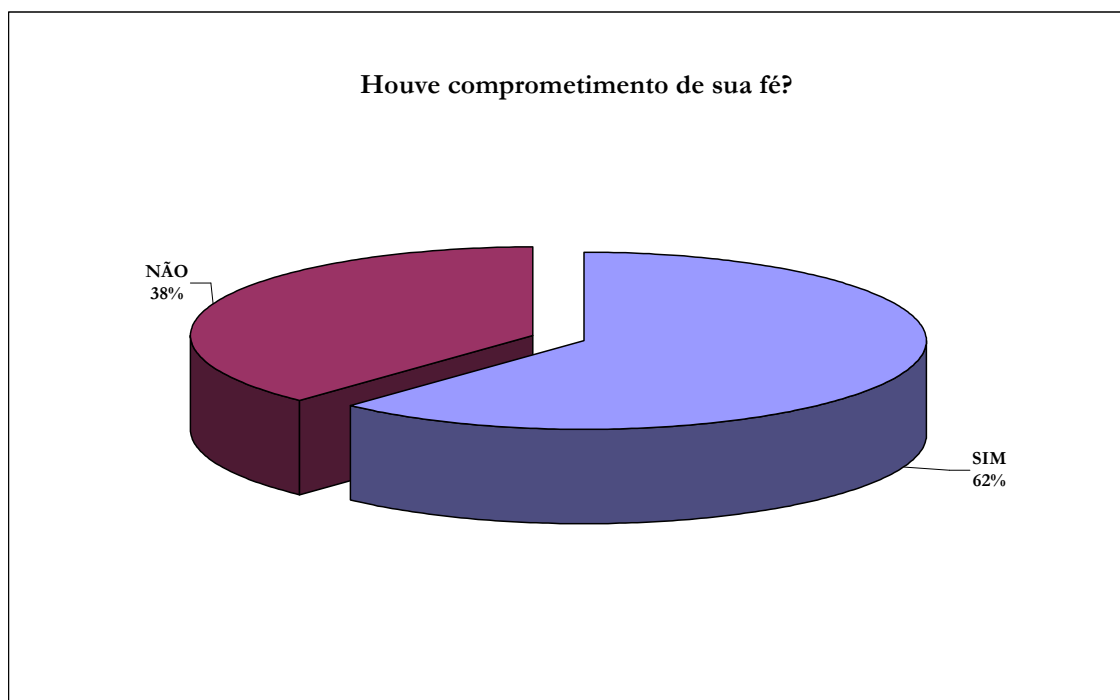
Gráfico 15 – Resposta à Pergunta 3 entre os Pentecostais e Neopentecostais



4.5.4. Comprometimento da fé

Quanto ao comprometimento da fé por ocasião da doença, 62% referiram que houve comprometimento e 38% referiram que não houve comprometimento da fé, como pode ser observado no Gráfico 16.

Gráfico 16 – Comprometimento da fé



Observa-se que 62% dos pacientes apresentaram comprometimento de sua fé por ocasião da doença, mas 38% deles não apresentaram nenhuma alteração em sua fé.

A distribuição das respostas por denominação está indicada no Quadro 7 a seguir.

Quadro 7 – Resposta à Pergunta 4 por denominação

No período em que estava deprimido, antes de procurar tratamento, houve comprometimento de sua fé?

| Denominação | Resposta | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| | SIM | | NÃO | |
| | nº de respostas | % da denominação | nº de respostas | % da denominação |
| Protestantes históricos | 12 | 48 % | 13 | 52 % |
| Católicos | 2 | 66,6 % | 1 | 33,3 % |
| Pentecostais | 3 | 60 % | 2 | 40 % |
| Neo-pentecostais | 14 | 82 % | 3 | 12 % |
| TOTAL | 31 | | 19 | |

A quarta pergunta: “*No período em que estava deprimido, antes de procurar tratamento, houve comprometimento de sua fé?*”, apresentou um dado revelador: em 72% dos pacientes, houve algum comprometimento da fé durante a fase pior da doença. Este comprometimento foi por eles colocado como fragilização ou enfraquecimento da fé. Deve-se notar, por outro lado, que em 28% deles, apesar da gravidade da doença mesmo em seus piores momentos, não houve comprometimento da fé.

4.5.5. Papel da fé na recuperação

A última pergunta, “*a partir de sua melhora, de que forma sua fé influenciou em sua recuperação?*”, teve a seguinte distribuição (Quadro 8):

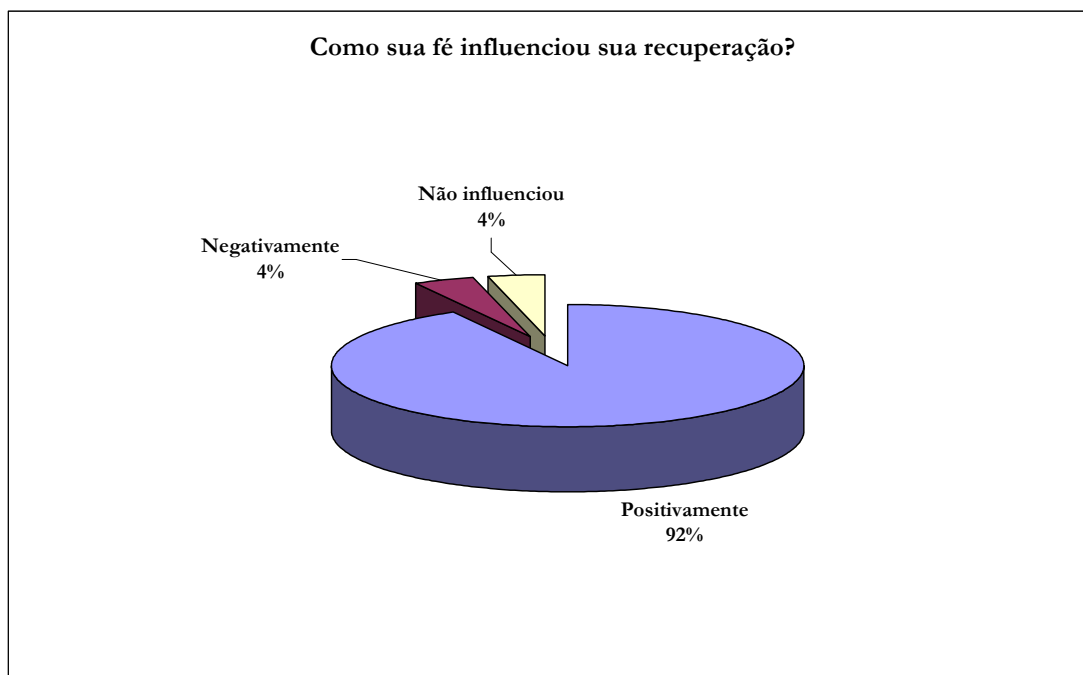
Quadro 8 – Resposta à Pergunta 5

A partir de sua melhora, de que forma sua fé influenciou em sua recuperação?

| resposta | | | | | |
|----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
| Positivamente | | Negativamente | | Não influenciou | |
| n° de espostas | % da amostra | n° de respostas | % da amostra | n° de respostas | % da amostra |
| 46 | 92 % | 3 | 6 % | 1 | 2 % |

Pode-se observar que 92% referiram que a fé influenciou positivamente em sua recuperação quanto à doença que apresentavam, conforme ilustrado no Gráfico 17.

Gráfico 17 – Resposta à Pergunta 5



Neste quadro, fica evidente que a fé contribuiu positivamente na recuperação do estado de doença na imensa totalidade dos pacientes, com a porcentagem de 92% do total. Este dado também está de acordo com a base teórica apresentada, onde está demonstrado que para os cristãos a fé se apresenta como a resposta para a maioria dos males e problemas; corrobora ainda o achado científico de pesquisadores já citados que verificaram a importância benéfica da fé e do sentimento religioso em pacientes portadores de doenças crônicas.

A distribuição da resposta entre as denominações está ilustrada no Quadro 9:

Quadro 9 – Resposta à Pergunta 5 por denominação

A partir de sua melhora, de que forma sua fé influenciou em sua recuperação?

| | resposta | | | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Positivamente | | Negativamente | | Não influenciou | |
| | nº de respostas | % da denominação | nº de respostas | % da denominação | nº de respostas | % da denominação |
| Protestantes históricos | 22 | 84,5 % | 3 | 11,5 % | 1 | 4 % |
| Católicos | 2 | 66,6 % | 0 | 0 % | 1 | 33,3 % |
| Pentecostais | 5 | 100 % | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| Neopentecostais | 17 | 100 % | 0 | 0 % | 0 | 0 % |

Nota-se que, também para esta resposta, a distribuição é variável segundo a denominação religiosa. Entre os pentecostais e neopentecostais, a fé teve um papel positivo na recuperação em 100 % dos casos; a resposta foi mais diversificada entre os protestantes históricos e os católicos. Apenas entre os protestantes históricos houve uma percepção de que a fé poderia ter um impacto negativo na recuperação do quadro depressivo.

4.5.6. Um grupo específico: as respostas dos pastores

Na elaboração da presente pesquisa, entre os 50 prontuários de pacientes atendidos, 13 pertenciam a pastores, representando 26% do total de pacientes atendidos com doenças depressivas. Acreditamos que as respostas destes pacientes merecem uma atenção particular. Dos treze pastores, nove são Presbiterianos, três são Batistas e um é da Assembléia de Deus. Esta porcentagem precisa ser considerada de forma cuidadosa, pois não espelha a incidência real de doença depressiva entre religiosos ou entre pastores. A explicação deste desvio ou artificialidade percentual pode se dever ao fato de que há poucos psiquiatras cristãos em nosso meio. Os dados relativos a este segmento específico foram resumidos nos quadros abaixo. O Quadro 10 ilustra as respostas às Perguntas 1, 3 e 4.

Quadro 10 – Respostas às Perguntas 1, 3 e 4 entre os Pastores

| Perguntas | Respostas | | | |
|---|---------------|---------|--------------|---------------|
| | SIM | | | NÃO |
| | Presbiteriano | Batista | Assembleiano | Presbiteriano |
| 1. Seu sentimento religioso dificultou a compreensão sobre a doença? | 6 | 3 | 1 | 3 |
| 3. Seu sentimento religioso dificultou a procura por ajuda ou tratamento especializado? | 6 | 3 | 1 | 3 |
| 4. No período da doença, houve comprometimento da fé? | 4 | 3 | 1 | 6 |

Deste quadro percebe-se que houve dificuldade na compreensão da doença em 10 pastores, correspondendo a 77 % deles; igualmente em 77 % deles houve prejuízo na busca por tratamento especializado; em 57 % dos pastores houve comprometimento da fé no período de doença.

Quanto ao papel da fé na recuperação, em 100% deles a fé influenciou positivamente na recuperação da doença (Quadro 11).

Quadro 11 – Influência da fé na recuperação entre os pastores

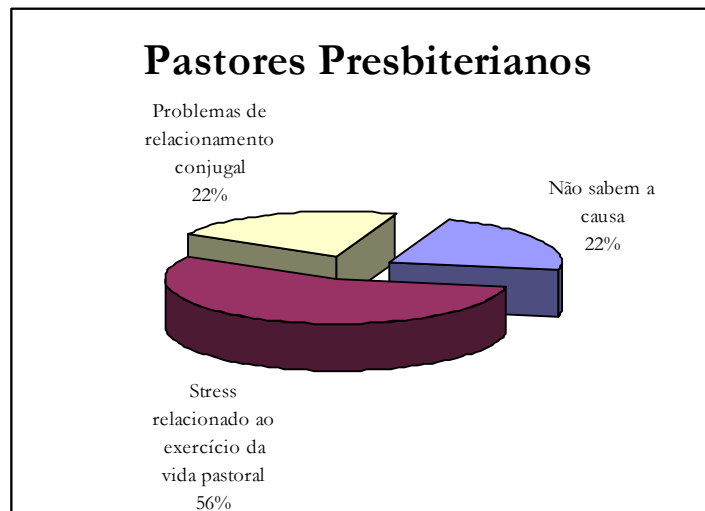
Pergunta 5 - De que forma sua fé influenciou sua recuperação?

| | Positivamente | Negativamente | Não influenciou |
|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| Presbiteriano | 9 | 0 | 0 |
| Batista | 3 | 0 | 0 |
| Assembleiano | 1 | 0 | 0 |

Indagados sobre seu conhecimento sobre a doença depressiva, se tinham informações de que o estado de doença por eles apresentada correspondia a doença depressiva, somente 3 deles tinham informações a respeito. Quanto às causas para seu adoecimento, dos nove pastores presbiterianos, cinco relacionaram sua doença ao stress do exercício da vida pastoral, dois a problemas de relacionamento conjugal e dois não sabiam a causa. Dos três pastores batistas, dois relacionaram ao pecado e falta de fé e um não sabia a causa. O pastor assembleiano relacionou sua depressão à ação do demônio.

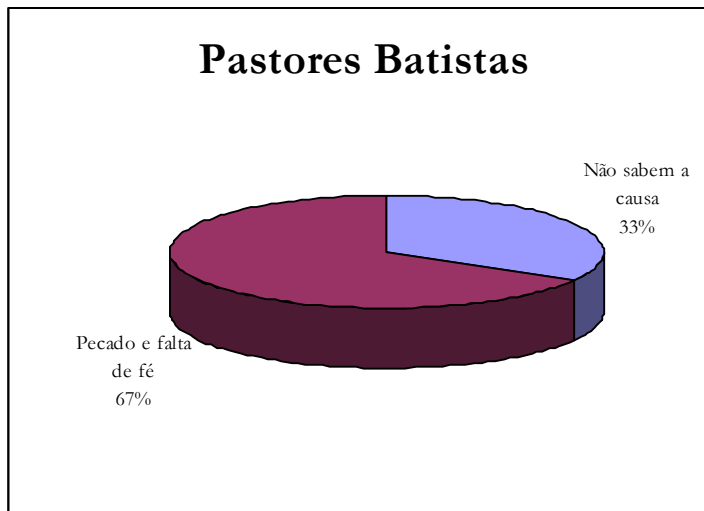
Os dados relativos à atribuição de causa estão ilustrados nos gráficos a seguir. Entre os Presbiterianos, 2 não sabiam a causa, 5 ligaram a doença ao stress relacionado ao exercício da vida pastoral, e 2 a ligaram a problemas de relacionamento conjugal (Gráfico 18):

Gráfico 18 – Atribuição de causa da doença entre os Pastores Presbiterianos



Entre os Batistas, 1 não sabia a causa, e 2 a atribuíram ao pecado e à falta de fé (Gráfico 19):

Gráfico 19 - Atribuição de causa da doença entre os Pastores Batistas



O pastor assembleiano atribuiu a doença à ação do demônio (Gráfico 20):

Gráfico 20 - Atribuição de causa da doença - Pastor Assembleiano



Os dados referentes a 13 pastores na amostra merecem considerações especiais. A porcentagem de pastores da amostra é de 26%; como já foi referido, representa uma

artificialidade de amostragem. Por ser conhecido entre os cristãos, mormente entre os presbiterianos, e devido ainda ao fato de existirem poucos psiquiatras com formação cristã, é de se esperar que haja uma afluência maior dos mesmos ao consultório analisado.

Um dado revelador e preocupante é que dentre os pastores, dos 9 presbiterianos, 5 referiram como causa da depressão o stress ligado à atividade pastoral. As explicações desse stress pastoral foram relacionadas às seguintes questões: problemas com instâncias da Igreja compreendidas por presbitérios e sínodos; falta de compreensão e apoio das referidas instâncias; problemas de relacionamento com as Igrejas locais; e uma queixa comum a todos foi a existência de problemas financeiros advindos da baixa remuneração profissional.

Problemas conjugais também foram significativos: 3 dos 9 pastores presbiterianos e 1 dos 3 batistas os referiram. A tônica das dificuldades de relacionamento conjugal se referiu à insatisfação das esposas pela falta de tempo e conseqüente falta de dedicação à família, pois a Igreja era priorizada em lugar da esposa e filhos. Alguns também colocaram sentimentos de mágoas das esposas em relação ao tratamento recebido nas Igrejas e ainda as mudanças constantes de campos de trabalho.

Como os 13 pastores são pertencentes a ramos do protestantismo histórico, todos cursaram Seminário e Curso superior de Teologia; mas somente 3 deles sabiam a causa da doença. Deste fato podem decorrer conseqüências sérias, pois estes pastores exercem liderança sobre grupos de cristãos e os orientam, inclusive sobre doenças ou estados depressivos. Relacionado a este fato, foi observado que em 69% dos pastores houve prejuízo da busca por auxílio e tratamento especializado.

Este tema merece um aprofundamento em termos de compreensão e discussão, que infelizmente foge ao escopo deste estudo.

Do contacto no atendimento médico aos mesmos, sabe-se que, devido a condições peculiares e particulares do exercício do pastorado, os pastores, a exemplo dos líderes de outros segmentos da sociedade, apresentam inúmeras variáveis que tornam especialmente difícil para eles lidar com estados de fragilização, como o fato de estar doente. O pastor, o líder carismático, ungido, investido da imagem do “homem de Deus” na comunidade, aliado à atitude de estar sempre pronto e disponível para as atividades pastorais, as quais freqüentemente demandam por uma alternância de emoções, como observado nas seguintes atividades: sepultamento pela manhã, reunião de liderança à tarde, casamento em final de tarde e culto à noite, ou seja, a vivência, num mesmo dia, da dor e do luto, o exercício da lógica e preocupação, celebração de momento de

alegria, prédica e exortação e todas as emoções sentidas, expressas e contidas pelo veículo sagrado.

Foi observada também uma dificuldade em maior auto-conhecimento, já que toda a energia cognitiva é voltada ao sagrado, e a conativa é direcionada à comunidade. Foi referido por eles ainda grandes exigências por parte dos fiéis, cobranças e expectativas da igreja local e da Igreja – compreendida aqui como a Igreja enquanto Organização (Igreja Presbiteriana do Brasil, Convenção Batista, Assembléia de Deus), falta de suporte de setores destas Igrejas, e a solidão ministerial.

Esses fatores, entre outros que não foram levantados neste trabalho, tornam o pastor uma figura ímpar na sociedade, e que carece de estudos mais profundos e observações científicas mais rigorosas.

4.6. Conclusões

Síntese dos dados mais significativos da amostra

Da análise desta amostra, os dados mais significativos estão colocados de forma sintética abaixo:

- Os cristãos aqui pesquisados, em sua grande maioria, não enxergam a depressão como doença, antes a compreendem como problema espiritual.
- A totalidade dos pentecostais e neopentecostais desta amostra atribui a causa da doença a problemas espirituais, em sua esmagadora maioria diretamente ligada à ação do demônio – 100% dentro da amostra.
- Dentre os cristãos históricos representados neste estudo de caso, mais da metade referiu como causalidade problemas espirituais – pecado, falta de fé, problemas espirituais; o restante referiu causas devidas a stress profissional, problemas conjugais, hereditariedade e também desconhecimento da causa – mesmos estes tiveram dificuldade na procura por tratamento especializado.
- Esta dificuldade em compreender a depressão enquanto doença causou prejuízo quanto à procura por tratamento especializado, atrasando o alívio da doença e das limitações por ela imposta.
- A doença depressiva verificada neste levantamento chegou a causar comprometimento da fé, enfraquecendo-a.
- Houve influência positiva da fé quanto aos resultados dos tratamentos – 92% desta amostra.
- Um grupo específico de religiosos na amostra (pastores) apresenta particularidades que demandam novos estudos para melhor compreensão dos dados encontrados.

Considerações Finais

O tempo atual é conhecido como “década do cérebro”.

Apesar do enorme avanço das neurociências, algumas questões ainda persistem sobre o funcionamento cerebral. Ainda não se sabe ao certo como as células do sistema nervoso produzem conhecimento e cognição, nem como organizam a memória e realizam outros fenômenos complexos.

Ressalte-se a importância do estudo dos polimorfismos genéticos, como o do receptor 5ht2a, da relação de atividade antidepressiva e os antagonistas da substância P, e das últimas gerações dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina e noradrenalina.

A farmacogenética é uma tendência na medicina. A partir do perfil genético do paciente, será possível saber sua predisposição para desenvolver determinadas doenças, e principalmente a quais medicações irá responder.

Não podemos deixar de mencionar os avanços da neuroimunologia e da neurovirologia, que ampliaram os horizontes diagnósticos e terapêuticos na psiquiatria e na doença depressiva. .

Como consequência de todos estes avanços científicos na compreensão das doenças depressivas, dispomos atualmente de inúmeros recursos terapêuticos.

A psicofarmacologia oferece uma gama variada de medicamentos seguros, efetivos e específicos quanto ao tipo de distúrbio depressivo apresentado. Precisa-se ter o cuidado em não se inclinar a um reducionismo biológico ou farmacológico.

Precisa-se ter igual precaução em não se fazer uma interpretação da doença depressiva apenas através da visão religiosa. Foram demonstrados os prejuízos que as influências religiosas podem trazer aos cristãos portadores de depressão; apesar das informações estarem mais disponíveis e acessíveis acerca das doenças depressivas, os cristãos ainda apresentam grande dificuldade em compreender a depressão enquanto doença. Do exposto na fundamentação teórica e demonstrado com os dados da presente pesquisa, percebe-se que o cristão não consegue enxergar a doença, ele enxerga problema espiritual.

Se os cristãos forem mais informados sobre as doenças depressivas ou psíquicas, pode haver a somatória de ferramentas terapêuticas; aliando a eficácia dos novos antidepressivos, das psicoterapias, o tratamento das comorbidades, a recomendação da prática de hábitos de vida saudáveis, a prática da meditação, a experiência pessoal e vivencial transcendente da religiosidade;

teremos um resultado extremamente favorável na abordagem terapêutica dos quadros depressivos.

Uma vez que na depressão ocorre uma queda de energia, devem-se buscar outras formas de reposição energética e não fazê-la somente através do uso de uma única medida terapêutica. Além da inserção no plano biológico, há também a inserção em outros planos ou dimensões existenciais.

Deve-se estar sempre atento aos dinamismos psicológicos, aos aspectos sociais e às dimensões espirituais.

Os conhecimentos científicos mudam a cada dia: modelos teóricos, hipóteses, pesquisas e conseqüentemente, novas abordagens terapêuticas são oferecidas à população. Quem imaginaria, anos atrás, que gastrite poderia ser devida a um micro-organismo como o *Helicobacter Pylori*?

Semelhantemente, crianças que tiveram muitas amigdalites por streptococcus teriam mais chances na vida adulta de desenvolverem distúrbios psíquicos como D.O.C. - Distúrbio Obsessivo-Compulsivo, Depressões e T.D.A.H. - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Parodiando Verdi:

la ciencia é mobile qual piu mal vento, muta
d'accento e di pensiero.

Os avanços científicos têm permitido que diversos pacientes portadores de doenças tenham tratamentos mais adequados e com menos sintomas colaterais.

Os pacientes portadores de doenças psíquicas atualmente gozam melhor qualidade de vida e podem viver em sociedade e junto a seus familiares; quando anos atrás estariam internados em instituições asilares ou hospitalares.

O avanço científico possibilitará em breve os tratamentos genéticos, quando finalmente poder-se-á falar em cura definitiva para as doenças; já que atualmente é possível controlá-las, inibi-las, atenuar seus prejuízos ao organismo, diminuir o sofrimento dos doentes frente à doença; mas dificilmente pode-se falar em cura.

Cura é não ter mais que adotar nenhuma medida terapêutica, com *restitutio ad integrum*.

A religiosidade, por outro lado, por não depender do processo científico, e por se apresentar como experiência pessoal, vivencial ou existencial transcendente, não sofre as variações naturais da ciência.

A ciência pode se equivocar; pois pode haver diagnósticos errados, medicamentos inadequados, resposta terapêutica fraca ou falha terapêutica, falta de medicamentos ou dificuldade em adquiri-los, depressões resistentes e outros impedimentos que podem dificultar a recuperação dos doentes depressivos.

Se o estado depressivo corresponde ao sentimento de falta de esperança, a fé é justamente a afirmação da certeza na esperança.

Ciência e fé podem caminhar em sentido de uma convergência e soma de experiências e saberes, e levar o homem à verdade, mas nunca obscurecer o entendimento acerca dos fenômenos e dos campos do saber.

Referências Bibliográficas

- A BÍBLIA DE JERUSALEM. São Paulo: Sociedade Católica Internacional e Paulus, 1995.
- A BÍBLIA SAGRADA. *Bíblia de estudo de Genebra*. São Paulo/Barueri: Cultura Cristã e Sociedade Bíblica do Brasil, 1999.
- AKISKAL, H. S., KING, D., ROSENTHAL, T. L., ROBINSON, D., SCOTT-STREUSS, A. Chronic depressions. Part I - Clinical and familial characteristics in 137 probands. *Journal of Affective Disorders* 3(#), 1981.
- AKISKAL, H. S. *et alii*. The evoking bipolar spectrum: prototypes I, II, III, and IV. *Psych. Clin. of North America*, v. 122, 1999.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*, tomo II. Madrid: Ed. Paz Montalvo, 1977.
- ALTSCHULE, M. D. Acedia; its evolution from deadly sin to psychiatric syndrome. *British Journal of Psychiatry* 111, 1965.
- ANDRADE, L.; WALTERS, E. E.; GENTIL, V.; LAURENTIS, R. Prevalence of ICD 10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo. *Soc. Psychiatry Epidemal* 37, 2002.
- ANGST, J. & MARMEROS, A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth, and rebirth. *Journal of Affective Disorders* 67, 2001.
- ANTONIAZZI, A. *Nem anjos nem demônios: interpretações sociológicas do pentecostalismo*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1994.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, 4ª ed. - Texto revisado (DSM IV-TR)*. Porto Alegre: ArtMed, 2000.
- BARSKY, A. J. Amplification, somatization, and somatoform disorders. *Psychosomatics* 33, 1996.
- BASTIDE, R. *O Sagrado Selvagem*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.
- BERGUER, P. L. *O dossel sagrado; elementos para uma teoria sociológica das religiões*. São Paulo: Paulus, 1985.
- BERRETINI, W. Diagnostic and genetics issues of depression and Bipolar illness. *Pharmachotherapy* 15 (6Pt2), Nov-Dec, 1995.
- BLACKWELL, B. & DE MORGAN, N. P. The primary care of patients who have bodily concerns. *Arch. Fam. Med.* 5, 1999.
- BONFATI, P. *A expressão popular do sagrado: uma análise psico-antropológica da Igreja Universal do Reino de Deus*. São Paulo: Paulinas, 2000.
- BOWLBY, J. The making and breaking of affectional bonds. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 1977.

- CALVINO, J. *As Institutas ou tratado da religião cristã*. São Paulo: Casa Editora Presbiteriana, 1985.
- CALVINO, J. *O Livro dos salmos: comentários à Sagrada Escritura*. São Paulo: Paracletos, 1999.
- CAMPOS, L. *Teatro, Templo e Mercado*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1997.
- CLEMENTE, J. N. S. O dinamismo da ética pela ótica da sociologia e do seguimento de Jesus. *Ciências da Religião* 4, 2006.
- COSTA, H. M. P. *A Reforma e a Educação*. Trabalho apresentado ao programa de Mestrado em Ciências da Religião da Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2007.
- CRESPI, F. *A experiência Religiosa na pós-modernidade*. Bauru: EDUSC, 1999.
- DEL PORTO, J. A. Evolução do conceito e controvérsias atuais sobre o transtorno bipolar do humor. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26 supl. 3, São Paulo, out 2004.
- DEL PORTO, J. A. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, 2007.
- DELGADO, L. C. H. Depresión enmascarada. *Cons Méd* 5 mar, 1996.
- DELUMEAU, J. *O pecado e o medo*. Bauru: EDUSC, 2003.
- DEUS, P. *Estado atual dos pacientes leucotomizados internados no hospital de Juqueri*. Trabalho apresentado no VII Symposium de Psiquiatria de Crônicos, Santiago, Chile, 1984.
- DEUS, P. ECT y Neurolépticos: Estudio Comparativo entre dos abordagens terapêuticas. *I Seminário Internacional de Atención Primaria y Rehabilitación Psiquiátricas. IV Congreso Nacional de Psiquiatria*. Havana, Cuba, 1987.
- DEUS, P. *Ansiedade, angústia, medo e depressão*. São Paulo: apostila relativa a curso apresentado em Simpósio IPUB, 1998.
- DEUS, P. A evolução da neuropsiquiatria. *Médico Repórter*. São Paulo: Ed. Lopso, 2003.
- DURKHEIM, E. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- ELIADE, M. *O Mito do eterno retorno*. Lisboa: Ed. 70, 1969.
- ELIADE, M. *O Sagrado e o Profano*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- ELKIS, H., FRIEDMAN, L., WISE, A. *et alii*. Meta-analysis of studies of ventricular enlargement and cortical sulcal prominence in mood disorders: comparison with controls and patients with schizophrenia. *Arch. Gene. Psychiatry* 52, 1995.
- ESCOBAR, J. L. Overview of somatization; diagnosis, epidemiology, and management. *Psychopharmacology Bulletin* 32, 1996.
- FERREIRA, W. C. *João Calvino, Vida, Influência e Teologia*. Campinas: Luz para o Caminho, 1990.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.
- FREUD, A. *O Ego e os mecanismos de defesa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1990.

- FREUD, S. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- FROMM, E. *El dogma de Cristo*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1964.
- FURLANETTO, L. M., CAVANAUGH, S. BUENO, J. R. *et alii*. Association between depressive symptomatology and mortality in medical inpatients. *Psychosomatics* 42, 2000.
- GOMES, A. M. A. As representações sociais e o estudo do fenômeno do campo religioso. *Ciências da Religião História e Sociedade*, São Paulo, v. Nº 2, n. 02, p. 35-60, 2004.
- GONÇALVES, M., FERRAZ, M. P. T., GIGLIO, J. S. *Religiosidade e Saúde: Perspectivas de Continência Conjunta*. Disponível em: < <http://www.ipetrans.hpg.ig.com.br/Arq39.htm>>. Acesso em: 28nov2007.
- GREENBERG, P. E., SISITSKY, T., KESSLER, R. *et alii*. The economic burden of depression in the 1990s. *Journal of Clinic Psychiatric* 54(11), 1992.
- HAWKER, D. S. J. & BOULTON M. J. Twenty years research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *Child Psychology* 41, 2000.
- HOEKEMA, A. A. *O Cristão toma consciência de seu valor*. Campinas: Luz para o Caminho, 1987.
- HORTON, M. *Religião de Poder*. São Paulo: Editora Cultura Cristã, 1998.
- HUNGAND, B. L.; VINNOD, K. Y.; KASSIR, S. A.; BASVARANJAPPA, B. S.; YALAMACHILLI, R.; COOPER, T. B. Upregulation of CB1 receptors and agonist-stimulated GTP gamma binding in the pre frontal cortex of depressed suicide victims. *Mol Psychiatry* 9, 2004.
- IBAÑEZ DOMINGUEZ, J. Aspectos endócrinos de la depresión, somatización y su tratamiento. *Archiv. Venz. Psiquiatr. Neurol* 37(76), ene-jun, 1991.
- JACOB, C. *et alii*. *Atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil*. São Paulo: Loyola-CNBB, 2003.
- JUDD, L.L., SCHEFTER, P.J. & AKISKAL, H.S. The role and clinical relevance, and public health significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders* 45, 1997.
- JUNG, C.G. *A Dinâmica do Inconsciente*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1984.
- JUNG, C.G. *Psicologia da Religião Ocidental e Oriental*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1983.
- KAISER, I. *Martinho Lutero: Obras Selecionadas*. São Leopoldo/Porto Alegre: RS: Sinodal/Concórdia, 1995.
- KATON, W.; RIES, R. K.; KLEIMAN, A. The prevalence of somatization in primary care. *Comprehensive Psychiatry* 25, 1984.
- KOENIG, H. G., GEORGE, L.K. & PETERSON, B. L. Religiousness and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry* 155, 1998.

- KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. in: *Handbook of religions and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford Press University, 2001.
- KRAMER, H.; SPRENGER, J. *O Martírio das Feiticeiras*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1993.
- KROENKE, A. M. E.; MANGELSDORFF, A. D. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. *Archives Inter. Medicine* 150, 1990.
- KUYPER, A. *Calvinismo*. São Paulo: Ed. Cultura Cristã, 2002.
- LEONHARD, K. *Manual de Psiquiatria*. Madrid: Ediciones Morata, 1953.
- LICINIO J. *Biologia da Depressão*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- LOPES, A. N. *O que Você Precisa Saber sobre Batalha Espiritual*. São Paulo: Cultura Cristã, 1997.
- MACEDO, E. *A Libertação da Teologia*. Rio de Janeiro: Universal Produções, 6ª edição, s/d.
- MACHADO, A. L. *Espaços da representação da Loucura: Religião e Psiquiatria*. Campinas: Papirus, 2001.
- MAIMON, B. *Mishné Tora: o livro da sabedoria*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- MENDONÇA, A. G. *O Celeste Porvir. A inserção do protestantismo no Brasil*. São Bernardo do Campo: IMS, 1995.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. *et alii*. Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2006.
- NOWAK, G., ORDAWY, G. A. & PAUL, I. A. Alterations in the N methyl-D-aspartate (NMDA) receptor complex in the frontal cortex of suicide victims. *Brain Research*, 1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento do CID 10; descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, 10ª ed.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- OTTO, R. *O Sagrado*. Lisboa: Ed.70, 2005.
- PELICIER, Y. *Histoire de la Psychiatrie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1971.
- POLLARD, I. Meditation and Brain Function: A Review. *Eubios Journal of Asian International Bioethics* 14, 2004.
- POTTER, C. F. *História das religiões*. São Paulo: Ed. Universitária, 1944.
- RAMOS, A. Comunicação apresentada no *II Colóquio sobre Protestantismo*, realizado na Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2006.
- ROMEIRO, P. *Decepcionados com a graça: esperanças e frustrações no Brasil neopentecostal*. São Paulo: Mundo Cristão, 2005.
- SILVEIRA, A. *Psicopatologia Fisiológica*. Apostila do curso de residência médica da Faculdade de Medicina de Jundiaí. 1978.

SIMON, G.; GATER, R.; KISELEY, S.; PICCINELLI, M. Somatic symptoms of distress: an international primary care study, *Psychosom Med* 58, 1996.

SMITH, T. B.; McCULLOUGH, M. E. Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. *Psychological Bulletin* 129, n 4, 2003.

SOPER, E. D. *The religions of mankind*. New York: The Abingdon Press, 1932.

SWINDOLL, C. R. *Davi: um homem segundo o coração de Deus*. São Paulo: Ed. Mundo Cristão, 1968.

VERLAG, S. F. *Cartas entre Freud e Pfister*. Viçosa: Ultimato, 1998.

WINOKUR, G.; BLACK, D. W., NASRALLAH, A. Depressions secondary to other psychiatric disorders and medical illnesses. *American Journal of Psychiatry* 145(2), 1988.

YEH, H. C. The influences of sibling relationships in adolescence. *Dis.Abs.Int* 62 (2-A), 2001.

Anexos

ANEXO A – Classificação das Doenças Mentais de Kraepelin

I. Alterações de traumas cranianos

- a. delírio traumático
- b. epilepsia traumática
- c. defeitos psíquicos traumáticos

II. Alterações psíquicas em outras encefalopatias orgânicas

- a. tumores, abscessos, cisticercose
- b. esclerose múltipla e esclerose lateral
- c. enfermidades: coréia de Huntington, esclerose tuberosa, idiotismo amaurotíco, enfermidade de Merzbacher, enfermidade de Wilson, pseudoesclerose
- d. encefalites, hidrocefalia
- e. insolação

III. Alterações mentais nas intoxicações

A. Intoxicações exógenas

1. Alcoolismo

- a. embriaguez
- b. embriaguez agitada
- c. alcoolismo crônico
- d. delírio de ciúme alcoólico
- e. *delirium tremens*
- f. alucinação alcoólica
- g. psicose de Korsakow
- h. epilepsia alcoólica

2. Intoxicações crônicas por alcalóides

- a. morfínismo, ufomania, codeínismo, heroínismo, dionínismo
- b. cocainismo

3. Outras intoxicações crônicas

- a. intoxicações por clorofórmio, petróleo, benzina, hidrato de cloral, paraldeído, bromo, trional, veronal, mercúrio, haxixe
- b. ergotismo, pelagra, beribéri

4. Intoxicações agudas

- a. Gases: óxido de carbono, óxido nítrico, ácido sulfúrico
- b. Medicamentos: atropina, iodofórmio, quinina, ácido salicílico, tropocáína
- c. Outros Tóxicos: anilina, dinitrotolúol, toluidina

B. Intoxicações endógenas

1. Por metabólitos

- a. delírio urêmico
- b. delírio eclâmptico
- c. psicoses na diabetes
- d. delírio na icterícia
- e. delírio nos transtornos circulatórios
- f. delírio nas caquexias (carcinoma, anemias etc)
- g. asfixia por calor
- h. delírios por fome ou sede, delírios por colapso

2. Intoxicações endócrinas

- a. Psicoses da Tireóide
 1. Enfermidade de Basedow

2. Mixedema
3. Cretinismo
- b. Debilidade Mental em enfermidades
 1. da hipófise
 2. da hipotireóide
 3. das supra-renais
 4. das glândulas sexuais
 5. do timo
 6. infecção pluriglandular

IV. Alterações mentais em enfermidades infecciosas (tifo, varíola, poliartrite, pneumonia, gripe, coréia, febre intermitente, paludismo, sepsis, raiva, lepra, tripanossomíase)

1. delírio febril e infecciosos
2. estados confusionais
3. estados de debilidade infecciosa

V. Sífilis

1. Sífilis cerebral
 - a. neurastenia sífilítica
 - b. pseudoparalisia sífilítica
 - c. sífilis cerebral apoplética
 - d. epilepsia sífilítica
 - e. formas paranóides
 - f. sífilis congênito
2. Paralisia geral progressiva
 - a. demencial
 - b. depressiva
 - c. expansiva
 - d. forma agitada e galopante
 - e. paralisia lateral
 - f. formas atípicas
 - g. paralisia juvenil
3. Psicose tabética

VI. Processos arterioescleróticos e de involução

1. Arterioesclerose
 - a. demência arterioesclerótica
 - b. encefalite subcortical
 - c. epilepsia tardia
 - d. demência apoplética
2. Processos pré-senis
 - a. formas perniciosas
 - b. formas catatônicas
 - c. formas paranóides
3. Psicoses senis
 - a. demência senil
 - b. presbiofrenia
 - c. enfermidade de Alzheimer
 - d. delírio de perseguição senil

VII. Epilepsia genuína (imbecilidade epiléptica, demência epiléptica, estados crepusculares, status epilepticus)

VIII. Esquizofrenias

A. Demência precoce

- a. forma simples
- b. demência precocíssima – na infância
- c. hebefrenia
- d. forma depressiva e estuporosa
- e. forma circular e agitada
- f. catatonia
- g. demência
- h. confusão de linguagem

B. Parafrenias

- a. sistemática
- b. expansiva
- c. confabulatória
- d. fantástica

IX. Psicoses maníaco-depressivas

A. Predisposição maníaco-depressiva

- a. predisposição irritável
- b. predisposição maníaca
- c. predisposição depressiva
- d. predisposição ciclotímica

B. Psicose maníaco-depressiva

- a. mania
- b. melancolia
- c. estados mistos

X. Psicopatias (incluídas as personalidades histéricas)

- a. nervosos
- b. neuroses obsessivas
- c. excitáveis
- d. instáveis
- e. débeis de vontade
- f. impulsivos
- g. impulsivos patológicos
- h. perversos sexuais
- i. discutidores
- j. extravagantes
- k. mentirosos
- l. personalidades histéricas
- m. querelantes
- n. sociais

XI. Reações psicógenas I (incluídas todas as reações histéricas)

A. Psicoses e neuroses de situação

- a. depressão psicógena
- b. loucura induzida
- c. psicose de prisão de origem psicógena

- d. psicose de espanto (estados confusionais)
 - e. neurose de guerra
 - f. neurose traumática
 - g. neurose de renda
 - h. delírio litigioso
- B. Estados nervosos
- a. esgotamento nervoso (por excesso de trabalho e emoções)
 - b. neurose de angústia
- C. Reações histéricas
- a. histeria de desenvolvimento (na idade juvenil)
 - b. histeria alcoólica
 - c. histeria traumática
 - d. estados crepusculares histéricos
 - e. estados crepusculares de Gancia
 - f. estupor histérico da prisão

XII. Paranóia

- a. personalidade paranóica
- b. formas atenuadas e abortivas de paranóia
- c. delírio de perseguição dos surdos
- d. paranóia clássica (delírio de perseguição, de ciúme, de descendência, de grandeza, religioso, dos inventores, eróticos)

XIII. Oligofrenia

- a. graus diferentes
 - 1. idiotismo
 - 2. imbecilidade
 - 3. debilidade mental
- b. mongolismo
- c. infantilismo

XIV. Causas obscuras

ANEXO B – Classificação de Kretschmer

I. Anormalidades da personalidade

- A. Psicopatias e transtornos hereditários da afetividade e da vontade
- B. Oligofrenias, transtornos intelectuais congênitos

II. Enfermidades mentais

- A. Grupo endógeno: psicose maníaco depressiva, esquizofrenia e Epilepsia essencial
- B. Grupo psicogenético: histeria, paranóia, neurose obsessiva
- C. Grupo exógeno: paralisia geral, alcoolismo, psicose infecciosa, arterioesclerose, demência senil

ANEXO C - Classificação de K. Schneider

I. Variantes e anomalias da vida psíquica

- A. vários estados deficitários congênitos
- B. personalidades anormais
- C. reações vitais anormais

II. Seqüelas de enfermidades (e malformações)

A. Ordenação somática, com etiologia de causa conhecida:

Intoxicações, Infecções, malformações, traumas cerebrais,
Paralisia geral, arteriosclerose, enfermidades cerebrais senis,
Outras afecções do cérebro, epilepsia genuína

B. Ordenação psicopatológica ou sintomatológica, com etiologia de causa desconhecida:

- a. agudas: turvação da consciência
- b. crônicas: desintegração da personalidade
- c. ciclotímica e esquizofrenia

ANEXO D – Classificação de Kleist (somente as doenças afetivas)

I. Formas unipolares e simples

A. Formas depressivas

1. melancolia
2. psicose de angústia – tem duas sub-formas: depressão triste e depressão ansiosa. O curso da psicose de angustia é diferente dos quadros melancólicos, já que existem crises paroxísticas. A melancolia é uma depressão inibida, enquanto a angustiosa é uma depressão agitada.
3. melancólica ansiosa – se trata de um quadro melancólico com sensações de angústia, mas sem agitação.
4. psicose ansiosa ou de referência – como o nome indica, há idéias de referência. A ansiedade não é tão pronunciada como na psicose de angústia.
5. estupor depressivo – quadro parecido ao da melancolia, mas a inibição aumenta até chegar ao estupor.
6. depressão hipocondríaca – existe uma disforia hipocondríaca que afeta as sensações corporais, com moléstias localizadas principalmente no estômago e intestino. A depressão depende da intensidade dos sintomas hipocondríacos.
7. depressão com despersonalização – há perda de interesse por tudo o que cerca o paciente. Tudo lhes parece inanimado, estranho e vazio.

II. Formas maniformes

1. mania – forma clássica
2. confabulose expansiva – enfermos com ânimo exaltado, megalomaniacos.
3. psicose extática ou de felicidade – humor feliz, elevação da personalidade com caráter religioso, chegando ao êxtase.
4. excitação hipocondríaca – trata-se de hipocondria com excitação, tem sintomas que lembram a mania. Os enfermos falam demasiadamente de suas doenças.

ANEXO E – Classificação de Leonhard (somente as formas afetivas)

I. Formas puras de psicoses endógenas

- a. melancólica pura
- b. mania pura

II. Depressão pura

- a. depressão agitada
- b. depressão hipocondríaca
- c. depressão auto-torturada
- d. depressão paranóide
- e. depressão fria

III. Euforias puras

- a. euforia improdutiva
- b. euforia hipocondríaca
- c. euforia exaltada
- d. euforia confabulatória
- e. euforia fria

IV. Formas poliformes das psicoses endógenas

V. Doença maníaco-depressiva e Psicoses ciclóides

- a. psicose de angústia
- b. psicose confusional
- c. psicose de motilidade hiperkinética

ANEXO F – Classificação das doenças depressivas de Kielhoz

1. Depressões orgânicas: determinadas por alterações morfológicas do cérebro.
2. Depressões sintomáticas: cujo condicionamento corresponde a enfermidades extracerebrais.
3. Depressões nas psicoses esquizofrênicas.
4. Depressões endógenas.
5. Depressões psicógenas com 3 subtipos: depressões neuróticas, depressões por fadiga e depressões psico-reativas

ANEXO G – Carta de Informação ao Sujeito de Pesquisa

CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DE PESQUISA

Esta pesquisa tem como intuito verificar as Influências do Sentimento Religioso sobre o Cristão portador de Depressão. A pesquisa será realizada com pacientes cristãos que procurarem espontaneamente atendimento psiquiátrico em um consultório especializado, localizado na região sul da cidade de São Paulo. A participação na pesquisa será voluntária. Os dados da pesquisa serão colhidos das informações constantes nos prontuários médicos. Este material será posteriormente analisado e será garantido sigilo absoluto sobre as questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes, bem como a identificação do local da coleta de dados. A divulgação do trabalho terá finalidade Acadêmica, esperando contribuir para um maior entendimento do tema estudado. Aos participantes, cabe o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum. Os dados coletados serão utilizados na dissertação de mestrado do Dr. Pécio Ribeiro Gomes de Deus, do Programa de Mestrado em Ciências da Religião da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Dr. Pécio Ribeiro Gomes de Deus

Pesquisador

Prof. Dr. Antonio Másoli de Araújo Gomes

Orientador

ANEXO H – Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o(a) senhor(a) _____, sujeito de pesquisa, após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DE PESQUISA, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal podem, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força de sigilo profissional.

São Paulo, de de .

Assinatura do sujeito ou de seu representante legal

ANEXO I – Carta de Informação à Instituição

CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO

Esta pesquisa tem como intuito verificar as Influências do Sentimento Religioso sobre o cristão portador de Depressão. A pesquisa será realizada com pacientes cristãos que procurarem espontaneamente atendimento psiquiátrico em um consultório especializado, localizado na região sul da cidade de São Paulo. A participação na pesquisa será voluntária. Os dados da pesquisa serão colhidos nos prontuários dos pacientes. Este material será posteriormente analisado e será garantido sigilo absoluto sobre as questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes, bem como a identificação do local da coleta de dados. A divulgação do trabalho terá finalidade Acadêmica, esperando contribuir para um maior entendimento do tema estudado. Aos participantes, cabe o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum. Os dados coletados serão utilizados na dissertação de mestrado do Dr. Pêrsio Ribeiro Gomes de Deus do Programa de Mestrado em Ciências da Religião da Universidade Presbiteriana Mackenzie

Dr. Pêrsio Ribeiro Gomes de Deus
Pesquisador

Prof. Dr. Antonio Máspoli de Araújo Gomes
Orientador

| | |
|---|-----|
| Introdução..... | 14 |
| Capítulo 1 – O Sentimento Religioso na História..... | 17 |
| 1.1. O homem primitivo | 17 |
| 1.2. O Monoteísmo | 23 |
| 1.3. A Depressão do Salmista Davi | 26 |
| 1.4. Tentativas de dissociar doenças e divindades..... | 29 |
| 1.5. A Explicação de Jesus | 30 |
| 1.6. O Cristianismo primitivo e as Doenças | 32 |
| 1.7. Jung e os Protestantes..... | 35 |
| Capítulo 2 - A Influência religiosa sobre os cristãos portadores de depressão | 37 |
| 2.1. Os Cristãos Históricos | 37 |
| 2.2. O momento atual | 41 |
| 2.3. A Religião de mercado | 42 |
| 2.4. Pecado, culpa e depressão..... | 52 |
| 2.5. Religiosidade e Depressão: influências benéficas e prejudiciais..... | 53 |
| 2.6. Síntese..... | 55 |
| Capítulo 3 - A Doença Depressiva sob a Óptica da Psiquiatria | 57 |
| 3.1. A Psiquiatria - revisão histórica | 57 |
| 3.2. A Psiquiatria Moderna..... | 65 |
| Sigmund Freud (1856-1939)..... | 65 |
| 3.3. A Psiquiatria Contemporânea e as Doenças Depressivas..... | 68 |
| 3.4. Conceito atual de depressão..... | 70 |
| 3.4.1. Depressões menores: Distímia e Ciclotímia..... | 75 |
| 3.4.2. Depressões somáticas | 76 |
| 3.4.3. Transtornos Somatoformes..... | 77 |
| 3.4.4. Depressões secundárias | 81 |
| <i>Medicamentos mais freqüentemente associados à depressão</i> | 83 |
| 3.5. Tratamento da Depressão | 84 |
| 3.5.1. Tratamentos Psicológicos | 85 |
| <i>Psicanálise</i> | 86 |
| 3.5.2. Tratamentos Biológicos | 89 |
| <i>Psicofármacos</i> | 89 |
| <i>Estimulação elétrica cerebral</i> | 93 |
| <i>Estimulação magnética trans-craniana</i> | 94 |
| <i>Psicocirurgia</i> | 94 |
| 3.5.3. Tratamentos Naturais | 95 |
| Capítulo 4 – Análise de caso | 96 |
| 4.1. Metodologia | 96 |
| 4.2. Amostra | 97 |
| 4.3. Instrumento | 98 |
| 4.4. Procedimento | 99 |
| 4.5. Resultados e Análise | 101 |
| 4.5.1. Compreensão da doença | 102 |
| 4.5.2. Causa da doença segundo o paciente..... | 105 |
| 4.5.3. Busca de tratamento..... | 110 |
| 4.5.4. Comprometimento da fé | 114 |
| 4.5.5. Papel da fé na recuperação..... | 116 |
| 4.5.6. Um grupo específico: as respostas dos pastores..... | 118 |

| | |
|--|-----|
| 4.6. Conclusões..... | 123 |
| Considerações Finais..... | 124 |
| Referências Bibliográficas..... | 127 |
| Anexos..... | 132 |
| ANEXO A – Classificação das Doenças Mentais de Kraepelin..... | 133 |
| ANEXO B – Classificação de Kretschmer..... | 137 |
| ANEXO C - Classificação de K. Schneider..... | 138 |
| ANEXO D – Classificação de Kleist (somente as doenças afetivas)..... | 139 |
| ANEXO E – Classificação de Leonhard (somente as formas afetivas)..... | 140 |
| ANEXO F – Classificação das doenças depressivas de Kielhoz..... | 141 |
| ANEXO G – Carta de Informação ao Sujeito de Pesquisa..... | 142 |
| ANEXO H – Termo de Consentimento..... | 143 |
| ANEXO I – Carta de Informação à Instituição..... | 144 |
| | |
| GRÁFICO 1 – RESPOSTA À PERGUNTA 1 NO TOTAL DA AMOSTRA..... | 102 |
| GRÁFICO 2 – COMPREENSÃO DA DOENÇA POR DENOMINAÇÃO RELIGIOSA..... | 103 |
| GRÁFICO 3 – RESPOSTA À PERGUNTA 1 ENTRE OS PROTESTANTES HISTÓRICOS..... | 104 |
| GRÁFICO 4 – RESPOSTA À PERGUNTA 1 ENTRE OS PENTECOSTAIS E NEOPENTECOSTAIS..... | 104 |
| GRÁFICO 5 – RESPOSTA À PERGUNTA 1 ENTRE OS CATÓLICOS..... | 104 |
| GRÁFICO 6 – RESPOSTA À PERGUNTA 2..... | 106 |
| GRÁFICO 7 – RESPOSTA À PERGUNTA 2 ENTRE OS NEOPENTECOSTAIS..... | 107 |
| GRÁFICO 8 – RESPOSTA À PERGUNTA 2 ENTRE OS PENTECOSTAIS..... | 107 |
| GRÁFICO 9 – RESPOSTA À PERGUNTA 2 ENTRE OS BATISTAS..... | 108 |
| GRÁFICO 10 – RESPOSTA À PERGUNTA 2 ENTRE OS PRESBITERIANOS..... | 108 |
| GRÁFICO 11 – RESPOSTA À PERGUNTA 2 ENTRE OS CATÓLICOS..... | 109 |
| GRÁFICO 12 – BUSCA DE TRATAMENTO..... | 110 |
| GRÁFICO 13 – RESPOSTA À PERGUNTA 3 POR DENOMINAÇÃO..... | 111 |
| GRÁFICO 14 – RESPOSTA À PERGUNTA 3 ENTRE OS PROTESTANTES HISTÓRICOS..... | 113 |
| GRÁFICO 15 – RESPOSTA À PERGUNTA 3 ENTRE OS PENTECOSTAIS E NEOPENTECOSTAIS..... | 113 |
| GRÁFICO 16 – COMPROMETIMENTO DA FÉ..... | 114 |
| GRÁFICO 17 – RESPOSTA À PERGUNTA 5..... | 116 |
| GRÁFICO 18 – ATRIBUIÇÃO DE CAUSA DA DOENÇA ENTRE OS PASTORES PRESBITERIANOS..... | 119 |
| GRÁFICO 19 - ATRIBUIÇÃO DE CAUSA DA DOENÇA ENTRE OS PASTORES BATISTAS..... | 120 |
| GRÁFICO 20 - ATRIBUIÇÃO DE CAUSA DA DOENÇA - PASTOR ASSEMBLEIANO..... | 120 |
| | |
| QUADRO 1 – OPÇÃO RELIGIOSA..... | 101 |
| QUADRO 2 – COMPREENSÃO DA DOENÇA POR DENOMINAÇÃO RELIGIOSA..... | 103 |
| QUADRO 3 – RESPOSTAS À PERGUNTA 2..... | 105 |
| QUADRO 4 – RESPOSTA À PERGUNTA 2 POR DENOMINAÇÃO: ATRIBUIÇÃO DE CAUSALIDADE..... | 106 |
| QUADRO 5 – RESPOSTA À PERGUNTA 3..... | 111 |
| QUADRO 6 – RESPOSTA À PERGUNTA 3 POR DENOMINAÇÃO..... | 112 |
| QUADRO 7 – RESPOSTA À PERGUNTA 4 POR DENOMINAÇÃO..... | 115 |
| QUADRO 8 – RESPOSTA À PERGUNTA 5..... | 116 |
| QUADRO 9 – RESPOSTA À PERGUNTA 5 POR DENOMINAÇÃO..... | 117 |
| QUADRO 10 – RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS 1, 3 E 4 ENTRE OS PASTORES..... | 118 |
| QUADRO 11 – INFLUÊNCIA DA FÉ NA RECUPERAÇÃO ENTRE OS PASTORES..... | 119 |

