

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ALESSANDRO MOREIRA DIAS



A RELIGIÃO COMO FATOR DA (NÃO) ADESÃO AO TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO DA DEPRESSÃO NOS RELATOS DE PARTICIPANTES DE UM  
GRUPO DA TERCEIRA IDADE DO MUNICÍPIO DE SANTA RITA DE MINAS - MG

ALESSANDRO MOREIRA DIAS

A RELIGIÃO COMO FATOR DA (NÃO) ADESÃO AO TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO DA DEPRESSÃO NOS RELATOS DE PARTICIPANTES DE UM  
GRUPO DA TERCEIRA IDADE DO MUNICÍPIO DE SANTA RITA DE MINAS - MG



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

Orientador: Dr. Sérgio Luiz Marlow  
Coorientador: Dr. Julio Cezar de Paula Brotto

VITÓRIA-ES  
2021

Dias, Alessandro Moreira

A religião como fator da (não) adesão ao tratamento medicamentoso da depressão nos relatos de participantes de um grupo da Terceira Idade do Município de Santa Rita de Minas - MG / Alessandro Moreira Dias. -- Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2021.

x, 107 f. ; 31 cm.

Orientador: Sérgio Luiz Marlow

Coorientador: Julio Cezar de Paula Brotto

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

Referências bibliográficas: f. 99-107

1. Ciência da religião. 2. Religião e espaço público. 3. Religião e saúde.
4. Depressão. 5. Tratamento medicamentoso. 6. Tratamento e medicamento.
7. Religião e depressão. - Tese. I. Alessandro Moreira Dias. II. Faculdade Unida de Vitória, 2021. III. Título.

ALESSANDRO MOREIRA DIAS

A RELIGIÃO COMO FATOR DA (NÃO) ADESÃO AO TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO DA DEPRESSÃO NOS RELATOS DE PARTICIPANTES DE  
UM GRUPO DA TERCEIRA IDADE DO MUNICÍPIO DE  
SANTA RITA DE MINAS - MG

Dissertação para obtenção do grau  
de Mestre em Ciências das  
Religiões no Programa de Mestrado  
Profissional em Ciências das  
Religiões da Faculdade Unida de  
Vitória.



---

Doutor Sérgio Luiz Marlow – UNIDA (presidente)



---

Doutor Osvaldo Luiz Ribeiro – UNIDA



---

Doutor Julio César de Paula Brotto



Dedico ao meu pai Odilson Cunha Dias (*in memoriam*), meu exemplo, meu amigo, meu suporte. Seguiremos firmes, mesmo em planos distintos, na certeza do reencontro.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proporcionar viver esse momento, apesar dos desafios, obstáculos e perdas.

A minha esposa Gislaine.

Aos meus filhos: Otávio, Júlia e Ana Clara.

A minha mãe Cleonice. Por vocês e com vocês seguiremos sempre em frente, vencendo todas as adversidades, são meu combustível, minha fortaleza.

Aos demais membros da minha família por acreditarem em meus sonhos e alicerçarem minhas trajetórias.

Ao meu orientador Professor Dr. Julio Cezar de Paula Brotto por todo apoio, incentivo e ensinamentos durante essa incrível jornada e conhecimento, o resultado desse trabalho é nosso.

Aos membros da Banca de Defesa e demais professores e funcionários dessa distinta instituição, Faculdade Unida de Vitória.

Aos colegas do curso por todo o companheirismo.

Aos amigos por estarem presentes nos bons e maus momentos.



Eu sou a porta. Se alguém entrar por mim, será salvo; entrará, sairá e achará pastagem.

João 10:9

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar a influência ou não da religião no tratamento medicamentoso de um grupo de participantes da terceira idade, de um município do leste de Minas Gerais. Considerando o aumento no número de indivíduos com quadro depressivo, no mundo e no Brasil, além de vários preconceitos no que concerne aos problemas mentais, incluindo a depressão, o trabalho pretendeu trazer para discussão o reconhecimento de saber ser a depressão uma doença de causas variadas e que envolve aspectos biológicos e psicológicas, necessitando assim de uma conciliação entre religião e medicina para auxiliar o indivíduo que apresente um quadro depressivo uma recuperação, uma vez que a religião possui forte influência na vida de boa parte dos indivíduos. O trabalho foi estruturado em três capítulos, a partir de uma pesquisa descritiva, iniciada a partir de uma revisão de literatura, seguida da aplicação de um questionário semi-estruturado no grupo de investigação, formado por participantes da terceira idade. Na parte da revisão de literatura foi imprescindível a escolha de teóricos que trabalhassem conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade, tendo como aporte Campos e Murakami, Gomes, entre outros. Além da apresentação e delimitação de conceitos também foi feita uma apresentação sobre a depressão num percurso histórico, através de Solomon entre outros, entrelaçando a questão da depressão e a influência ou não da religião no tratamento medicamentoso, uma análise da Psicologia da religião, através de uma apresentação de Jung,  *coping*  religioso e como a religião interfere na vida dos indivíduos, através de teóricos como Pargamant, Koeing, Dalgalarondo, entre outros. A partir da análise do questionário aplicado foi possível observar um avanço na concepção da depressão como doença que necessita de uma intervenção médica e tratamento variado, podendo incluir medicamentos, e uma interferência benéfica da religião na vida dos participantes, uma vez que atua de forma favorável, através do  *coping*  religioso e não interferindo na concepção da doença e seu tratamento.

Palavras-chave: Religião. Depressão. Tratamento. Medicamento.

## ABSTRACT

*This study aimed to analyze the influence or not of religion in the drug treatment of a group of elderly participants, from a municipality in the east of Minas Gerais. Considering the increase in the number of individuals with depression, in the world and in Brazil, in addition to various prejudices regarding mental problems, including depression, the work aimed to bring to discussion the recognition of knowing that depression is a disease of various causes and that involves biological and psychological aspects, thus needing a reconciliation between religion and medicine to help the individual who presents a depressive condition for recovery, since religion has a strong influence on the lives of most individuals. The work was structured in three chapters, from a descriptive research, started from a literature review, followed by the application of a semi-structured questionnaire in the research group, formed by elderly participants. In the literature review, it was essential to choose theorists who worked on concepts of religion, religiosity and spirituality, with input from Campos and Murakami, Gomes, among others. In addition to the presentation and definition of concepts, a presentation on depression was also made. Historical journey, through Solomon among others, intertwining the issue of depression and the influence or not of religion in drug treatment, an analysis of the Psychology of religion, through a presentation by Jung, religious coping and how religion interferes in the lives of individuals, through theorists such as Pargamant, Koeing, Dalgarrondo, among others. From the analysis of the questionnaire applied, it was possible to observe an advance in the conception of depression as a disease that needs medical intervention and varied treatment, which may include medication, and a beneficial interference of religion in participants' life, since it acts in a favorable way, through religious coping and not interfering in the conception of the disease and its treatment.*

**Keywords:** Religion. Depression. Treatment. Medication.

## LISTA DE SIGLAS

a.C – antes de Cristo

AIE - Aparelhos Ideológicos do Estado

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD - Atividades de Vida Diária

BZD - Benzodiazepínicos

CID - Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte

IMAOs - Inibidores da ação da enzima monoaminoxidas

ISRS - Inibidores seletivos da recaptção de serotonina

OMS - Organização Mundial da Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



## LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 01: Fases do tratamento medicamentoso da doença .....	41
Figura 02: Antidepressivos disponíveis no Brasil .....	42
Gráfico 01 - Faixa Etária do Grupo da Terceira Idade .....	75
Gráfico 02 - Importância da religião .....	76
Gráfico 03 - Subjetividade dos participantes.....	77
Gráfico 04 - Adeptos de alguma religião.....	79
Gráfico 05 - Denominação da religião .....	79
Gráfico 06 - Adeptos de alguma comunidade religiosa .....	80
Gráfico 07 - Frequenta reuniões .....	81
Gráfico 08 - Prática de meditações e preces.....	82
Gráfico 09 - Ingestão de medicamentos sem prescrição médica.....	85
Gráfico 10 - Confiança em prescrição de farmacêutico .....	86
Gráfico 11 - Orientação da igreja sobre o tratamento da depressão .....	87
Gráfico 12 - Orientação do líder espiritual a procurar profissional da área em quadro depressivo .....	87
Gráfico 13 - Depressão como doença espiritual.....	88
Gráfico 14 - Depressão como falta de fé ou de oração.....	88
Gráfico 15 - Depressão como doença que necessita de medicação.....	88
Gráfico 16 - Ingestão de medicamentos em caso de depressão.....	90
Gráfico 17 - Ingestão da medicação prescrita .....	90
Gráfico 18 - Diagnóstico de depressão.....	90
Gráfico 19 - Sentimento depressivo .....	91
Gráfico 20 - Procura de especialista para diagnóstico.....	92
Gráfico 21 - Orientação farmacêutica para ingestão de antidepressivo. ....	93
Gráfico 22 - Orientação farmacêutica para procura de um especialista em caso de quadro depressivo .....	93

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 DEPRESSÃO: DOENÇA DO SÉCULO XXI.....	18
1.1 Um olhar para o conceito de depressão num percurso histórico.....	18
1.2 Causas e sintomas da depressão.....	21
1.3 Tratamentos da depressão.....	27
1.4 A depressão sob a ótica da Psiquiatria.....	32
2 DEPRESSÃO, FARMÁCIA E RELIGIÃO.....	44
2.1 A depressão e a indústria medicamentosa.....	44
2.2 Psiquiatria e religiosidade.....	50
2.3 A influência da religião no tratamento depressivo, a partir da Psicologia da Religião.....	52
2.4 A influência da religião da pessoa depressiva na assistência e atenção da área Farmacêutica.....	64
3 DEPRESSÃO EM UM GRUPO DA TERCEIRA IDADE DO MUNICÍPIO DE SANTA RITA DE MINAS – MG.....	71
3.1 A depressão na terceira idade.....	71
3.2 Perfil dos participantes do Grupo da Terceira Idade.....	73
3.3 O papel da religião no processo depressivo dos participantes do Grupo da Terceira Idade.....	76
3.4 Possíveis influências da religião com relação à (não) adesão ao tratamento medicamentoso.....	84
CONCLUSÃO.....	96
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICES.....	108
ANEXOS.....	115

## INTRODUÇÃO

Segundo Antonio Maspoli de Araújo Gomes, a depressão é considerada doença, classificada como transtorno de humor, classificada pelo CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde). Embora seja conhecida desde a antiguidade com outros nomes, na atualidade é uma das doenças mais conhecidas, gerando altos custos econômicos e sociais para os sistemas públicos de saúde devido aos custos de tratamento, além de afetar o mercado de trabalho, uma vez que um indivíduo depressivo, mesmo quando está trabalhando, diminui a produção.<sup>1</sup>

A depressão caracteriza-se por um transtorno de humor que difere da tristeza, não apenas pelo tempo de duração, ou intensidade, mas ao contrário da tristeza que, normalmente tem uma causa conhecida, a depressão precisa ter sua causa investigada, pois, essa pode ser biológica, genética e psicológica, sendo uma angústia profunda que, muitas vezes paralisa o indivíduo tirando não apenas sua alegria, mas suas expectativas de vida, seus projetos, podendo fazer o mesmo desejar a morte, uma vez que a vida perde o sentido.<sup>2</sup>

Tendo as causas diversas, assim como os sintomas que demonstram a manifestação da doença também são variados, nem sempre é fácil um diagnóstico adequado, principalmente quando existem manifestações físicas associadas às psicológicas.<sup>3</sup>

Essa complexidade pode fazer com que um indivíduo viva com a depressão considerando seu estado como normal, infeliz, insatisfeito, sem perceber que o seu sentimento é provocado por uma doença.<sup>4</sup>

Nesse sentido, quando um indivíduo procura um serviço de saúde para ser atendido, seja por um clínico geral ou outro especialista, nem sempre recebe um diagnóstico de depressão e quando diagnosticado corretamente, nem sempre consegue um tratamento adequado, isso porque um tratamento pode ser viável para um indivíduo e pouco profícuo para outros.<sup>5</sup>

Essa falta de eficácia no diagnóstico e tratamento pode fazer com que o indivíduo interrompa o tratamento podendo, com essa interrupção, ter reincidência nas crises e uma sensação de não ter cura para seu sofrimento.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> GOMES, Antonio Maspoli de Araújo. Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. *Revista Estudos de Religião*, São Paulo, v. 25, n. 40, p. 81-109, jan./jun. 2011. [online]. p. 83.

<sup>2</sup> GOMES, 2011, p. 84.

<sup>3</sup> GOMES, 2011, p. 83.

<sup>4</sup> GOMES, 2011, p. 83.

<sup>5</sup> GOMES, 2011, p. 83.

<sup>6</sup> GOMES, 2011, p. 83.

A grande abrangência da doença, envolvendo tantos indivíduos em todo mundo, tem feito com que inúmeras pesquisas estejam sendo feitas em torno da mesma envolvendo suas causas, formas de tratamento, etc.<sup>7</sup>

As formas de tratamento apresentadas para o tratamento da depressão vão desde ervas medicinais, terapias diversificadas, até medicamentos farmacológicos, sendo importante frisar o *marketing* feito em torno de certos medicamentos produzindo altos lucros para a indústria farmacêutica, o que nos faz pensar no papel ético que possui os profissionais de diversas áreas da saúde.<sup>8</sup>

Deve-se observar que sendo uma totalidade, o indivíduo depressivo deve ser visto, entendido e tratado como tal, ou seja, não é possível ignorar que as crenças religiosas constituem parte da subjetividade do indivíduo, não sendo possível desconsiderar essas, principalmente, no caso de doenças como a depressão, no tratamento da doença.<sup>9</sup>

Também líderes religiosos precisam compreender que sendo corpo, o indivíduo precisa, algumas vezes, dos conhecimentos científicos para se fortalecer, melhorar o fisiológico para equilibrar a alma e o espírito devendo, assim, apoiar tratamentos, sem reservas, em relação à saúde mental.<sup>10</sup>

Portanto, aliar todas as possibilidades de tratamento, indo desde um auxílio religioso, passando por terapias e, se necessário, medicamentos, é imprescindível para que o indivíduo se torne saudável podendo atuar de diferentes formas em variados grupos da sociedade, inclusive no campo religioso.<sup>11</sup>

Entretanto, no exercício da psiquiatria clínica nestes últimos trinta anos, observou-se que a religião pode trazer não só efeitos benéficos, mas influências negativas aos doentes portadores de depressão.<sup>12</sup>

Depara-se, ainda, com enorme resistência entre os cristãos em aceitarem que apresentam um quadro depressivo e esta resistência ou dificuldade no entendimento da doença tem se mostrado maior nos pacientes pentecostais e neopentecostais.<sup>13</sup>

Atualmente, pesquisas estão sendo feitas com o objetivo de analisar a influência da religião na saúde mental dos indivíduos, incluindo no tratamento da depressão. Essas pesquisas estão considerando como o sentimento de pertencimento a um grupo religioso pode

<sup>7</sup> GOMES, 2011, p. 83.

<sup>8</sup> GOMES, 2011, p. 85.

<sup>9</sup> GOMES, 2011, p. 100.

<sup>10</sup> GOMES, 2011, p. 100.

<sup>11</sup> GOMES, 2011, p. 100.

<sup>12</sup> DEUS, Pérsio Ribeiro Gomes de. *As influências do sentimento religioso sobre o cristão portador de depressão*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2008. [online]. p. 124.

<sup>13</sup> DEUS, 2008, p. 124.

influenciar na forma como o indivíduo lida com situações negativas de seu cotidiano e a religiosidade pode atuar no sentimento em relação às doenças, adesão ou não a tratamentos, incluindo os medicamentosos.<sup>14</sup>

As pesquisas analisam que a religião tanto pode motivar o indivíduo ao tratamento, integrando, principalmente, os indivíduos depressivos a um grupo social, estimulando reações positivas, quanto pode numa orientação mais inflexível, desestimular o tratamento associando a mesma a questões de alma e espiritualidade.<sup>15</sup>

Então, o presente trabalho propõe discutir como as pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais. A religião pode proporcionar à pessoa maior aceitação e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e perdão e uma imagem positiva de si mesma? A religião pode influenciar positivamente ou negativamente no tratamento da depressão?

O interesse pelo problema deve-se ao fato de ser a depressão uma das doenças que afeta um grande número de pessoas de diferentes idades no mundo atual. Muitos se preocupam com a doença nas faixas etárias mais jovens, mas pouco se estuda sobre essa doença na terceira idade, até porque, nessa faixa etária, muitas vezes a depressão é mais mascarada sendo confundida com outras doenças.

O pesquisador atua na área da saúde, especificamente no ramo farmacêutico e percebe ao longo de sua carreira, a relação dos pacientes com a ingestão de medicamentos variados, inclusive sem prescrição médica. Observa também que, muitas pessoas de terceira idade não lidam adequadamente com a depressão e com os antidepressivos. Portanto, na perspectiva profissional, a temática interessa a todos os profissionais de saúde, inclusive aos farmacêuticos que ao atuarem na indústria medicamentosa devem ter ciência da importância da utilização de medicamentos de forma responsável, e atentar para o fato da depressão ser uma doença que necessita de outras formas de tratamento, além dos medicamentos.

A falta de um compromisso ético com a profissão pode levar o profissional a induzir pacientes ao consumo exagerado de medicamentos, visando apenas o aspecto do lucro, desconsiderando que o ser humano é mais que apenas o aspecto físico.<sup>16</sup>

O bem-estar do ser humano é essencial para sua convivência na sociedade e diante das demandas do mundo contemporâneo as doenças psicológicas estão afetando as relações e

---

<sup>14</sup> GOMES, 2011, p. 85.

<sup>15</sup> GOMES, 2011, p. 83.

<sup>16</sup> SOUZA NETO, João Clemente de; LIBERAL, Márcia Mello Costa de. O dinamismo da ética pela ótica da sociologia e do seguimento de Jesus. *Ciências Da Religião: História e Sociedade*, v. 4, n. 4, p. 12-37. 2006. [online]. p. 2.

dificultando o bem-estar e convívio, assim, discutir a depressão abre espaço para descortinar uma realidade sofrida para quem a enfrenta e incompreensível para aqueles que convivem com quem enfrenta a doença.<sup>17</sup>

Portanto, trabalhar o tema e como a sociedade deve relacionar-se com a doença é imprescindível para que se tenha uma relação sem preconceito com o diagnóstico da doença e ao mesmo tempo, se perceba a gravidade da mesma, necessitando assim de uma atenção em seu tratamento. Relacionar depressão, religião e farmácia poderá, ainda, estreitar as relações entre pacientes e o uso de medicação, uma vez que, muitas vezes, pacientes fazem uso de remédios sem orientação médica.

Assim, o trabalho objetiva ampliar o conceito e a relação da sociedade com a depressão e o tratamento medicamentoso da doença. Importante fator da pesquisa é possibilitar às pessoas compreenderem que a religião é um fator de extrema relevância para o ser humano, mas não pode ocupar espaços de decisão ou prescrição que são da área de saúde.

O referencial utilizado no presente trabalho será a psicologia da religião, dentro vertente da Psicologia existencial, com as hipóteses de Karl Jaspers sobre a crise de sentido da contemporaneidade, tal como algumas observações sobre a secularização do mundo contemporâneo. A outra vertente será a psicologia analítica de Carl Gustav Jung e a psicologia do *coping* religioso-espiritual de Kenneth Pargament que apresenta um estilo cognitivo-comportamental.

Para a análise sobre a relação entre farmácia e o tratamento medicamentoso da doença, vários artigos serão utilizados e percebeu-se uma escassez de pesquisas sistematizadas envolvendo o assunto.

Como metodologia para o presente trabalho foi feita uma pesquisa de revisão bibliográfica para aprofundar no tema. De acordo com LAKATOS, Eva Maria Lakatos e Marina de Andrade Marconi a revisão bibliográfica não é apenas a mera repetição do que já foi escrito, mas um exame, uma reflexão sobre o tema, com novos olhares e novas perspectivas<sup>18</sup>

Para atingir seus objetivos, o pesquisador observou à necessidade de complementar a revisão de literatura com uma pesquisa de campo, que será realizada por meio de um questionário semi-estruturado aplicado aos participantes do Grupo de Terceira Idade do Município de Santa Rita de Minas no estado de Minas Gerais.

---

<sup>17</sup> DEUS, 2008, p. 124.

<sup>18</sup> LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. p. 183.

A pesquisa de campo é uma metodologia que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada. Ela exige do pesquisador um encontro mais direto que o obriga a ir ao espaço onde o fenômeno ocorre, ou ocorreu e reunir um conjunto de informações a serem documentadas.<sup>19</sup>

Dentro das estratégias de uma pesquisa de campo foi escolhido um estudo de caso que é um procedimento metodológico que analisa situações contextuais, numa dinâmica real. É uma investigação empírica de um fato contemporâneo.<sup>20</sup> Como instrumento de coleta de dados foi escolhido um questionário semiestruturado, constituído por constituído por uma série de perguntas, que deveriam ser respondidas por escrito, relacionadas ao pesquisado, depressão, religião e religiosidade.

Os resultados serão apresentados, posteriormente, à Secretaria Municipal de Saúde do município, ao próprio Grupo da Terceira Idade, ao órgão que coordena o referido com o objetivo de mostrar como a religião influencia ou não no tratamento depressivo e os riscos para a saúde, ao não se tratar a depressão de forma adequada.

No primeiro capítulo será apresentado o conceito de depressão, numa perspectiva evolutiva do conceito histórico da doença e um estudo sobre causas e sintomas, que podem ter aspectos físicos e psicológicos. O capítulo também apresentará as variadas formas de tratamento que vão desde terapias até medicamentos e alguns outros aspectos da doença, apresentando a mesma numa perspectiva biológica, social e psicológica. Também será abordada a depressão sob a ótica da Psiquiatria, uma vez que o foco da pesquisa é a perspectiva farmacológica.

No segundo capítulo será abordada a trilogia depressão, farmácia e a religião, observando a depressão e a indústria medicamentosa, a nova relação estabelecida entre Psiquiatria e religiosidade, a influência da religião no tratamento depressivo, a partir da Psicologia da Religião e a influência da religião da pessoa depressiva na assistência e atenção da área Farmacêutica.

Para tanto conceitos de termos chaves como religião, religiosidade e espiritualidade serão discutidos e os avanços da relação entre psiquiatria e religiosidade e ainda influência da religião no tratamento depressivo, a partir da Psicologia da Religião, discutindo sobre o fenômeno do *coping* religioso.

Por fim, no terceiro capítulo será discutida a depressão na terceira idade, como elemento que ainda apresenta dificuldades para um diagnóstico e ainda os resultados da

---

<sup>19</sup> GONSALVES, E. P. *Iniciação à pesquisa científica*. Campinas: Alinea, 2001. p. 67.

<sup>20</sup> YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed., Porto Alegre: Bookman, 2005. p. 32.

pesquisa de campo sobre a depressão em um grupo da Terceira Idade no Município de Santa Rita de Minas, sendo apresentado o percurso metodológico da pesquisa, o perfil dos participantes do grupo e as possíveis influências da religião com relação a não adesão ao tratamento medicamentoso.

Evidencia-se, através do estudo a percepção de ser a depressão uma doença que possui causas diversas, necessitando de um acompanhamento amplo, aliado a ingestão medicamentosa. Esse conhecimento tem possibilitado um trabalho conjunto entre Psiquiatria e religião com resultados benéficos aos pacientes.

Pode-se considerar um avanço e reconhecimento de que a religião, a religiosidade e a espiritualidade possuem uma força preponderante na vida dos seres humanos não se podendo desconsiderar a importância dessas na saúde mental dos indivíduos e assim a Psicologia da religião, como ciência é um importante campo.

A pesquisa de campo demonstrou que os líderes religiosos possuem, atualmente, uma visão clara do que é do campo religioso e do que é inerente à ciência, não adentrando na intervenção de um tratamento medicamentoso no que concerne ao tratamento da depressão, entretanto, observou-se que o sentimento da espiritualidade torna os indivíduos mais capazes de enfrentarem seus problemas de forma mais positiva, inclusive no que concerne às doenças.

## 1 DEPRESSÃO: DOENÇA DO SÉCULO XXI

Nesse primeiro capítulo será apresentado o conceito de depressão numa perspectiva evolutiva do conceito histórico da doença observando-se como médicos e pacientes percebem a enfermidade no decorrer do tempo.

A seguir, o pesquisador fará um estudo sobre causas, sintomas, formas de tratamento e alguns outros aspectos da doença, apresentando a mesma numa perspectiva biológica, social e psicológica. Finaliza o capítulo com a apresentação da depressão sob a ótica da Psiquiatria.

### 1.1 Um olhar para o conceito de depressão num percurso histórico

De acordo com José Hamilton Vargas, a depressão também é chamada de transtorno depressivo, segundo CID da OMS (Organização Mundial de Saúde), apesar de todos os e especulações da atualidade é uma doença estudada, desde a Grécia Antiga.<sup>21</sup>

Segundo Andrew Solomon, durante a Idade Média, a depressão era vista como a manifestação da separação de Deus e demonstrava que o indivíduo não receberia a salvação, ou seja, o indivíduo depressivo estava condenado por Deus. A partir dessa época, a doença foi estigmatizada, uma vez que a religião exercia forte influência dentro dos padrões da sociedade.<sup>22</sup>

Do século XVI ao XVIII, altera-se a percepção sobre as causas da doença, sustentando-se que a causa estava no corpo que transmitia os sintomas para a alma e pensamentos alterando o comportamento do indivíduo.<sup>23</sup>

Dessa forma, o termo depressão é usado pela primeira vez em 1680 para designar um estado de desânimo ou perda de interesse, sendo incorporado ao dicionário por Samuel Johnson, em 1750, significando o declínio das crenças mágicas e supersticiosas que fundamentavam o entendimento dos transtornos mentais até então. Portanto, o conceito de depressão, tal como o concebemos na atualidade, tem seu início no século XVII.<sup>24</sup>

<sup>21</sup> VARGAS, José Hamilton. *Depressão: o que você precisa realmente saber para melhorar*. Banco de Saúde: Brasília, 2013. p. 11.

<sup>22</sup> SOLOMON, Andrew. *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002. p. 23.

<sup>23</sup> PERES, Urania Tourinho. *Depressão e melancolia*. Jorge Zahar: Rio de Janeiro, 2010. p. 16.

<sup>24</sup> SOUZA, T. R.; Acioly Luiz Tavares de Lacerda. Depressão ao longo da história. In: João Quevedo; Antônio Geraldo da Silva. (Org.). *Depressão: Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 17.

No final do século XVIII, a medicina começa a se interessar pelos problemas mentais, cabendo a Phillipe Pinel a tentativa de primeira nosografia, ou seja, uma descrição sobre a doença.

Pinel baseava-se, sobretudo, na observação clínica, procurando agrupar sintomas em síndromes, porém sem uma preocupação teórica maior. A melancolia é então considerada um delírio dirigido exclusivamente sobre um objeto ou uma série particular de objetos, com abatimento, morosidade, e mais ou menos inclinando-se ao desespero<sup>1</sup>: Surge a idéia de que a melancolia decorreria de um falso julgamento do doente sobre seu próprio corpo.<sup>25</sup>

Esquirol, discípulo de Pinel, deu sequência ao seu trabalho descrevendo clinicamente, mais detalhadamente e de forma precisa esses problemas mentais.<sup>26</sup> Portanto, no século XX, dois importantes movimentos ocorreram no tratamento da depressão: o psicanalítico e o psicobiológico. Para Solomon, a época moderna para o pensamento sobre depressão começou com Freud, na publicação dos documentos para Fliess, de 1895.<sup>27</sup>

Para Freud, o inconsciente substitui a noção de corrente da alma. Ao mesmo tempo, Emil Kraepelin publicou sua classificação das doenças mentais definindo depressão como é conhecida atualmente. Esses dois homens representam as explicações psicológicas e bioquímicas da doença. Considerando a triangulação do trabalho: depressão, religiosidade e farmácia, a perspectiva bioquímica da doença será mais explorada na explanação do assunto.<sup>28</sup>

Kraepelin separou as doenças mentais em adquiridas e hereditárias; tendo todas elas uma base bioquímica interna. Dizia, ainda, que algumas doenças eram permanentes e algumas eram degenerativas. Afirmava, também, que havia doenças específicas, distintas, facilmente definidas, e que cada uma delas tinha características diferentes.<sup>29</sup> Ele separava a depressão em três categorias, estabelecendo uma relação entre elas.

Na mais suave, escreveu ele, aparece gradualmente uma espécie de lerdeza mental; o pensamento se torna difícil; os pacientes encontram dificuldade em tomar uma decisão, em se expressar. Para eles, é difícil seguir o pensamento numa leitura ou numa conversa comum. Não veem o interesse habitual no que os rodeia. O processo de associação de ideias é extraordinariamente retardado; eles não têm nada a dizer; há uma morte de ideias e uma pobreza de pensamento. Eles parecem sem vida e lerdos, explicam que se sentem realmente cansados, exaustos. O paciente vê apenas o lado escuro da vida, e assim por diante. Kraepelin concluiu: 'Essa forma de depressão tem um curso uniforme com poucas variações. A melhora é gradual. A duração varia de alguns meses a mais de um ano'. A segunda forma inclui má

<sup>25</sup> PERES, 2010, p. 17-18.

<sup>26</sup> PERES, 2010, p. 18.

<sup>27</sup> SOLOMON, 2002, p. 263.

<sup>28</sup> SOLOMON, 2002, p. 265.

<sup>29</sup> SOLOMON, 2002, p. 265.

digestão, pele sem brilho, entorpecimento da cabeça, sonhos ansiosos e assim por diante. ‘O curso dessa forma de depressão mostra variações com remissões parciais e uma melhora muito gradual. A duração se estende de seis a dezoito meses.’ A terceira forma inclui ‘delírios incoerentes e oníricos e alucinações’. É com frequência um estado permanente.<sup>30</sup>

As discussões entre os trabalhos de Freud e Kraepelin possibilitaram avanços nessa tentativa atual de conciliar os fatores responsáveis pela depressão. No século XXI, todas as mudanças e transformações mostram ao ser humano sua fragilidade; esse fator associado ao isolamento da vida moderna faz com que a depressão seja uma doença que domina a atualidade.<sup>31</sup> Para Solomon:

Entender a história da depressão é entender a invenção do ser humano como agora o conhecemos e somos. Nossa pós-modernidade, cognitivamente focada, semialienada, em que se consome Prozac feito pipoca, é apenas uma fase na compreensão contínua e no controle do humor e da personalidade.<sup>32</sup>

Portanto, perceber a depressão como uma doença que acompanha a humanidade desde a antiguidade, sendo causada por um conjunto de fatores, possibilita-nos estudar os quadros depressivos com mais objetividade e cientificidade e perceber que essa não é uma doença do século XXI, mas do homem desde sua existência.

Numa síntese histórica da doença, observa-se que a depressão era denominada de melancolia e vista como fatores espirituais, com causas demoníacas, mas, atualmente, percebe-se que a depressão é uma doença mental e como tal, oriunda de fatores externos e internos.<sup>33</sup>

Depressão é um transtorno mental, causado por uma complexa interação entre fatores orgânicos, psicológicos, ambientais e espirituais, caracterizado por angústia, rebaixamento do humor e pela perda de interesse, prazer e energia diante da vida. Genes, hormônios, neurotransmissores, nutrientes celulares, substâncias químicas, auto-estima, pensamentos, personalidade, crenças, reações emocionais, conflitos inconscientes, fatores sócio-culturais e ambientais, situações cármicas e vinculações espirituais formam uma imensa rede de intercomunicações, dando forma ao quadro depressivo.<sup>34</sup>

Ainda que de maneira breve, a apresentação da evolução histórica do conceito de depressão demonstra que a humanidade sempre esteve às voltas com a percepção e o tratamento da doença, estando a religiosidade atravessando os vários momentos históricos da

<sup>30</sup> SOLOMON, 2002, p. 266.

<sup>31</sup> SOLOMON, 2002, p. 230.

<sup>32</sup> SOLOMON, 2002, p. 230.

<sup>33</sup> TEODORO, Wagner Luiz Garcia. *Depressão: corpo, mente e alma*. Uberlândia: Uberlândia: 2009. p. 20.

<sup>34</sup> TEODORO, 2009. p. 20.

doença, inclusive, sendo o cristianismo danoso à percepção da doença por apresentar e considerá-la apenas na perspectiva da alma.<sup>35</sup>

Embora seja vista por muitos como um problema da alma, vários aspectos relacionados ao medo e ao preconceito fazem com que essa perspectiva da espiritualidade no que concerne às causas e tratamento da depressão seja pouco explicitada e, às vezes até ignorada. Nesse sentido, Ricardo de Souza Borges afirma que:

Nesse contexto, os argumentos e raciocínios que usamos para enfrentar as circunstâncias da vida podem construir ou destruir a saúde emocional. As emoções ativam reações hormonais, nervosas, musculares, entre outras, afetando as funções orgânicas. Ou seja, a alteração da bioquímica cerebral é apenas a ponta do iceberg. Restringir a depressão a um campo meramente psiquiátrico é um grande erro. Enquanto a Psiquiatria tenta resolver a depressão no campo químico e a Psicologia inclui a alma, a parte espiritual ainda continua, muitas vezes, ignorada.<sup>36</sup>

Em vista disso, ampliar as discussões em torno da doença, com uma visão mais ampla e completa da enfermidade, incluindo as questões espirituais nos aspectos de causas e tratamento da depressão é de suma importância no que concerne ao tratamento da mesma, uma vez que a depressão se constitui como um importante problema de saúde pública em seus vários graus e sintomas sendo reconhecida como doença crônica e recorrente. Reconhecida ainda por estatísticas mundiais como a principal das doenças mentais e com gravidade comparável a moléstias como diabetes, câncer e a síndrome da imunodeficiência adquirida.<sup>37</sup>

Dando prosseguimento à pesquisa, após este breve panorama histórico, serão apresentados fatos relacionados à depressão, tais como conceitos e sintomas da doença numa perspectiva mais recente dos fatos.

## 1.2 Causas e sintomas da depressão

Uma vez diagnosticada, a depressão pode ter seus sintomas divididos de acordo com alguns critérios. Wagner Luiz Garcia Teodoro divide os sintomas da depressão em sintomas relacionados ao humor, sintomas cognitivos, sintomas somáticos, expressão corporal, vida social. Nos sintomas relacionados ao humor, têm-se muita emotividade, irritação, angústia, anedonia.<sup>38</sup>

<sup>35</sup> SOLOMON, 2002, p. 230.

<sup>36</sup> BORGES, Marcos de Souza. *Raízes da Depressão: enfrentando o grande mal do século*. Jocum Brasil: Almirante Tamandaré, 2015. p. 39-40.

<sup>37</sup> GOMES, 2011, p. 84.

<sup>38</sup> TEODORO, 2009, p. 23.

Como sintomas cognitivos, têm-se sentimentos de inferioridade, descrédito perante a vida, autoestima baixa, ideias de suicídio. Sintomas somáticos são a perda ou o excesso de sono, perda ou aumento de apetite, sistema imunológico baixo. A expressão corporal também é alterada apresentando um olhar sem vida, corpo curvado, despreocupação com a higiene e aparência. A vida social passa a inexistir com tendências ao isolamento.<sup>39</sup>

Todos esses sintomas demonstram que o deprimido não apresenta motivação para a vida, como se tivesse desistido de si mesmo. Por mais que esteja cercado de pessoas, não consegue sentir o amor por parte dessas ou sente-se culpado por não perceber-se capaz de retribuir esse amor. O trabalho, as finanças e a apresentação pessoal, incluindo higiene, perdem a importância. A tendência desse tipo de comportamento é afastar o indivíduo das pessoas, amigos e familiares, levando o indivíduo ao isolamento aumentando a gravidade da depressão.<sup>40</sup>

A depressão pode ter várias causas, podendo ser genéticas ou falta de nutrientes no organismo, causada por uma alimentação inadequada. Se já existe uma predisposição genética, situações de estresse juntamente com alimentação inadequada, falta de atividades físicas entre outros fatores podem causar o quadro depressivo.<sup>41</sup>

John Preston divide as depressões clínicas em subtipos, denominados: depressão psicológica que é o resultado de reações emocionais a perdas e decepções; depressão biológica na qual é possível verificar no organismo do indivíduo alterações, ou seja, são doenças clínicas verdadeiras; depressão do tipo misto, que conforme a própria designação indica que é uma mistura de reações emocionais e físicas. Essa classificação não indica grau de gravidade da doença ou que sejam estanques.<sup>42</sup> As depressões psicológicas podem assim serem definidas:

[...] depressões psicológicas são desencadeadas por acontecimentos psicológicos ou emocionais. [uma] segunda característica de uma depressão psicológica é que os sintomas são exclusivamente psicológicos/emocionais. Nas depressões psicológicas puras o funcionamento biológico encontra-se relativamente inalterado.<sup>43</sup>

Nesse tipo de depressão o indivíduo vai experimentar sentimentos de tristeza, autoestima baixa, tentativa de isolar-se, mas não apresentará modificações significativas no sono, apetite ou vida sexual.<sup>44</sup>

<sup>39</sup> TEODORO, 2009, p. 28.

<sup>40</sup> TEODORO, 2009, p. 28.

<sup>41</sup> TEODORO, 2009, p. 28.

<sup>42</sup> PRESTON, John. *Vença a depressão: um guia para recuperação*. Rio de Janeiro: Record, 1989. p. 22-23.

<sup>43</sup> PRESTON, 1989, p. 22-23.

<sup>44</sup> PRESTON, 1989, p. 22-23.

Já as depressões biológicas são definidas como uma situação:

[...] desencadeada mais propriamente por algum tipo de acontecimento a nível orgânico (fisiológico), no interior do organismo, do que uma resposta a modificações de vida ou experiências pessoais dolorosas. É por isso que as depressões biológicas surgem aparentemente sem causa e tomam de surpresa o próprio indivíduo.<sup>45</sup>

Agora os sintomas estarão ligados aos aspectos biológicos do indivíduo tais como distúrbios do sono e do apetite, cansaço, perda de apetite e interesse sexual, sendo comum em casos com história de antecedentes familiares com depressão podendo, inclusive, ocasionar crises de pânico.<sup>46</sup>

A depressão biológica pode surgir sem nenhum motivo aparente. Existe ainda um tipo misto, que associa características dos sintomas psicológicos e biológicos. “Este grupo abrange um número muito grande de pessoas que sofrem de depressão clinicamente comprovada. A depressão de tipo misto tem um fator desencadeante psicológico, mas, nesses casos, a pessoa experimenta sintomas emocionais e físicos, simultaneamente.”<sup>47</sup>

Os sintomas da depressão mista oscilam entre os sintomas da depressão biológica e da depressão psicológica e saber distinguir entre os tipos de depressão é primordial para um tratamento adequado.<sup>48</sup>

Orlando Coser define depressão como doença, caracterizada como síndrome ou doença que necessita de um tratamento médico e também para a percepção da caracterização do indivíduo que pode ser momentânea, proveniente de um fator externo que tenha alterado o psicológico ou humor do indivíduo.<sup>49</sup>

O que é a depressão? Quando empregado na sua forma adjetiva (deprimido, depressivo), o termo designa um estado afetivo por todos um dia experimentado. Quando, por outro lado, se diz que o paciente ‘tem uma depressão’ (substantivada), entificamos, damos entidade a esse fato com o que A Depressão passa a vir grafada em maiúscula (embora nada impeça que ainda nos estejamos referindo ao estado anteriormente mencionado). Surgem, portanto, uma dificuldade e uma ambigüidade no uso do termo.<sup>50</sup>

Considerando o conceito de depressão, apresentado por Coser, pode-se relacionar que a depressão psicológica pode ser mais difícil de aceitação pelo indivíduo, uma vez que,

<sup>45</sup> PRESTON, 1989, p. 24.

<sup>46</sup> PRESTON, 1989, p. 26

<sup>47</sup> PRESTON, 1989, p. 26.

<sup>48</sup> PRESTON, 1989, p. 26.

<sup>49</sup> COSER, Orlando. *Depressão: clínica, crítica e ética*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 50.

<sup>50</sup> COSER, 2003, p. 50.

aparentemente, não existe algo físico que demonstre a manifestação da doença.<sup>51</sup> Já a depressão biológica pode ser confundida com uma disfunção do organismo, sendo considerado apenas o lado fisiológico. A depressão do tipo misto tende a ser mais fácil de diagnosticar, pois associa fatores psicológicos e biológicos que são indícios de problemas depressivos.<sup>52</sup>

Segundo Preston, cada um desses subtipos de depressão apresenta sintomas diferenciados, o que pode confundir a observação do indivíduo depressivo ou das pessoas que se encontram em seu entorno. Saber identificar que cada indivíduo é diferente do outro, único, apresentando reações e sintomas diferentes diante da doença, é imprescindível para o encaminhamento do indivíduo a um médico. Apenas esse tem condições de fazer um diagnóstico correto da doença.<sup>53</sup>

Preston, ainda divide os sintomas da depressão, pelo mesmo critério que dividiu as depressões clínicas. Analisando os sintomas, percebe-se que em todos os subtipos, inclusive as idéias de suicídio, enquadram-se nos sintomas de depressão psicológica, enquanto o fator genético está entre os sintomas físicos. Os seguintes sintomas psicológicos de depressão apontados por Preston são: tristeza, desespero, baixa autoestima, falta de motivação ou apatia, dificuldades ou problemas de relacionamento, sentimentos de culpa, pensamentos negativos que geram distorções cognitivas e ideação suicida.<sup>54</sup>

Entre os sintomas psicológicos apresentados, as distorções cognitivas alteram a forma de o indivíduo ver a realidade, resultando numa visão distorcida que afeta os relacionamentos, baixa a autoestima trazendo sentimentos de culpa, ao mesmo tempo em que o indivíduo sente-se impotente perante a realidade vista por ele e torna-se apático por ver-se incapaz de modificar seu meio. Todos esses pensamentos podem fazer o indivíduo desejar desistir de sua existência buscando a morte. A questão do suicídio é um fator de risco grave entre os indivíduos depressivos.<sup>55</sup>

Preston também lista os sintomas físicos alusivos à depressão que, segundo ele ,são: os distúrbios do sono e do apetite, a ausência do interesse sexual, fadiga, anedonia, histórico familiar indicativo de depressão, suicídio, dependência alcoólica e distúrbios alimentares e ,por fim, síndrome do pânico.<sup>56</sup>

---

<sup>51</sup> COSER, 2003, p. 50.

<sup>52</sup> PRESTON, 1989, p. 23.

<sup>53</sup> PRESTON, 1989, p. 23.

<sup>54</sup> PRESTON, 1989, p. 23.

<sup>55</sup> PRESTON, 1989, p. 25.

<sup>56</sup> PRESTON, 1989, p. 25.

O fator genético é muito significativo entre as causas da depressão, pois a predisposição genética somada a outros fatores externos pode agravar um quadro que poderia ser apenas uma característica de profunda tristeza passageira do indivíduo. Quando alterado o padrão cotidiano do indivíduo, aparecem também os distúrbios do sono e do apetite, tendo como consequência cansaço e perda de energia. A anedonia, ou seja, incapacidade de experimentar prazer, provoca perda de interesse sexual e demais atividades, até então, vistas como lazer pelo indivíduo. Essas situações vão provocando o isolamento do indivíduo, acentuando seu quadro.<sup>57</sup>

Preston apresenta, ainda, os sintomas adicionais que podem aparecer nas depressões mistas destacando entre eles o uso abusivo do álcool, dificuldade de concentração, não se lembrando de fatos recentes, oscilação entre um grande desânimo e agitação exagerada, hipocondria, raiva e irritabilidade.<sup>58</sup>

Nas depressões clínicas mistas, a exagerada sensibilidade emocional pode levar a bipolaridade no campo das emoções o que no quadro social pode levar ao abuso do álcool e outras drogas ou, num outro extremo, uma preocupação exagerada com doenças. A dificuldade de concentração e de lembrar fatos recentes também é um dos sintomas da depressão mista.<sup>59</sup>

Elas são doenças *crônicas*, nada parecidas com as infecções agudas ou com braços quebrados. Uma doença crônica surge em face de interações complexas entre sistemas físicos que estão funcionando mal. Ela também é alimentada por um certo tipo de 'poluição' vinda de fora, quer na forma de nutrição, de eventos traumáticos ou de relacionamentos dolorosos crônicos.<sup>60</sup>

Independentemente do subtipo de depressão clínica, todas são doenças que devem ser tratadas após o diagnóstico de um médico adequado, sendo necessário que o indivíduo doente apresente uma pré - disposição para a melhora. Em alguns casos, a família precisa assumir o tratamento do indivíduo auxiliando nos medicamentos e demais formas de tratamento. Essa interferência familiar e de amigos se faz necessária uma vez que o indivíduo depressivo, algumas vezes se mostra sem forças e energias para fazer o tratamento adequadamente, sem interrupções.<sup>61</sup>

Borges apresenta quatro classes de causas relacionadas aos distúrbios depressivos: a causa orgânica que, segundo o autor, requer uma abordagem científica por ser de caráter

<sup>57</sup> PRESTON, 1989, p. 25.

<sup>58</sup> PRESTON, 1989, p. 26.

<sup>59</sup> PRESTON, 1989, p. 26.

<sup>60</sup> SERVAN-SCHREIBER, David. *Curar o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamento nem psicanálise*. São Paulo, 2004. p. 189.

<sup>61</sup> SERVAN-SCHREIBER, 2004, p. 189.

nutricional e psiquiátrico; causa genética que possui origem orgânica ou espiritual, uma vez que, se existe uma herança física existe também uma herança espiritual que pode se manifestar organicamente; causa psicoemocional que pede uma abordagem psicológica e pastoral e causa espiritual, até então desconsideradas pela ciência e que exigem uma relação com o mundo espiritual e invisível.<sup>62</sup>

Normalmente, todas essas causas são encontradas sobrepostas. Elas interagem e muitas vezes se misturam, resultando em um quadro de difícil diagnóstico. Em relação a esses tipos de causas, devemos estabelecer a 'lei do reflexo' a qual obedece a uma sequência importante. Dessa forma, podemos estabelecer o que possui profundidade e o que é superficial. Não podemos ser ingênuos a ponto de pensar que a grande questão dos distúrbios psicoemocionais é meramente de caráter bioquímico. Este é um paradigma imaturo. Não podemos resumir o sistema psíquico do ser humano apenas a um complexo conjunto de reações químicas. Muitas vezes, os problemas orgânicos têm uma raiz emocional, a qual tem uma raiz psicológica, e que, por sua vez, vem a ter uma raiz espiritual. A cosmovisão espiritual, ou seja, o discernimento e a interação com as leis que governam o mundo espiritual afetam a forma de pensar.<sup>63</sup>

Borges discute que os fatores e sintomas depressivos podem ter caráter reflexivo, ou seja, a somatização de problemas espirituais ou distúrbios psicoemocionais podendo, a depressão, começar reativa e continuar orgânica afetando o metabolismo. Por isso, é imprescindível considerar o aspecto espiritual. Nas palavras do autor seria desastroso espiritualizar um problema natural, como também, medicalizar um problema espiritual.<sup>64</sup>

A partir das observações apresentadas por Borges (2015) e demais autores, percebe-se a depressão como uma doença complexa que precisa ser diagnosticada, de preferência, antes de um estado grave e após o diagnóstico deve ser feito um tratamento que pode significar terapias, medicamentos e alterações no estilo de vida.

Apesar do foco desta pesquisa ser a saúde do indivíduo depressivo na perspectiva medicamentosa, nesta parte, será apresentada, de forma sucinta, alguns tipos de tratamento para a depressão. Observando as palavras de David Servan-Schreiber pode-se compreender a importância de um tratamento abrangente.

Após anos de funcionamento mal adaptado e do envenenamento vindo de fora, seria ingênuo pensar que uma simples intervenção ou um único tipo de intervenção poderia sistematicamente reequilibrar o sistema e colocá-lo no rumo da autocura. Todos os clínicos que trabalham com doenças crônicas, quaisquer que sejam, concordam neste ponto. Uma sinergia entre várias intervenções é a única maneira de reverter uma condição que perdura há muito tempo no corpo onde se estabeleceu. Mesmo os psicoterapeutas mais entrincheirados e os psiquiatras biológicos são

<sup>62</sup> BORGES, 2015, p. 39-40.

<sup>63</sup> BORGES, 2015, p. 39.

<sup>64</sup> BORGES, 2015, p. 09.

forçados a admitir que combinar psicoterapia e medicação é mais eficaz do que só utilizar uma delas no caso de formas crônicas de depressão.<sup>65</sup>

Portanto, a psicanálise, a psicologia e a psiquiatria são áreas complementares no tratamento depressivo, tendo cada uma das ciências sua singularidade e considerando ser o ser humano mais que apenas corpo.

### 1.3 Tratamentos da depressão

Segundo Teodoro, algumas vertentes consideram o inconsciente na estruturação dos transtornos mentais, tendo como origem a psicanálise freudiana. No tratamento da depressão, o psicoterapeuta tem a função de auxiliar o paciente a procurar em seu inconsciente as causas dos pensamentos depressivos.<sup>66</sup>

Teodoro apresenta vários tipos de terapia. A terapia cognitivo-comportamental considera que a depressão tem base nos pensamentos negativos dos pacientes e o profissional trabalha uma ressignificação dos fatos da vida desse paciente em três etapas: a identificação das cognições negativas, a confrontação das cognições com a realidade, a substituição das cognições negativas por outras mais realistas e positivas.<sup>67</sup> A psicoterapia corporal trata as questões psicológicas na perspectiva da bioenergética, que considera a ação do inconsciente sobre o corpo, propondo exercícios para favorecerem a respiração e o livre fluxo energético restaurando a vitalidade, a saúde, a graciosidade dos gestos.<sup>68</sup>

A psicoterapia corporal (bioenergética) revela que o despertar do corpo através de exercícios que aumentam o contato e a percepção da pessoa em relação a si mesma, pode provocar experiências emocionais que favorecem sua revitalização ou reenergização.<sup>69</sup>

Este tipo de terapia trata o corpo com o objetivo de melhor integrar o corpo e a mente, uma vez que a energização do corpo busca despertar o indivíduo para a vida.

A terapia transpessoal é outro tipo de terapia, que busca através de contribuições da física quântica, aproximar-se das questões espirituais buscando auxiliar o paciente na transformação de energias destrutivas em formas de energia que viabilizem os sentimentos de liberdade, alegria, harmonia e paz.<sup>70</sup> Nessa mesma linha, acrescenta-se a terapia de vidas

<sup>65</sup> SERVAN-SCHREIBER, 2004, p. 189-190.

<sup>66</sup> TEODORO, 2009, p. 129.

<sup>67</sup> TEODORO, 2009, p. 130.

<sup>68</sup> TEODORO, 2009, p. 131.

<sup>69</sup> TEODORO, 2009, p. 155.

<sup>70</sup> TEODORO, 2009, p. 156.

passadas que busca solucionar problemas emocionais e orgânicos atuais com técnicas de regressão à infância e a vidas anteriores. Considera-se que o contato com a origem dos sintomas pode oferecer ao paciente a possibilidade de lidar com a situação de forma consciente promovendo crescimento pessoal e remissão sintomática.<sup>71</sup>

Durante as sessões de psicoterapia, alguns aspectos são trabalhados, tais como baixa autoestima, o isolamento, a culpa, a raiva, a desmotivação, a angústia, as perdas, o narcisismo, a ansiedade.<sup>72</sup>

Esses sentimentos podem estar relacionados a outros que também são trabalhados nas sessões de psicoterapia que são: sentimento de inferioridade, intolerância a frustrações, identificação com pessoas deprimidas, não aceitação de si e da vida, vitimismo, falta de sentido na vida, obstrução do fluxo da energia vital e respiração inadequada.<sup>73</sup>

Além dessas formas de tratamento, existe ainda a reposição hormonal, aumentando os níveis dos hormônios tireoidianos e do estrogênio para melhorar os quadros antidepressivos, o que diminui os efeitos colaterais de outros medicamentos.<sup>74</sup>

A fototerapia, ou seja, uso da luz, como recurso terapêutico, já vem sendo utilizada, sendo observado que nas regiões de maior latitude os períodos de inverno são marcados pela baixa iluminação solar provocando o aumento da taxa do hormônio melatonina. Esse hormônio possui funções relacionadas com as sensações de cansaço e sono. Em nível elevado, esse hormônio pode deprimir o humor.<sup>75</sup> Constatou-se que a luz estimula a glândula pineal que, nessa condição, provoca a inibição da liberação de melatonina, liberação de serotonina e a conseqüente sensação de revitalização.

Atualmente, o processo fototerápico é realizado com luminárias capazes de provocar brilho entre 2.500 e 10.000 luxes (*lux* é a medida da intensidade luminosa), sem radiação ultravioleta. O paciente deve ficar exposto à luz de 15 minutos a 2 horas, dependendo de cada caso, uma vez ao dia, no período da manhã para evitar perturbações do sono.<sup>76</sup>

A fototerapia tem apresentado benefícios nas áreas sazonais, locais nos quais a luz do sol não está disponível durante todo o ano. A liberação de hormônios auxilia no processo de melhora de pacientes depressivos nos quais a ausência da luz solar provoca alterações no organismo dos indivíduos.

<sup>71</sup> TEODORO, 2009, p. 132-133.

<sup>72</sup> TEODORO, 2009, p. 132-133.

<sup>73</sup> TEODORO, 2009, p. 132-133.

<sup>74</sup> TEODORO, 2009, p. 137.

<sup>75</sup> TEODORO, 2009, p. 138.

<sup>76</sup> TEODORO, 2009, p. 138.

Mais um tipo de tratamento é a terapia eletroconvulsiva realizada com uso de anestesia e relaxante muscular. Libera-se uma corrente elétrica de baixa intensidade que passa pelos eletrodos e atinge o cérebro provocando uma convulsão que dura de 30 a 60 segundos. Indicada, apenas nos casos mais graves, com risco de suicídio e quando o quadro depressivo não apresenta respostas positivas à psicoterapia ou aos antidepressivos.<sup>77</sup>

Um dos riscos em relação a esse tratamento é a chamada amnésia retrógrada, ou seja, perda de memória relacionada a eventos anteriores ao tratamento.<sup>78</sup> Assim, percebe-se que quanto menos convencional é o tratamento, mais riscos a psicoterapia traz. Como é o caso da técnica apresentada a seguir.

A estimulação Magnética Transcraniana e a Estimulação do Nervo Vago são tratamentos experimentais que atuam diretamente no cérebro do indivíduo, pois:

É uma técnica que consiste na estimulação de neurônios, através de indução magnética. Um aparelho colocado junto à cabeça emite um impulso magnético que atravessa o couro cabeludo e o crânio, atingindo o córtex pré-frontal esquerdo do cérebro, provocando a liberação de neurotransmissores. Não é necessário o uso de anestesia, uma vez que o processo é indolor e o paciente permanece consciente. A aplicação tem duração entre 20 e 30 minutos.<sup>79</sup>

A estimulação Magnética Transcraniana não produz efeitos colaterais, mas não é recomendável para pessoas com implantes de metal. Já a Estimulação do Nervo Vago é:

Tratamento ainda em fase experimental é uma intervenção que consiste em implantar um pequeno gerador de pulsos elétricos no lado esquerdo superior do peito. Esse gerador transmite pequenos pulsos ao *nervo vago* periodicamente. Esse nervo é responsável por conectar a base do cérebro aos órgãos do tórax e do abdômen, transmitindo informações do sistema nervoso central.<sup>80</sup>

A Estimulação do Nervo Vago foi inicialmente desenvolvida para o tratamento de pacientes epiléticos, mas a melhora do humor desses pacientes despertou o interesse do tratamento para a depressão.<sup>81</sup>

Além desses tratamentos que utilizam a tecnologia, existem também os tratamentos homeopáticos, consistindo-se em substâncias homeopáticas que fazem os indivíduos saudáveis apresentar sintomas de determinada enfermidade, de forma bastante diluída, de maneira que o próprio organismo combata a doença pelo equilíbrio fisiológico.<sup>82</sup>

<sup>77</sup> TEODORO, 2009, p. 139.

<sup>78</sup> TEODORO, 2009, p. 139.

<sup>79</sup> TEODORO, 2009, p. 139.

<sup>80</sup> TEODORO, 2009, p. 140.

<sup>81</sup> TEODORO, 2009, p. 141.

<sup>82</sup> TEODORO, 2009, p. 141.

O tratamento ortomolecular considera que a depressão possui uma causa interna, chamada de estresse oxidativo, provocado por uma falta de nutrientes e a contaminação por metais tóxicos. Esse estresse produz um número exagerado de radicais livres no cérebro.<sup>83</sup>

Na abordagem ortomolecular não se desconsidera a importância dos antidepressivos, mas entende-se que quando esses medicamentos são administrados sem a devida reposição de nutrientes, podem ter apenas uma ação paliativa com grandes chances de surgirem episódios recorrentes de depressão.<sup>84</sup>

Então, o tratamento consiste na reposição de vitaminas, sais minerais, aminoácidos, lipídios, hormônios, antioxidantes, entre outros, com o objetivo de oferecer melhores condições ao organismo para reagir.<sup>85</sup>

Tratamentos alternativos complementares também são utilizados tais como uma dieta mais equilibrada e substâncias fitoterápicas, mas em relação às substâncias fitoterápicas é importante salientar que o seu uso ainda não possui comprovação científica e algumas ervas podem alterar a reação de determinados medicamentos.<sup>86</sup>

A atividade física também é recomendada como tratamento complementar da depressão, pois estimula a produção de endorfina e feniletilamina, substâncias químicas cerebrais relacionadas à sensação de bem-estar.<sup>87</sup>

E, sem dúvida, a depressão é um importante tema clínico, tanto para o campo psiquiátrico quanto para o psicanalítico, que a atualidade tornou mais complexo à medida que permeado por fatores que se introduziram nos últimos 40 anos no campo clínico e no campo social – as drogas ditas antidepressivas, a difusão da psicanálise como prática clínica, a peculiaridade que o mal-estar na cultura assumiu... Diversas vias de estudo então se abrem.<sup>88</sup>

Os medicamentos são outro aspecto importante no tratamento da depressão, sendo parte da triangulação do trabalho, devido à perspectiva farmacêutica no tratamento, uma vez que:

Os primeiros medicamentos antidepressivos surgiram na década de 50. Porém, foi em 1960 que Julius Axelrod recebeu o Prêmio Nobel pela descoberta das substâncias responsáveis pela transmissão dos impulsos nervosos, os *neurotransmissores*, possibilitando que nos anos 80 surgisse a segunda geração de antidepressivos.<sup>89</sup>

<sup>83</sup> TEODORO, 2009, p. 143.

<sup>84</sup> TEODORO, 2009, p. 143.

<sup>85</sup> TEODORO, 2008, p. 144.

<sup>86</sup> TEODORO, 2008, p. 144.

<sup>87</sup> TEODORO, 2008, p. 144.

<sup>88</sup> COSER, 2003, p. 32.

<sup>89</sup> TEODORO, 2009, p. 134.

Os medicamentos antidepressivos estimulam os nervos cerebrais tendo efeitos rápidos, entretanto, devem ser ingeridos de forma adequada para não causarem dependência. Também possuem custo elevado e, se não administrados em prescrições corretas, podem apresentar efeitos colaterais que podem levar o indivíduo a abandonar o tratamento.<sup>90</sup>

Atualmente, vários medicamentos antidepressivos encontram-se no mercado farmacológico, desde os IMAOs (inibidores da ação da enzima monoaminoxidase) que são mais antigos e os tricíclicos, até os mais modernos como os ISRS (inibidores seletivos da recaptção de serotonina), a Venlafaxina, a Mirtazapina e a Nefazedona.<sup>91</sup> Esses últimos, mais recentes, apresentam menos efeitos colaterais.

Através do exposto nessa parte do trabalho, percebe-se que as formas de tratamento para a depressão são diversas, mas em todas elas ocorre a necessidade de se buscar a causa juntamente com um tratamento que auxilie na reestruturação do organismo. É importante uma avaliação e reestrutura no modo de vida do paciente de forma que a cura interna venha acompanhada de alterações no contexto externo ou na percepção que o indivíduo tenha desse contexto.

Apenas alterações significativas na forma de relacionar-se com a vida possibilitarão ao indivíduo outra percepção da realidade. Caso isso não ocorra, o quadro depressivo poderá se aprofundar tornando o indivíduo incapaz de um relacionamento produtivo e significativo com o mundo que o cerca. Devido a essa gravidade, a depressão é uma doença que, se não for tratada de forma correta, pode chegar a quadros extremamente graves levando indivíduos à depressão e ao suicídio.<sup>92</sup>

Como já foi apresentado, o quadro depressivo provoca uma disfunção cerebral afetando a percepção do indivíduo sobre a realidade. Essa distorção da realidade acentua os sentimentos, podendo provocar medos, fobias e pânicos. Sousa diferencia os três sentimentos.<sup>93</sup> O medo está relacionado a uma situação real que pode trazer riscos; a fobia é um receio específico por alguma coisa ou situação sem, necessariamente, existir claramente um perigo definido sendo esse medo, simbólico. O pânico é uma manifestação de ansiedade por algo não identificado, não definido.<sup>94</sup>

Considerando essas diferenciações, podemos perceber que no indivíduo depressivo, aos poucos, o medo cede lugar a fobias e pânicos e o que poderia ser uma situação de cautela

<sup>90</sup> TEODORO, 2009, p. 137.

<sup>91</sup> TEODORO, 2009, p. 138.

<sup>92</sup> SOUSA, Pirineus de. *Quando a depressão ataca*. São Paulo: AB, 2002. p. 36-37.

<sup>93</sup> SOUSA, 2002. p. 36-37.

<sup>94</sup> SOUSA, 2002. p. 36-37.

passa a ser paralisante. Todos esses sentimentos trazem muita angústia e o indivíduo pode ver-se impossibilitado de continuar a vida e, conseqüentemente, podendo recorrer ao suicídio ou chegar à loucura.<sup>95</sup>

#### 1.4 A depressão sob a ótica da Psiquiatria.

Apresentadas algumas questões abrangentes a respeito da depressão na seção anterior, nessa seção será proposta a discussão da depressão pela ótica medicamentosa considerando que o objeto desse trabalho envolve a questão farmacêutica e a relevância dos farmacológicos no tratamento do indivíduo depressivo.

Pelo que já foi apresentado, percebe-se que a depressão pode ser analisada sob diferentes aspectos, mas uma vez que a linha de pesquisa tem um foco farmacológico, a percepção psicopatológica da doença é de suma importância para o prosseguimento das discussões.

Nessa linha da farmácia, o tratamento através de remédios é a principal fonte do tratamento. Sendo um ramo da medicina, a psiquiatria também apresenta maior credibilidade, pois se baseia em métodos científicos descritivos rígidos, baseando-se nos sintomas, seja na descrição ou eliminação dos mesmos.<sup>96</sup>

Gomes afirma que enquanto doença psicopatológica, a depressão difere da tristeza tanto na intensidade do sentimento quanto na duração do mesmo, podendo, inclusive, ser uma reação natural do ser humano, se observar a evolução constante do mesmo.<sup>97</sup>

As observações de Gomes demonstram que, mesmo sendo considerada uma doença do corpo, relacionada com questões cerebrais, a depressão abrange não apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos, antropológicos, psicológicos, etc.

Depressão (do latim *depressionem*) é uma palavra frequentemente utilizada para descrever uma gama imensa de sentimentos negativos e sombrios. Em primeiro lugar, depressão não é um estado de tristeza profunda, nem desânimo, preguiça, estresse ou mau humor. A depressão é diferente da tristeza, pois a tristeza geralmente tem uma causa conhecida e duração determinada no tempo e no espaço. Já a depressão envolve uma gama de sentimentos difusos de longa duração no tempo e no espaço, geralmente relacionados à angústia. A depressão, enquanto evento psiquiátrico é algo bastante diferente da tristeza. Mesmo assim, em alguns casos, podemos considerar a depressão como uma reação natural da pessoa humana em períodos de transição, especialmente em tempos de mudanças e crescimento, em

<sup>95</sup> SOUSA, 2002, p. 36-37.

<sup>96</sup> SOUSA, 2002, p. 36-37.

<sup>97</sup> GOMES, 2011, p. 126.

épocas que antecedem novos horizontes de amadurecimento do ser em constante processo de desenvolvimento.<sup>98</sup>

Na perspectiva histórica da depressão na questão farmacêutica, é importante retomar Philippe Pinel que, no século XVIII, fez importantes pesquisas como o objetivo de categorizar para a melancolia, partindo dele essa percepção psiquiátrica da doença a partir dos sintomas apresentados nos indivíduos.<sup>99</sup>

Discípulo de Pinel, Esquirol, destacou as monomanias, que seriam manias sem delírio, e a lipemania. O primeiro Compêndio de Psiquiatria foi escrito em 1819 por Emil Kraepelin, também definindo a depressão na perspectiva do quadro clínico, observando a psicose maníaco-depressiva.<sup>100</sup>

O termo psicopatologia foi utilizado pela primeira vez em 1878, em alemão, por *Emminghaus*, equivalendo ao que se conhece, atualmente, como psiquiatria clínica que estabeleceu como método e disciplina, na França, no início do século XX.<sup>101</sup>

Em 1913, Karl Jaspers descreveu a psicopatologia como disciplina que tem por objetivo explicar o fenômeno depressivo considerando as causas da mesma e a subjetividade que a envolve. Vários desses fatos já foram apresentados, minuciosamente, no início desse capítulo, mas essa síntese fez-se necessária para situarmos a depressão dentro da Psiquiatria.<sup>102</sup>

Durante toda sua história, a psicopatologia demonstrou ser necessária à junção de vários aspectos para compreender e tratar o ser humano. Costa Pereira sugere que, por sua cientificidade, a psiquiatria pode ser aquela que valide e auxilie na intervenção social de valores e culturas baseados em senso comum.<sup>103</sup>

Outro aspecto a considerar é que o próprio termo depressão foi introduzido pela psiquiatria no século XVIII considerando os aspectos biológicos da doença, partindo do pressuposto de ser a mesma, possível de ser tratada e curada, uma vez que, na visão da psiquiatria o corpo e o indivíduo são vistos apenas na perspectiva biológica.<sup>104</sup>

<sup>98</sup> GOMES, 2011, p. 127.

<sup>99</sup> MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. Depressão: uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 106-119, 2007. [online]. p. 112.

<sup>100</sup> MONTEIRO; LAGE, 2007, p. 106-119.

<sup>101</sup> MONTEIRO; LAGE, 2007, p. 106-119.

<sup>102</sup> MONTEIRO; LAGE, 2007, p. 106-119.

<sup>103</sup> COSTA PEREIRA, M. E. Psicopatologia Fundamental e Psiquiatria. In: QUEIROZ, E. F. Q.; SILVA, R. R. (Orgs.). *Pesquisa em Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2002. p. 27-50.

<sup>104</sup> MONTEIRO; LAGE, 2007, p. 106-119.

Assim, o desenvolvimento da psiquiatria biológica procura resolver o problema da depressão na perspectiva biológica desvinculando-se dos aspectos culturais e antropológicos.

Para Bogochvol:

Entre o psíquico e o psicopatológico, haveria uma diferença que é função de uma diferença puramente biológica. É a intervenção do biológico, que pode transformar o psíquico em psicopatológico, já que o psíquico, ele mesmo, não pode produzir nada, por ser apenas um produto. A causalidade nunca poderia ser psíquica, apenas extrapsíquica e neurobiológica.<sup>105</sup>

Essa ascensão da psiquiatria biológica traz como consequência um aumento do tratamento da depressão através de farmacológicos. Psicofármacos são considerados a solução e o aumento das pesquisas e vendas é uma crescente.<sup>106</sup>

Partindo do pressuposto biológico, a depressão é vista como alteração no funcionamento dos neurônios, ou seja, falta de transmissão elétrica adequada porque a serotonina e a noradrenalina não estão funcionando bem, como diz Gomes:

A depressão manifesta-se quando determinados sistemas de transmissão entre as células do cérebro, ou seja, os neurônios se alteram. Com efeito, para que o sistema nervoso funcione bem, é necessário que a transmissão das mensagens elétricas de um neurônio para outro ocorra através do ponto de contacto entre uma célula e outra, que se designa por sinapse. Quando uma mensagem elétrica enviada por um neurônio chega à sinapse, provoca a liberação de determinadas substâncias químicas, os neurotransmissores, que funcionam como mensageiros, depois de passarem ao neurônio seguinte, onde provocam a saída de um novo sinal elétrico. Consequentemente, quando a atividade de alguns neurotransmissores se altera, podem ocorrer 'transmissões perturbadas'. Especificamente no aparecimento da depressão, são dois os neurotransmissores principalmente implicados: a serotonina e a noradrenalina, que estão envolvidas em todas as funções que se apresentam alteradas durante a depressão e que provocam os sintomas característicos desta.<sup>107</sup>

Uma vez que, na perspectiva psiquiátrica, a depressão é uma doença de origem ou causa biológica, serão apresentadas algumas causas biológicas que podem alterar o funcionamento dos neurônios e, numa ótica psiquiátrica, provocar a depressão.<sup>108</sup>

Preston afirma que o hipotálamo controla vários sistemas do organismo, incluindo o sistema hormonal, o sistema imunológico e algumas atividades físicas, como os ciclos do sono, apetite, impulsos sexuais. Próximo ao hipotálamo encontra-se o sistema límbico, chamado de cérebro emocional por ser a sede das emoções do homem.<sup>109</sup>

<sup>105</sup> BOGOCHVOL, A. Sobre a psicofarmacologia. In: M. C. R. MAGALHÃES, (Org.), *Psicofarmacologia e Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2001. p. 45.

<sup>106</sup> BOGOCHVOL, 2001, p. 45.

<sup>107</sup> GOMES, 2011, p. 6.

<sup>108</sup> PRESTON, 1989, p. 59.

<sup>109</sup> PRESTON, 1989, p. 59.

O hipotálamo e o sistema límbico são regulados por diversas substâncias neuroquímicas do cérebro que, quando afetadas, provocam um desequilíbrio ou disfunção desses fatores químicos causando o que Preston denomina de depressão biológica.<sup>110</sup>

Preston enumera cinco fatores capazes de provocarem essa disfunção: efeitos colaterais de medicamentos, consumo crônico de drogas e/ou álcool, doença física, modificações hormonais, depressão endógena.<sup>111</sup>

O referido autor discute que alguns remédios podem ter como efeito colateral essa disfunção cerebral no hipotálamo ou límbico, caso não exista outra causa provável para a depressão e o indivíduo esteja em uso de algum medicamento.<sup>112</sup>

Em relação às doenças, Preston apresenta que esses fatores provocam modificações químicas no cérebro do indivíduo, podendo causar um quadro depressivo. Em relação às doenças endógenas, Preston afirma que algumas pessoas possuem uma predisposição interna para essas alterações químicas. As alterações hormonais, aparentemente, provocam alterações no sistema límbico.<sup>113</sup>

Para analisar a depressão, o pesquisador se baseará nas discussões de Coser que trabalha com categorias, tipologias e dimensões nas quais a depressão é percebida pela psiquiatria.

Seria a depressão uma questão de dimensão, e não de categoria? Essa é uma escolha que desde o fim do século XIX, início do século XX, começou a vigorar para o campo psiquiátrico: os pacientes poderiam ser classificados em diferentes categorias diagnósticas correspondentes aos diferentes tipos de doenças que apresentassem, como Kraepelin estipulava, ou seus quadros clínicos seriam tomados em diferentes leituras sindrômicas baseadas no seu perfil sintomático, como sugeria Jaspers.<sup>114</sup>

Para suas análises, Coser apresenta um quadro proposto por Kendell, em 1976, sendo apresentadas tipologias simples nas quais, os pacientes depressivos podem ser agrupados por categorias. Observando-se as divisões, vemos um amplo leque que abrange níveis de gravidade diferentes.<sup>115</sup>

Coser chama a atenção para a utilização do termo endógeno na psiquiatria. Segundo o autor, o termo passou a ser utilizado pela psiquiatria desde 1893, aceito pela psiquiatria inglesa a partir de 1920 e norte-americana a partir da década de 1950.<sup>116</sup>

<sup>110</sup> PRESTON, 1989, p. 60.

<sup>111</sup> PRESTON, 1989, p. 60-63.

<sup>112</sup> PRESTON, 1989, p. 60.

<sup>113</sup> PRESTON, 1989, p. 62.

<sup>114</sup> COSER, 2003, p. 71.

<sup>115</sup> COSER, 2003, p. 72.

<sup>116</sup> COSER, 2003, p. 74.

Assim, a depressão endógena é identificada a uma ocorrência espontânea, que não guarda relação com precipitantes psicossociais, estando na dependência de uma base que residiria no organismo, enquanto que no deprimido não endógeno se verificaria a precipitação da depressão a partir de um desencadeamento psicossocial, ela ocorrendo em reação a este. Ou seja, para esses quadros não endógenos, a psiquiatria supõe existir uma psicogênese, suposição estritamente equivalente, e em sentido inverso, da que sustenta uma somatogênese para os quadros endógenos.<sup>117</sup>

Essa discussão sobre o aspecto endógeno da depressão é estritamente importante para a psiquiatria que se baseia nas causas e sintomas da doença, baseando-se em fatores, de preferências biológicas ou contextuais que afetam o biológico do indivíduo.<sup>118</sup>

Outro aspecto a ser observado, já no quadro de classificação proposto por Kendell, é que a depressão atinge inclusive psicoses reativas e maníaco-depressivas. Além das classificações, a partir de Kendell, Coser apresenta a classificação da depressão na perspectiva da psiquiatria através das classificações utilizadas para diagnóstico consideradas como oficiais.<sup>119</sup>

O DSM, originário em 1952, no decorrer dos anos foi sendo adaptado por revisões, incluindo novos códigos:

Na nona revisão, a depressão foi enquadrada por meio de dez códigos diagnósticos, que vão da demência senil, tipo depressivo, aos transtornos depressivos não classificados em outra parte, passando pela psicose maníaco-depressiva, tipo depressivo, pela psicose maníaco-depressiva circular, fase depressiva, pela psicose maníaco-depressiva circular, mista, pela psicose não orgânica (reativa), depressiva, pela depressão neurótica, pelo transtorno afetivo da personalidade, pela reação depressiva breve, não psicótica, e a reação depressiva prolongada, não psicótica.<sup>120</sup>

A complexidade do quadro depressivo, devido à variedade de causas e possibilidades de sintomas, faz com que o diagnóstico da mesma não seja fácil, sendo a depressão, muitas vezes confundida com outras doenças, além de dificuldades de um tratamento adequado.<sup>121</sup>

Esse quadro atual da doença faz com que, atualmente, várias pesquisas estejam sendo feitas, principalmente no âmbito da psiquiatria.

Aguiar apresenta que a psiquiatria atual, no que se refere à depressão, é consequência de momentos, sendo eles sob a influência da psiquiatria norte-americana a partir do desenvolvimento da psicobiologia, como oposição ao modelo nosológico de Kepler.<sup>122</sup>

Partindo da psicobiologia, as ideias e técnicas psicanalíticas passaram a influenciar o campo psiquiátrico com base no viés biológico da psiquiatria, principalmente, a partir da

<sup>117</sup> COSER, 2003, p. 76.

<sup>118</sup> COSER, 2003, p. 76.

<sup>119</sup> COSER, 2003, p. 76.

<sup>120</sup> COSER, 2003, p. 76.

<sup>121</sup> DEUS, 2008, p. 69.

<sup>122</sup> AGUIAR, A. *A psiquiatria no divã*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. p. 32.

década de 1950, com a chegada dos medicamentos psicotrópicos e com os avanços nas pesquisas genéticas e das neurociências e com o desenvolvimento biotecnológico, uma vez que a psiquiatria biológica traz novamente os medicamentos para a psiquiatria.<sup>123</sup>

Seguindo uma linha histórica, nos anos 1980, a depressão torna-se amplamente divulgada, tornando-se uma moda, e já sob a influência da psiquiatria biológica, o Prozac, é tido e mostrado como pílula da felicidade, visto que o medicamento é apresentado como cura imediata para o sofrimento.<sup>124</sup>

Se a patologia é diagnosticada através de questionários auto-aplicáveis ou entrevistas estruturadas computadorizadas, se a medicação intervém sobre a essência que seria sua causa material, e se a resposta terapêutica pode ser antecipada através do tipo bioquímico do paciente, psiquiatra para quê?<sup>125</sup>

Desse modo, Coser também discute que a psiquiatria que estava apoiada numa perspectiva biológica, tendo a depressão como doença relacionada a problemas nos neurônios, vê-se envolvida numa problemática complexa na qual apenas o biológico é visto como insuficiente para um diagnóstico e tratamento.

Essas peculiaridades situam o tema no imbricamento de três dimensões problemáticas nas discussões contemporâneas da psicanálise. Um exemplo diz respeito à discussão de qualquer aspecto da clínica psicanalítica pelo viés da terapêutica e da cura, o que, absolutamente, não incomodava a Freud, Ferenczi ou Abraham, que sempre consideraram ser a psicanálise um tratamento (no sentido forte do termo). Do mesmo modo a questão nosológica, considerada por alguns como superada, será repensada em função do tema, que coloca sérios problemas de diagnóstico diferencial e de encaminhamento terapêutico. Por último, a questão dos afetos, e sua proximidade para com o campo da moral, será também colocada no centro da cena. Que motivos me levam a reabri-las?<sup>126</sup>

A perspectiva da psicanálise não é o foco do pesquisador, mas é relevante citar, nessa parte do trabalho, o quanto os trabalhos da psicanálise, desde Freud, influenciam a perspectiva psiquiátrica da depressão na contemporaneidade, tanto no aspecto do diagnóstico quanto do tratamento.

O problema é que a psiquiatria pós-1960, e particularmente pós-1980, no afã de produzir uma visada objetiva, 'científica', do campo cujo estudo e tratamento ela em certa medida disputa com a psicanálise, termina por construir uma clínica sem subjetividade.<sup>127</sup>

<sup>123</sup> AGUIAR, 2004, p. 34.

<sup>124</sup> AGUIAR, 2004, p. 34.

<sup>125</sup> COSER, 2003, p. 26.

<sup>126</sup> COSER, 2003, p. 30.

<sup>127</sup> COSER, 2003, p. 22.

Diante da complexidade apresentada perante um diagnóstico mais preciso, Coser conclui que a depressão cabe tanto à psiquiatria quanto à psicanálise.

E, sem dúvida, a depressão é um importante tema clínico, tanto para o campo psiquiátrico quanto para o psicanalítico, que a atualidade tornou mais complexo à medida que permeado por fatores que se introduziram nos últimos 40 anos no campo clínico e no campo social – as drogas ditas antidepressivas, a difusão da psicanálise como prática clínica, a peculiaridade que o mal-estar na cultura assumiu... Diversas vias de estudo então se abrem.<sup>128</sup>

Issa Leal Damous discute como a psiquiatria atual utiliza-se de medicamentos como proposta de cura desconsiderando as demais possibilidades de tratamento.

Na psiquiatria, uma situação paradoxal abarca tanto os remédios, especialmente evidenciada com os antidepressivos, quanto a noção de cura propriamente. Trata-se de que os antidepressivos encarnam o mito da droga perfeita, pois suscitam esperanças fantásticas ao sustentarem a redistribuição eficaz das quantidades de energia no aparelho psíquico, agindo sobre os afetos ansiosos e depressivos e assim proporcionando maior tonicidade e domínio sobre si mesmo, estando-se doente ou não.<sup>129</sup>

Com isso, atualmente, muitos médicos e indivíduos percebem que a cura da depressão está nos medicamentos, que passam a ser parte da vida dos indivíduos, muitas vezes de forma banal. Ainda se mistura a doença como patologia com outras formas de frustração da hodiernidade, tais como ansiedades causadas por não se atender às inúmeras demandas do mundo. Para muitos, a solução de todos os problemas passa pela ingestão de medicamentos que vão aumentar a energia e disposição, acalmar o cérebro e o coração, etc.

Psiquicamente, custa caro fazer frente às exigências normativas atuais, pois, além da fadiga mental, os fracassos no plano profissional, familiar, afetivo podem se acumular e rapidamente produzir uma situação de exclusão social, de retraimento, de depressão. Nesse caso, a prescrição de psicofármacos fomentada em larga escala pela psiquiatria biológica tem a sua legitimidade garantida, ainda que atravesse uma crise da cura produzindo tratamentos de manutenção, tal como ocorre com os insulino-dependentes.<sup>130</sup>

Tudo isso demonstra que o foco atual para a cura rápida da depressão, com o uso excessivo de medicamentos, desconsidera que a partir de um diagnóstico é preciso que o tratamento considere um estudo das causas da mesma para que o problema seja resolvido, partindo de suas raízes, o que demanda tempo de análises e não uma cura rápida ou mascarada

<sup>128</sup> COSER, 2003, p. 32.

<sup>129</sup> DAMOUS, Issa Leal. *A lógica do desespero nos casos-limite: uma faceta da depressão na contemporaneidade*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. [online]. p. 51.

<sup>130</sup> DAMOUS, 2011, p. 51.

pela ingestão de medicamentos que podem não resolver o problema se não forem consideradas todas as suas dimensões.

Os pacientes que demandam uma análise esperam não só um tratamento, mas também o alívio que este traria para seu sofrimento. Se o analista não tem a segurança que lhe permita confrontar-se com as solicitações dos pacientes ou de seus familiares, que apontam na direção de uma promessa de felicidade quimicamente induzida, como irá proceder? Encaminhando o paciente a um psiquiatra?<sup>131</sup>

Devido à grande utilização dos psicofármacos no tratamento medicamentoso da depressão, o presente trabalho abordará alguns medicamentos utilizados para o tratamento com breve histórico dos medicamentos antidepressivos.

Os termos psicoativos e psicotrópicos denominam uma série de substâncias que atuam no Sistema Nervoso Central, introduzidos na prática da biomedicina na década de 1950.<sup>132</sup> Após a Segunda Guerra Mundial, ampliou-se o consumo de fármacos industrializados e, com isso, pesquisas perceberam que drogas utilizadas para o tratamento de outras doenças melhoravam o humor dos pacientes com sintomas depressivos, surgindo o termo antidepressivo. Os primeiros antidepressivos foram os Inibidores da MAO com a iproniazida, mas, devido aos efeitos colaterais, essa substância deixou de ser utilizada.<sup>133</sup>

Concomitantemente, pesquisavam-se substâncias relacionadas às fenotiazinas devido à descoberta de sua relação com a histamina, sendo a primeira fenotiazina sintetizada em 1883, pelo laboratório *Badische Anilin und Sodafabriken*, a partir do corante azul de metileno.<sup>134</sup>

Também nessa época sintetizaram a fenotiazínico iminodibenzil, mas esquecida. Cinquenta anos depois, retomaram a pesquisas com os compostos fenotiazínicos com o objetivo de encontrarem novos medicamentos sedativos. Dessas pesquisas originou a imipramina, caracterizada como medicamento para tratar sintomas da depressão e comercializada com o nome de Tofranil, dando origem aos antidepressivos tricíclicos.<sup>135</sup>

Assim pode-se concluir que:

Embora o interesse nos efeitos psicológicos dos agentes farmacológicos seja tão antigo quanto à humanidade, os usos de drogas para o tratamento das desordens psiquiátricas tornou-se disseminado somente a partir da metade dos anos de 1950. Medicamentos têm encontrado seu papel nas práticas psiquiátricas de orientação mais analítica, e na prática da medicina eles são usados em grande escala para

<sup>131</sup> COSER, 2003, p. 39.

<sup>132</sup> BITTENCOURT, Sílvia Cardoso; CAPON, Sandra; MALUF, Sônia. Medicamentos antidepressivos: inserção na prática biomédica (1941-2006) a partir da divulgação em um livro-texto de farmacologia. *Revista Maná*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 219-247, 2013. [online]. p. 219.

<sup>133</sup> BITTENCOURT; CAPON; MALUF, 2013, p. 219.

<sup>134</sup> BITTENCOURT; CAPON; MALUF, 2013, p. 219-220.

<sup>135</sup> BITTENCOURT; CAPON; MALUF, 2013, p. 220.

modificar atitudes e emoções dos pacientes. Nesta última direção, eles são frequentemente abusados. Ninguém vai negar que o indivíduo claramente psicótico ou severamente deprimido está em situação urgente de terapia, e as drogas agora desempenham um papel maior no tratamento dessas desordens severas. No entanto, o vasto número de indivíduos neuróticos poderia ser auxiliado mais por médicos simpáticos e compreensivos do que por drogas, se o médico puder despende mais tempo ouvindo esses pacientes e discutindo seus problemas com eles.<sup>136</sup>

Conforme excerto acima, os medicamentos passam a assumir um importante papel no tratamento da depressão, entretanto, a percepção de ser a depressão uma doença que envolve mais que aspectos físicos, é apresentada desde o início da utilização dos psicofármacos, comprovando a necessidade de análise da genética do paciente e outros aspectos psicológicos, como se pode observar no fragmento seguinte:

É importante assinalar que um diagnóstico psiquiátrico, por si só, não determina a natureza da terapia medicamentosa. [...]. É necessário um julgamento clínico considerável na determinação de quais drogas são necessárias para determinado paciente em uma situação particular. [...]. A única forma de tratamento que um psiquiatra sozinho pode administrar simultaneamente a uma série de centenas de pacientes é o tratamento medicamentoso. No entanto, a farmacoterapia tem limitações claras no tratamento dos distúrbios psicológicos. As drogas não podem modificar diretamente influências hereditárias, relacionadas a estruturas familiares ou situações socioeconômicas de um indivíduo. Elas podem modificar a reação do paciente ao seu meio ambiente e seu funcionamento emocional e intelectual, mas o comportamento em curso vai continuar sendo determinado em grande parte pelas repostas aos estímulos que permanecem.<sup>137</sup>

Essa apresentação de não serem os psicofármacos, sozinhos, capazes de tratar a depressão demonstra um início de preocupação pelo começo do uso abusivo dos mesmos, a partir da década de 1960.<sup>138</sup>

Para compreender melhor, é importante uma retomada à narrativa histórica sobre o assunto. No final dos anos de 1950, as companhias Merck, Roche e Lundbeck desenvolveram um composto chamado de amitriptilina, muito parecida com a imipramina, já conhecida. As duas companhias romperam e a Merck ficou com a patente do medicamento, descobrindo que era possível fazer dinheiro com o sucesso dos antidepressivos.<sup>139</sup>

No final do século XX, os BZD são substituídos amplamente pelos ISRS (Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina), sendo um dos fatores de substituição os efeitos colaterais ainda intensos dos os tricíclicos. Com a amitriptilina uma nova concepção de antidepressivos aparece, pois:

<sup>136</sup> JARVIK, Murray E. Drugs used in the treatment of psychiatric disorders. *In*: BITTENCOURT, Sílvia Cardoso; CAPON, Sandra; MALUF, Sônia. Medicamentos antidepressivos: inserção na prática biomédica (1941-2006) a partir da divulgação em um livro-texto de farmacologia. *Revista Maná*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 219-247, 2013. [online]. p. 224.

<sup>137</sup> JARVIK, 1970, p. 225.

<sup>138</sup> BITTENCOURT; CAPON; MALUF, 2013, p. 227.

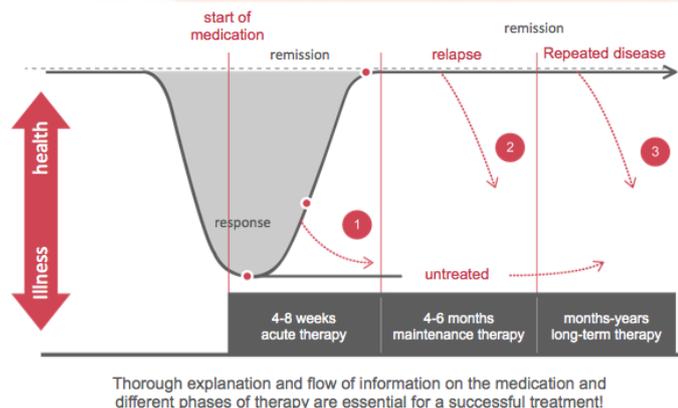
<sup>139</sup> BITTENCOURT; CAPON; MALUF, 2013, p. 30.

Em essência, no entanto, a Merck não vendeu apenas amitriptilina, ela vendeu uma ideia. A amitriptilina tornou-se o primeiro dos antidepressivos a ser vendido em volumes substanciais. Os anos de 1960, no entanto, eram um mundo no qual o Librium e o Valium eram reis, o que significa que, comparado com as percepções correntes da época, o tamanho do mercado da depressão não hospitalizada era provavelmente considerado relativamente pequeno. Não havia, nessas circunstâncias, nenhum espaço para uma diversidade de conceitos (para energizantes psíquicos, timolépticos<sup>140</sup> e antidepressivos), e tampouco foram reconhecidas clinicamente claras diferenças entre os diversos grupos de compostos conhecidos, eles foram colocados sob a ampla noção ‘guarda-chuva’ de antidepressivos, suficiente para manter as vendas até que o eclipse dos BZD conduzisse a uma expansão do mercado de antidepressivos e à ampla descoberta desses medicamentos, que só aconteceu com os ISRS.<sup>140</sup>

Em 1980, os IRSS foram os medicamentos mais difundidos tanto por psiquiatras quanto por não psiquiatras e utilizados não apenas para diagnósticos de quadros depressivos.<sup>141</sup> No final do século XX e início do século XXI, medicamentos diversos, como os inibidores seletivos da noradrenalina, foram apresentados no mercado.

Ainda é preciso saber que o tratamento farmacológico da depressão possui uma fase aguda com duração média de seis a doze semanas seguida de uma fase de manutenção com média de seis meses, importante fase para impedir a recaída, podendo estender-se. Quando a medicação é interrompida antes do final da fase de manutenção, as taxas de recaída são duas vezes mais elevadas.<sup>142</sup>

Figura 01: Fases do tratamento medicamentoso da doença<sup>143</sup>



Conforme demonstrado na figura, a primeira fase, chamada de aguda, estende-se de quatro a oito semanas seguida de uma fase de manutenção que pode variar entre quatro e seis meses e um período final que se estende por um período maior.

<sup>140</sup> HEALY, David. *The Psychopharmacologists*. London: Arnold, 1997. p. 96.

<sup>141</sup> BITTENCOURT; CAPON; MALUF, 2013, p. 234.

<sup>142</sup> CORYEL, 2018, p. 7.

<sup>143</sup> CORYEL, 2018, p. 7.

Portanto, deve-se informar ao paciente que os medicamentos não causam dependência nem alterações de personalidade e que é necessário ao doente ter paciência, pois os antidepressivos apenas começam a ter efeito após um tempo que pode variar numa média de duas a quatro semanas. Conhecer as fases da doença é primordial para que o paciente entenda que o medicamento precisa de um período para atuação. Essa desinformação pode causar dúvidas e insegurança em relação ao tratamento e até desistência.

Fábio Gomes de Matos e Souza discute que não existe um antidepressivo melhor que o outro devendo, o tratamento, estar inserido dentro de contextos individuais. Apresenta uma classificação dos antidepressivos baseada no neurotransmissor/receptor envolvido em seu mecanismo de ação, que é um dos critérios mais utilizados.<sup>144</sup>

Figura 02: Antidepressivos disponíveis no Brasil<sup>145</sup>

Tabela 2 - Antidepressivos disponíveis no Brasil			Características Transmissor /Receptor			
Droga	Metabólicos	Vida média(h)	5-HT	NA/NE	DA	Conc. de picoplasmático
<b>Tricíclicos</b>						
Amitriptilina		8-24	+++	++++	+	6
	Nortriptalina	18-96	+	++++	+	(4-5)
Clomipramina		17-28	+++	+		2.5
	Desmetil-	>36	+	+++		4-24
Imipramina		4-18	+++	+	o	2
	Desipramine	12-24	+	++++		(4-5)
Maprotilina		12-108	+	+++	+	8-24
	Desmetil-					
	Nortriptilina	18-96	+	+++		(4-5)
<b>Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina</b>						
Citalopram		33	++++	o	o	2-4
Fluoxetina		24-140	++++	o	+	6-8
	Norfluoxetina	168-216	+	o	o	-
Fluvoxamine	Nenhum	13-22	+++	o	o	2-8
Paroxetina	Nenhum	24	++++	o	o	6
Sertralina		25-26	+++	o	o	4-10
	Desmetil-	66-109	+	o	o	8-12
<b>Inibidores da MAO</b>						
Moclobemide	Nenhum	1-2	-	-	-	1
Tranylcypromine		2.5	-	-	-	2.5
<b>Outros</b>						
Mianserina	Desmetil-8-hydroxy-	12-29	o	o	+	1-3
Mirtazapina	Nenhum	20-40	+++	+++	o	1-3
Nefazodone	Vários	2-4	+++#			30min(1-3h)
Venlafaxina		1-2	+++	+++	+	5(2-7)
	-Desmetil	1-11				10(8-13)
<b>Futuro</b>						
Reboxetina	NK	13	o	+++	o	2
Trazodone		3-7	+++#	o	o	1/2
	MCPP		▲			
Viloxazina	Nenhum	4-13	o	+	+	1-4
Bupropion		10-14	o	+	o	

Através da figura observa-se que um grande número de antidepressivos já se encontra disponíveis no mercado brasileiro, tanto tricíclicos como inibidores seletivos de serotonina. Uma das causas dessa grande oferta é o mercado farmacológico que percebe o grande lucro que esses medicamentos garantem às farmácias, nessa época contemporânea e globalizada em que a busca pelo prazer e bem-estar rápidos permeiam muitos dos indivíduos.

Carlos Alberto Crespo de Souza afirma que existem casos nos quais o tratamento medicamentoso é suficiente para a cura da depressão, mas em outros é necessário uma

<sup>144</sup> SOUZA, Fábio Gomes de Matos e. Tratamento da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatria*. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 18-23, 1999. [online]. p. 18.

<sup>145</sup> SOUZA, 1999, p. 19-20.

combinação de medicamentos e psicoterapia. Nos casos nos quais a psicoterapia é recomendada, é importante que a medicação seja prescrita pelo próprio terapeuta.<sup>146</sup>

A baixa confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico e o grande desenvolvimento da neurobiologia, em nossa época, têm influenciado os psiquiatras na busca de ferramentas neurocientíficas para aprimorar o diagnóstico e fazer luz na compreensão da sua natureza. Se a hipótese dos endofenótipos for solidamente estabelecida, o diagnóstico psiquiátrico atual será desconstruído e a psiquiatria entrará na era da medicina molecular.<sup>147</sup>

É imprudente perceber que a complexidade da depressão envolve questões que vão além das biológicas. Não é ético aceitar a influência e pressão mercadológica farmacêutica para atender aos anseios e pressões da hodiernidade e colocar os medicamentos antidepressivos como única possibilidade de cura e cura rápida, quase milagrosa, para uma doença que interfere tão profundamente na vida do indivíduo. É impropriedade simplificar a depressão apenas em alterações biológicas sem, contudo, renegar aos medicamentos sua importância e papel no tratamento.<sup>148</sup>

Assim no próximo capítulo serão discutidos assuntos referentes a depressão, farmácia e religião, apresentando conceitos sobre religião, religiosidade e espiritualidade. Essas apresentações de conceitos e análises tem por objetivo prosseguir no assunto da pesquisa de como a religião pode influenciar no tratamento medicamentoso da depressão.

A Psicologia da religião será apresentada como estudo psicológico das experiências religiosas e crenças, dedicado ao estudo do comportamento religioso, que envolve aspectos cognitivos e afetivos do ser humano, ou seja, estuda a relação do ser humano com a religião seja ela qual for. Nesse aspecto será discutida a influência da religião no tratamento depressivo, incluindo a Psiquiatria e a religiosidade. A indústria farmacêutica com seu *marketing* também será apresentada.

---

<sup>146</sup> SOUZA, Carlos Alberto Crespo de. Histórico dos antidepressivos, novos compostos e precauções. Parte um. *Revista Psychiatry on line Brasil*. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 18-23, 1999. [online]. p. 19.

<sup>147</sup> AZEREDO; DIAS, 2020, p. 54.

<sup>148</sup> AZEREDO, Bárbara Ahnert; DIAS, Alessandro Moreira. Depressão e religiosidade: uma busca pelo equilíbrio farmacêutico e espiritual. *Revista Unitas*, v. 8, n. 1, p. 63-69, 2020. [online]. p. 63.

## 2 DEPRESSÃO, FARMÁCIA E RELIGIÃO

Nessa parte do trabalho serão estudados aspectos concernentes à indústria farmacêutica, desde o financiamento das grandes indústrias para pesquisas no mercado até o aspecto do marketing para a venda de medicamentos para o tratamento da depressão. Da mesma forma, será discutida a necessidade de uma ética farmacêutica no sentido de não se permitir corromper pela atratividade do lucro esquecendo-se do bem-estar dos indivíduos.

O capítulo também apresentará uma abordagem nova sobre a Psiquiatria e a religiosidade, de como têm se aproximando na discussão a respeito das doenças mentais, incluindo a depressão, apesar de ainda ser necessário um aumento de pesquisas sobre o assunto.

Prosseguindo, discutir-se-á a influência da religião no tratamento depressivo a partir da Psicologia da Religião, outro importante campo científico de conhecimento que começa a ser desbravado, cujo campo de estudo científico, descritivo e objetivo, é o fenômeno do *coping* religioso.

Finalizando o capítulo, o assunto será a influência da religião da pessoa depressiva na assistência e atenção da área Farmacêutica. Esta etapa possibilitará adentrar no foco da pesquisa que é a interferência ou não da religião na utilização de psicofármacos no tratamento depressivo em um grupo de terceira idade, Santa Rita de Minas, no estado de Minas Gerais.

### 2.1 A depressão e a indústria medicamentosa

Uma vez considerados os aspectos relacionados à atuação dos psicofármacos no organismo vale discutir o papel da mídia no mercado medicamentoso da depressão, pois conforme afirma Crespo é necessário observar se apenas o medicamento é suficiente para o tratamento da depressão.

Letícia Vieira Machado e Rodrigo Ramires Ferreira discutem sobre a indústria farmacêutica apresentando ser esse o segundo setor mais rentável do mundo, e também o segundo setor em concentração de capital. Nesse cenário os psicofármacos estão no topo de vendas, sendo que os antidepressivos detêm o terceiro lugar entre os fármacos mais vendidos no mundo.<sup>149</sup>

---

<sup>149</sup> FERREIRA, Rodrigo Ramires; MACHADO, Letícia Vieira. A indústria farmacêutica e psicanálise diante da epidemia de depressão: respostas possíveis. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 1, p. 135-144, 2014. [online]. p. 136.

Essa ascensão dos antidepressivos no mercado iniciou com a descoberta da fluoxetina, que se popularizou, nos Estados Unidos com o nome de Prozac, recebendo inúmeros codinomes como: cultura das drogas legais, a cápsula da fuga, a nova cosmética psicofarmacológica, a pílula da personalidade, a pílula das pílulas. Todos esses nomes indicam que a fluoxetina inaugura uma nova subjetividade do homem contemporâneo que sente a necessidade de se livrar de suas frustrações e angústias.<sup>150</sup>

Assim o alto consumo da fluoxetina fez com que a indústria farmacêutica iniciasse uma busca por antidepressivos mais inovadores que correspondessem às necessidades desses novos indivíduos contemporâneos.<sup>151</sup>

Ainda de acordo com Ferreira, Machado, Pignarre afirma que os laboratórios farmacêuticos financiam o desenvolvimento de fármacos, exatamente por perceberem o potencial do mercado. Para ilustrar sua idéia, Pignarre apresenta a estratégia do laboratório dinamarquês Lundbeck, que para criar o mercado da depressão masculina financiou as pesquisas de renomados psiquiatras, que legitimaram os sintomas da depressão masculina por meio do discurso científico em congressos e eventos internacionais e a abordaram em nível de problema de saúde pública<sup>152</sup>.

Além do conhecimento científico, a indústria farmacêutica investe também em propaganda e publicidade. Percebendo o consumo desenfreado de nossa época, a indústria farmacêutica transforma os psicofármacos em material de desejo.<sup>153</sup>

Essa introdução da indústria farmacêutica na esfera dos medicamentos para transtornos mentais acontece desde a década de 1960 e junto com a psiquiatria tenta suprimir outros tratamentos terapêuticos.<sup>154</sup>

Essa medicalização da vida tem o objetivo de curas rápidas e, no sentido econômico, os planos de saúde nem sempre cobrem as psicoterapias, fazendo com que a ingestão de medicamentos pareça menos custosa.

Um dos problemas dessa metodologia *fastfood* é que o diagnóstico centrado nos sintomas de ansiedade, fadiga, insônia e outros, exclui do quadro todos os fatores sociais envolvidos na instalação do suposto quadro depressivo. Sem recair no sociologismo, como alerta Pignarre (2012), é inegável a participação dos meios de comunicação e da mídia no humor depressivo daqueles que não correspondem ao ideal de beleza de nossa sociedade hedonista, como observa Rodrigues (2003). Ou ainda, como exemplifica Pignarre (2012), medicar um quadro depressivo provocado por constantes episódios de assédio moral no trabalho é certamente um equívoco, já

<sup>150</sup> FERREIRA; MACHADO, 2014, p. 138.

<sup>151</sup> FERREIRA; MACHADO, 2014, p. 138.

<sup>152</sup> FERREIRA; MACHADO, 2014, p. 140.

<sup>153</sup> FERREIRA; MACHADO, 2014, p. 141.

<sup>154</sup> FERREIRA; MACHADO, 2014, p. 141.

que não resulta em nenhuma modificação das condições de trabalho impostas ao medicado.<sup>155</sup>

Conforme apresenta o excerto acima, a medicalização excessiva desconsidera que vários fatores, além dos biológicos, podem ser os causadores da depressão. O contexto é um deles. Quando se vende a idéia de que apenas o medicamento vai sanar o problema não é evidência da cura, pois se os demais fatores causadores não forem trabalhados, o indivíduo vai ficar tomando o medicamento sem resultados favoráveis.<sup>156</sup>

Observado o aumento do consumo de medicamentos e o investimento do mercado, as propagandas de medicamentos no Brasil passaram a serem regulamentadas pelas Leis 6360/1976 e 9294/1996, pelos Decretos 79094/1977, 2018/1996 e pelo Código de Defesa do Consumidor, Lei 8078/1990, bem como Portarias específicas com o objetivo de não banalização dos medicamentos como simples mercadorias.<sup>157</sup>

Apesar dessa regulamentação, percebe-se muita subjetividade nas mesmas. Mastroianni e outros realizaram um trabalho no qual identificaram como principais irregularidades nas propagandas de remédios psicoativos:

- \_Indicações subjetivas: ‘devolve a tranqüilidade e restaura o equilíbrio’; ‘equilíbrio restabelecido’, ‘dose única de tranqüilidade’, ‘devolve a maneira natural de viver’;
- \_Consagrado/ confiável: ‘você confia, você prescreve’, ‘confiável para um maior número de pacientes’; ‘consagrado pelo uso’;
- \_ Medicamento padrão ou de referência: ‘antidepressivo padrão’, ‘líder mundial no tratamento da insônia’; ‘ansiolítico de referência da OMS’; ‘primeira escolha’, ‘padrão superior de eficácia’;
- \_Aprovados por órgãos competentes: ‘aprovado pelo FDA e Ministério da Saúde’; Ausência de interações: ‘não interage com outras drogas’; ‘não interage com o álcool’;
- \_ O mais prescrito: ‘o ansiolítico mais prescrito’, Resposta rápida: ‘rápido início de ação’; ‘rapidez com menor sedação’; ‘alívio imediato’;
- \_Sugestão de amplo espectro: ‘ansiolítico que atende todas as necessidades’; ‘grande amplitude de ação’, ‘solução ampla’; ‘eficaz em todas as formas de depressão’;
- \_Ação fisiológica: ‘sono fisiológico na medida certa’; ‘mais fisiológico dos indutores’; Certeza da eficácia: ‘certeza da eficácia’;
- \_Farmacocinética: ‘farmacocinética superior para uma vida melhor.’<sup>158</sup>

Através do excerto, observa-se que existe nas propagandas uma tentativa, ainda que sublinhar, de atrair os indivíduos para o consumo dos medicamentos. Expressões como a sugestão de ser padrão, referência, com promessas de tranqüilidade, vida melhor e alívio

<sup>155</sup> FERREIRA; MACHADO, 2014, p. 141.

<sup>156</sup> FERREIRA; MACHADO, 2014, p. 141.

<sup>157</sup> MASTROIANNI, Patrícia de Carvalho. *Análise do conteúdo das informações técnico-científicas das propagandas de medicamentos psicoativos*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2008. [online]. p. 9.

<sup>158</sup> MASTROIANNI, 2018, p. 9.

imediatamente induzem o indivíduo a acreditar serem esses medicamentos a garantia de uma felicidade e solução de todos os problemas.

Essas questões apresentadas no que concerne às propagandas de psicofármacos demonstram que os indivíduos estão preocupados em aliviar o sentimento depressivo sem um combate efetivo das causas da doença, ou seja, o estilo de vida da contemporaneidade não quer ser alterado, mesmo que isso provoque comorbidades. Livrar-se rapidamente do sentimento é mais importante que curar-se verdadeiramente.<sup>159</sup>

Elaine Teixeira Rabello e Kenneth Rachel de Camargo Júnior identificaram que as propagandas de medicamentos apresentam o valor simbólico dado aos medicamentos na sociedade, principalmente nos dias atuais, com a necessidade de consumo, destacando que as propagandas apresentam o medicamento como solução para incômodo físico.<sup>160</sup>

Os autores apresentam que a partir desse valor simbólico algumas ideias são apresentadas no que concerne à utilização dos medicamentos e a ação desses na vida dos indivíduos:<sup>161</sup>

Quanto às ideias que permeiam os anúncios, verificamos:

- 1) Visão mecanicista do corpo: propagandas que destacam partes do corpo humano ou a ação do medicamento sobre locais específicos; contêm mensagens de conteúdo anatômico, imagens computadorizadas do corpo humano para fazer a ligação do sintoma apresentado com a atuação do medicamento.
- 2) Ideia de saúde como ausência de incômodos cotidianos: os anúncios apresentam situações cotidianas na família, no trabalho, no namoro, na casa, com os amigos etc., apresentando o medicamento como solução para boas relações e vivências sociais nestes contextos.
- 3) Medicamento como conversão de ciência e tecnologia em saúde: os anúncios, por vezes, oferecem informações epidemiológicas sobre a patologia ou sintoma em questão, informações sobre princípios ativos, benefícios e inovações tecnológicas presentes no produto, pesquisas realizadas pelos laboratórios, e, comumente, atrelam o nome do fabricante ao discurso ou imagem da propaganda.
- 4) Possibilidade do medicamento como presença útil, solução e incremento para os diversos estilos de vida da sociedade de consumo: apresentam imagem de diversas atitudes, estilos de vida, hábitos do cotidiano e aplicabilidades do produto relacionadas a eles.
- 5) Personificação do medicamento: anúncios que apresentam mensagens que personificam medicamento, tornando-o parte da vida do usuário como amigo, companheiro, parceiro ou membro da família.<sup>162</sup>

Através da citação apresentada, é possível perceber a finalidade de instigar o consumo dos medicamentos com garantia de que esses trarão não apenas alívio em relação ao sofrimento imediato do indivíduo, mas também uma mudança no estilo de vida do mesmo. O

<sup>159</sup> MASTROIANNI, 2018, p. 9.

<sup>160</sup> RABELLO, Elaine, Teixeira; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. Propagandas de medicamentos: a saúde como produto de consumo. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 357-367, 2012. [online]. p. 359.

<sup>161</sup> RABELLO; CAMARGO JÚNIOR, 2012, p. 361-362.

<sup>162</sup> RABELLO; CAMARGO JÚNIOR, 2012, p. 364.

medicamento, atuando em parte do corpo, alterará toda a vida, considerando, assim o indivíduo apenas na perspectiva do físico e desconsiderando as demais dimensões que formam o ser humano.<sup>163</sup>

De fato, foi possível ver, nas propagandas analisadas no presente estudo, a noção que entrelaça as ideias subjacentes e as funções do medicamento conforme anunciadas aos ‘consumidores de saúde’ em potencial: os problemas de saúde podem advir de questões corporais, relacionais ou sociais, mas a solução é individual, e consagra-se na compra e no uso do medicamento por um usuário. Esta noção reafirma a hipótese inicial deste estudo de que saúde e qualidade de vida nestes anúncios estão marcadas por ideais da sociedade de consumo, como: imediatismo, individualismo, corpo produtivo, entre outros. Ainda foi possível verificar que os argumentos baseados na biomedicina, na visão mecanicista do corpo e na ideia de ciência e tecnologia convertidas em saúde no medicamento estavam presentes em grande parte das propagandas analisadas, não apenas em suas mensagens narradas, mas, também, nos ícones, efeitos e informações legendadas presentes.<sup>164</sup>

Todo esse investimento em propaganda faz com que ocorra uma proliferação do uso de medicamentos, o que pode ser favorável à indústria farmacêutica, daí a importância do farmacêutico apresentar uma postura ética perante seus pacientes, não podendo enxergá-los apenas como um mercado de consumidores.

Todo esse investimento em propaganda faz com que ocorra uma proliferação do uso de medicamentos, o que pode ser favorável à indústria farmacêutica, daí a importância do farmacêutico apresentar uma postura ética perante seus pacientes não podendo enxergá-los apenas como um mercado de consumidores.

Lefevre aponta que esse anseio por medicamentos sempre existiu, mas com o avanço da ciência e o consumo desenfreado da era contemporânea essa fantasia foi reinventada. Para ele a ciência “fornece o alibi para o exercício desta fantasia na medida em que, em nível do racional, do consciente, o indivíduo e a sociedade estão consumindo produtos da tecnologia científica”.<sup>165</sup>

Para os medicamentos que necessitam de prescrição médica, como são os psicofármacos, Lefevre aponta que existe um consumo de valor simbólico, ocasionado pela pressão da cura, disfarçando e tirando o valor da terapia no processo de tratamento e valorizando demasiadamente os medicamentos para atender ao lucro do mercado farmacêutico.<sup>166</sup>

Diante desse *marketing* da indústria farmacêutica, as legislações vigentes determinaram o Uso Racional de Medicamentos, que determina as premissas da assistência

<sup>163</sup> RABELLO; CAMARGO JÚNIOR, 2012, p. 362-363.

<sup>164</sup> RABELLO; CAMARGO JÚNIOR, 2012, p. 365.

<sup>165</sup> LEFEVRE, F. Saúde, este obscuro objeto de desejo. *Revista Saúde Soc.*, v. 6, n. 1, p. 3-9, 1997. [online]. p. 5.

<sup>166</sup> LEFEVRE, 1997, p. 5.

farmacêutica compreendendo um conjunto de práticas que inclui: a escolha terapêutica medicamentosa adequada, a indicação apropriada deste medicamento, a inexistência de contraindicação, a mínima probabilidade de reações adversas, a dispensação correta incluindo informação apropriada sobre os medicamentos prescritos, a adesão ao tratamento pelo paciente, seguimentos dos efeitos desejados e de possíveis reações adversas consequentes do tratamento.<sup>167</sup>

Em vista disso, o farmacêutico, como profissional de saúde, não deve servir apenas à indústria farmacêutica, mas ao indivíduo que necessita de seus cuidados, assim:

O farmacêutico está voltando a cumprir o seu papel perante a sociedade, corresponsabilizando-se pelo bem estar do paciente e trabalhando para que este não tenha sua qualidade de vida comprometida por um problema evitável, decorrente de uma terapia farmacológica. Este é um compromisso de extrema relevância, já que os eventos adversos a medicamentos são considerados hoje uma patologia emergente<sup>21</sup> e são responsáveis por grandes perdas, sejam estas de ordem financeira ou de vida.<sup>168</sup>

O farmacêutico precisa, portanto, alinhar e equilibrar a necessidade de venda da indústria farmacêutica com o desejo de consumo dos indivíduos, atuando, destarte, como verdadeiro profissional da saúde.

A proposta de consenso defende que a prática da atenção farmacêutica deve estar orientada para a educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento e acompanhamento farmacêutico, registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados. O propósito da atenção farmacêutica é reduzir a morbimortalidade relacionada aos medicamentos.<sup>169</sup>

Assim considerado, o farmacêutico deve atuar de forma a auxiliar na resolução dos problemas de saúde, na perspectiva do bem-estar da população, orientando para resultados positivos e utilização de medicamentos de forma responsável.

Não se deve descartar a medicação, mas, o principal agente terapêutico é provocar respostas redentivas para os distúrbios psíquicos e pneumossomáticos.<sup>170</sup> A alma, ou a psique humana, representa o campo em que os sintomas aparecem; porém, as raízes, invariavelmente, estão localizadas no espírito, ou no mundo espiritual, em relação ao qual a pessoa está orbitando. Ignorar o reino espiritual e a maneira como a pessoa vem se relacionando com ele torna a situação insolúvel. É aqui que vários não têm outra saída, senão torear os sintomas da depressão com medicamentos fortíssimos, sem interagir com as verdadeiras causas, o que, em médio e longo prazos, pode piorar ainda mais a situação.<sup>171</sup>

<sup>167</sup> VIEIRA, Fabiola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 213-220, 2005. [online]. p. 214.

<sup>168</sup> VIEIRA, 2005, p. 216.

<sup>169</sup> VIEIRA, 2005, p. 216.

<sup>170</sup> BORGES, 2015, p. 29.

<sup>171</sup> BORGES, 2015, p. 41.

Nesse contexto, por tudo o que foi exposto sobre o estudo farmacêutico sobre a depressão, entende-se que existe um enorme interesse da indústria farmacêutica na pesquisa de novos medicamentos que venham com o objetivo de inibir ou curar os sintomas depressivos, mas o mercado não é insuflado por essas pesquisas.

O que ocorre é que a demanda por esses medicamentos aumenta a cada dia devido às ansiedades e buscas do indivíduo contemporâneo. Apesar dessa busca por medicamentos, não se pode desconsiderar a perspectiva espiritual da doença e todas as formas de tratamento.

O uso irracional de medicamentos é um importante problema de saúde pública; portanto, é preciso considerar o potencial de contribuição do farmacêutico e efetivamente incorporá-lo às equipes de saúde a fim de que se garanta a melhoria da utilização dos medicamentos, com redução dos riscos de morbimortalidade e que seu trabalho proporcione meios para que os custos relacionados à farmacoterapia sejam os menores possíveis para a sociedade.<sup>172</sup>

Sendo essas as angústias do quadro depressivo de fundo biológico e emocional, uma vez apresentadas as perspectivas medicamentosas, seguiremos analisando como a religião trata o fenômeno da depressão, incluindo discussões a respeito da relação entre a Psiquiatria e a religiosidade, considerando como a religião, religiosidade e espiritualidade influenciam na saúde mental.

## 2.2 Psiquiatria e religiosidade

A relação entre psiquiatria e religiosidade vem crescendo, demonstrando uma mudança paradigmática em relação à medicina ocidental, principalmente, da psiquiatria que considerava a religião sem importância ou fora de sua área de abrangência.<sup>173</sup>

Nos últimos 30 anos, entretanto, a psiquiatria americana evoluiu para uma atitude mais positiva e receptiva em direção à espiritualidade e a religião. Isso é devido em parte a uma aumentada consideração para a o significado da cultura dos pacientes, como também a evidência crescente que a religião e a espiritualidade podem ter efeitos saudáveis na saúde mental.<sup>174</sup>

De acordo com Monteiro e outros os profissionais da área da saúde mental tinham uma visão antiquada e patológica sobre a espiritualidade dizendo, inclusive que, à medida que a

<sup>172</sup> VIEIRA, 2005, p. 218-219.

<sup>173</sup> PANZINI, R. G. BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista Psiquiátrica Clínica*. 34, p. 126-136, 2007. p. 105.

<sup>174</sup> PARGAMENT, K.I.; ANO, G.G.; & WACHHLTZ, A. B. The religious dimension of coping: Advances in theory, Research, Practice. In: R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.). *Handbook of the psychology of and spirituality*, p. 479 -495, New York: Guilford Press, 2005. p. 359.

humanidade amadurecesse e se desenvolvesse, os aspectos espirituais desapareceriam. Fato que não veio a ocorrer, de forma que: 172<sup>175</sup>:

Nas duas últimas décadas, as coisas começaram a mudar. Literalmente, milhares de artigos têm sido publicados sobre a relação entre a religião e a saúde na literatura acadêmica médica e psicológica. De fato, muitas escolas médicas integraram a espiritualidade no currículo. Nos Estados Unidos, 84 de 126 escolas médicas acreditadas estão oferecendo cursos sobre a espiritualidade na medicina.<sup>176</sup>

Apesar dessa demora entre os profissionais de saúde em reconhecer a questão da religiosidade e espiritualidade na questão da saúde, em 1972, Nancy Andreasen, uma das grandes pesquisadoras da psiquiatria biológica, alertava para a importância de integração entre psiquiatras e sacerdotes.<sup>177</sup>

Sacerdotes de vários tipos têm preenchido o papel que psiquiatras agora preenchem por literalmente milhares de anos, e seria de fato presunção de nossa parte assumir que não podemos aprender nada de sua experiência. [...] O muro esfarelante entre a psiquiatria ea religião, construído pela tradição analítica, não deve ser remendado. Ele serviu bem no seu tempo, sem dúvida.<sup>178</sup>

Essa aproximação entre a psiquiatria e a religião pode ser percebida através do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais que apresenta uma nova categoria diagnóstica denominada Problema Religioso ou Espiritual.

A aproximação entre religião e psiquiatria pode auxiliar os profissionais de saúde mental a desenvolverem habilidades que possibilitem a melhor compreensão dos fatores religiosos que influenciam a saúde dos pacientes sem a necessidade desses profissionais apresentarem um conceito de Deus.<sup>179</sup>

Dalgalarrondo apresenta que existem dois tipos de religiosidade: a intrínseca e a extrínseca. Na religiosidade intrínseca, o indivíduo realmente acredita e procura viver sua fé. Trata-se de uma religiosidade madura, saudável e boa, sendo princípio motor de sua vida, na qual existe uma relação mais subjetiva com as crenças e a fé.<sup>180</sup>

<sup>175</sup> MONTEIRO, Daiane Daitx; REICHOW, Jeverson Rogério Costa; SAIS, Elenice de Freitas e FERNANDES, Fernanda de Souza. Espiritualidade / religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo, v. 40, n. 98, p. 129-139, jun. 2020. p. 132.

<sup>176</sup> MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO-NETO, F.; KOENIG, H.G. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006. p. 243.

<sup>177</sup> MOURA, Lauro Eustáquio Guirlanda de. *Religiosidade e saúde mental: evolução da depressão em pacientes segundo o nível de envolvimento religioso*. Dissertação (Mestrado) –Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017. p. 143.

<sup>178</sup> ANDREASEN, N. J. The role of religion in depression. *Religion & Health*, v. 11, p. 153-166, 1972. p. 165.

<sup>179</sup> MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, 2012. [online]. p. 362,

<sup>180</sup> MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 362.

Na extrínseca, a religião é um meio para atingir outros fins, como por exemplo, uma conversão com finalidade de casamento, ou por status, ou porque é boa para os negócios e está relacionada à intolerância e ao preconceito. Nesse tipo de religiosidade o indivíduo apresenta um vínculo institucional.<sup>181</sup>

A religiosidade extrínseca apresentaria um meio para a pessoa atingir objetivos incluindo a busca de bem-estar pessoal, segurança, convivência e pertencimento a um grupo, visibilidade, status e conveniência.<sup>182</sup>

Já as pessoas com predomínio da religiosidade intrínseca encontram finalidade existencial nos ideais religiosos e, até mesmo outras necessidades e desejos se tornam secundários diante das vivências espirituais. Assim, os benefícios da religiosidade sobre a saúde ocorrem, predominantemente, com a religiosidade intrínseca.<sup>183</sup>

Campos e Murakami apresentam que essa influência positiva da religiosidade sobre a saúde pode ser causada devido à mobilização de energias e iniciativas extremamente positivas que fortalecem o indivíduo fazendo com que ele tenha condições de lidar mais eficazmente com suas condições, incentivando-o a aceitar a terapia e apresentando potencial ilimitado para melhorar a sua qualidade de vida. Além disso:<sup>184</sup>

Outro fator que explicaria os resultados positivos da religiosidade sobre o estado de saúde, é que a religião é grande responsável pela formação de comportamentos de proteção, assim como de comportamentos que conduzem à saúde, como, por exemplo, o não uso de álcool e drogas, o cumprimento de ordens médicas e o incentivo ao exercício físico regular. O indivíduo que segue esse estilo de vida tem menores taxas de doenças crônicas e agudas e tem níveis reduzidos de estresse, porque a religião também transmite a necessidade da pessoa ter comportamento de moderação e conformidade, além de pregar atitudes positivas como a oração, que proporcionam conforto emocional, desencorajam situações de conflito, e incentivam a harmonia interpessoal.<sup>185</sup>

### 2.3 A influência da religião no tratamento depressivo, a partir da Psicologia da Religião.

Iniciando essa parte do capítulo é imprescindível apresentar alguns conceitos envolvendo religião, religiosidade e espiritualidade, uma vez que, apesar de estarem interligados, são categorias teóricas de significado específico diferindo entre si.

Nessa perspectiva, a religião é uma forma de vivência e não apenas de pensar a vida. Esta vivência permite que os indivíduos suportem e superem problemas que, muitas vezes

<sup>181</sup> MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 362.

<sup>182</sup> MOURA, 2017, p. 117.

<sup>183</sup> MOURA, 2017, p. 117.

<sup>184</sup> MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 363.

<sup>185</sup> MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 363.

,apenas por meio da racionalidade não se suportaria e aceitaria. Através dessa vivência da religião, pode-se conviver melhor com os conflitos.<sup>186</sup>

Para Koenig, a religião se apoia em ensinamentos e escrituras que representam um conjunto de crenças, seguindo um ritual cristalizado, com o objetivo de fazer o indivíduo possuir uma relação mais estreita com Deus e, ainda, redescobrando seu lugar no mundo sem perder a intimidade com o sagrado ou transcendente, conforme descreve o excerto seguinte:

Religião pode ser definida como um sistema de crenças e práticas observados por uma comunidade, apoiado por rituais que reconhecem, idolatram, comunicam-se com, ou aproximam-se do Sagrado, do Divino, de Deus (em culturas ocidentais), ou da Verdade Absoluta da Realidade, ou do nirvana (em culturas orientais). A religião normalmente se baseia em um conjunto de escrituras ou ensinamentos que descrevem o significado e o propósito do mundo, o lugar do indivíduo nele, as responsabilidades dos indivíduos uns com os outros e a natureza da vida após a morte.<sup>187</sup>

O significado etimológico é apresentado por Soares e Lima que o apresenta tendo origem no latim. Afirma que:

religio, formada pelo prefixo re (outra vez, de novo) e o verbo ligare (ligar, unir, vincular). Tem como significado o vínculo entre o mundo profano e o mundo sagrado, no qual o sagrado opera encantamento do mundo habitado por forças maravilhosas e poderes admiráveis que agem magicamente.<sup>188</sup>

Saindo do sentido estrito da palavra, Levin coloca que o termo religião significa três coisas: igrejas particulares ou instituições religiosas organizadas, um campo de estudos eruditos e o domínio da vida que lida com coisas do espírito e com assuntos de supremo interesse.<sup>189</sup>

Campos e Murakami demonstram a evolução do significado do termo, no decorrer do tempo, demonstrando ter a religião aspectos dogmáticos, com ritos e cerimônias próprias:

A religião caracteriza-se, ao longo do tempo e do espaço, como extremamente variável, de um contexto cultural para outro, de um período histórico para outro (2), inclusive com marcante influência na organização e desenvolvimento inicial da assistência no campo da saúde em nosso país(3). Porém, existe uma formulação multidimensional que descreve a religião em vários aspectos, sendo ela considerada um conjunto de crenças, leis e ritos que visam um poder que o homem considera supremo, do qual se julga dependente, com o qual pode entrar em relação pessoal e do qual pode obter favores. De acordo com essa formulação, as religiões são compostas por: uma doutrina, que representa um conjunto de crenças e mitos sobre a origem do cosmos, o sentido da vida, da morte, do sofrimento e do além; ritos e

<sup>186</sup> MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 363.

<sup>187</sup> KOENIG, H. G. *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre: L&PM, 2012. p. 11.

<sup>188</sup> SOARES, Maria Socorro; LIMA, Carla Bezerra. *Grito de dor e canção de amor*. Uma visão humanística da AIDS na perspectiva da espiritualidade. Universitária: João Pessoa, 2005. p. 44.

<sup>189</sup> LEVIN, Jeff. *Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura*. São Paulo: Cultrix, 2001. p. 24.

cerimônias, que empregam e atualizam símbolos religiosos; um sistema ético, com leis proibições e regras de conduta; e por último, uma comunidade de fiéis, com diferentes tipos de líderes e sacerdotes, que estão mais ou menos convencidos das crenças e que seguem os preceitos dessa religião.<sup>190</sup>

Um ponto comum em todos os autores é descrever a religião como um conjunto de crenças, muitas vezes institucionalizadas, que busca a transcendência, a elevação do homem ao sobrenatural. Considerando a necessidade de distinguir as categorias teóricas para dar sequência, serão analisadas possíveis compreensões do conceito de religiosidade.

Em relação à categoria teórica religiosidade, segundo Giovanetti, significa a relação do ser humano com um ser transcendente, enquanto o termo espiritualidade não implica nenhuma ligação com uma realidade superior.<sup>191</sup>

De acordo com Talal Asad, os antropólogos do Século XX consideram a religião um espaço distintivo da prática e da crença humanas que não pode ser reduzido a nenhum outro, não podendo existir uma definição universal de religião, pois seus elementos constituintes e suas relações são historicamente específicos e esta definição é, ela mesma, o produto histórico de processos discursivos.<sup>192</sup>

Considerando Georg Simmel, a religiosidade é uma função humana que só pode se completar na interioridade mais íntima do indivíduo, sendo aquele fenômeno religioso que mora na alma.<sup>193</sup> Para o autor, a Religião, é uma categoria fundadora e formadora da experiência humana que resulta de uma função humana subjetiva que é a religiosidade.<sup>194</sup> De acordo com o autor, a religião não cria a religiosidade, é a religiosidade que cria a religião. Ela antecede à religião e por isso não pode ser chamada de religião. Transcende a religião e a fundamenta. Nem por isso pode ser reduzida a mera infraestrutura subjetiva da religião objetiva.<sup>195</sup>

Assim, a religiosidade não está atrelada a uma instituição, a uma religião, podendo-se, inclusive, exercer uma determinada religiosidade sem necessariamente frequentar um determinado espaço cútico.

Outra categoria teórica que precisa ser esclarecida é a espiritualidade. Vasconcelos afirma que a espiritualidade vivenciada através da religião ou de fé pressupõe conhecimento dos próprios limites e possibilidades, não é um ato de simples resignação e, sim, uma atitude

<sup>190</sup> MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 362.

<sup>191</sup> GIOVANETTI, José Paulo 2005 Psicologia e espiritualidade. In: AMATUZZI, Mauro Martins (Org.). Psicologia e espiritualidade. São Paulo: Paulus, 2005. p. 130-132.

<sup>192</sup> ASAD, Talal. A construção da religião como uma categoria antropológica. *Cadernos de Campo*, São Paulo, n. 19, p. 263-284, 2010. [online]. p. 275.

<sup>193</sup> SIMMEL, Georg. *Religião: ensaios*. São Paulo: Olho d'Água, 2009. p. 96.

<sup>194</sup> SIMMEL, 2009, p. 96.

<sup>195</sup> SIMMEL, 2009, p. 96.

corajosa e humilde de alguém que sabe que sua vida está voltada para um *ser mais*, um *partilhar mais*, um *desprender-se*.<sup>196</sup>

Já a espiritualidade, para Giovanetti, trata-se de uma dimensão que está diretamente relacionada com a forma como o humano doa sentido à realidade não tendo ligação com a realidade superior.<sup>197</sup>, o que é complementado por Frankl que afirma estar a espiritualidade diretamente relacionada com a capacidade do ser humano de se autotranscender, de enfrentar o sofrimento e a dor, criar valores e encontrar significado e sentido para as diversas situações da existência. Para Anjos, a espiritualidade é o conjunto de referenciais e práticas com que se cultivam os valores do espírito. Esse conceito expressa notadamente a ação do ser espiritual, enquanto desenvolve essa sua característica ontológica.<sup>198</sup>

Para Anjos a espiritualidade é o conjunto de referenciais e práticas com que se cultivam os valores do espírito. Esse conceito expressa notadamente a ação do ser espiritual, enquanto desenvolve essa sua característica ontológica.<sup>199</sup>

O autor completa que as espiritualidades acompanham as religiões, ao mesmo tempo em que oferecem um horizonte de sentidos e significados mais abrangentes em vista da interpretação e compreensão das realidades e, particularmente, da vida humana.<sup>200</sup>

Através dessa percepção da espiritualidade como o cultivo da dinâmica, ou, “a própria dinâmica que impulsiona o ser humano consciente em seus conhecimentos e escolhas vitais”<sup>201</sup>, o autor enfatiza que “esta conceituação nasce de uma ênfase ao espírito vivificante, pelo qual os seres não apenas têm vida, mas têm também vitalidade criativa, sendo que a espiritualidade é uma condição humana da qual não se escapa.”<sup>202</sup>

Pelo exposto acima, observa-se que as definições das categorias teóricas, religião, religiosidade e espiritualidade, são muito amplas e diversificadas. Contudo, é importante compreender que identificam processos diferentes de aproximação da fé, mesmo que com alguma ligação semântica.

Diante da complexidade de diferenciação entre as categorias religião, religiosidade e espiritualidade alguns autores trabalham em busca de compreensão desses conceitos. Campos

<sup>196</sup> VASCONCELOS, Eymard Mourão. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. *Cad. Cedes* Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-334, 2009. [online]. p. 325.

<sup>197</sup> GIOVANETTI, 2005, p. 133.

<sup>198</sup> FRANKL, V. *Em busca de sentido*: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes, 1991. p. 18.

<sup>199</sup> ANJOS, M. F. Para compreender a espiritualidade em Bioética. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. p. de. *Buscar sentido e plenitude de vida*: bioética, saúde e espiritualidade. São Paulo: Paulinas, 2008. p. 23.

<sup>200</sup> ANJOS, 2008, p. 24.

<sup>201</sup> ANJOS, 2008, p. 24.

<sup>202</sup> ANJOS, 2008, p. 25.

e Murakami apontam diferenças entre as compreensões de espiritualidade e religiosidade afirmando que:

Espiritualidade diferencia-se do conceito de religião, por ter significado mais amplo. A religião é uma expressão da espiritualidade, e espiritualidade é um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade. Religiosidade e espiritualidade estão relacionadas, mas não são sinônimos. Religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas, representando uma dimensão social e cultural da experiência humana. Espiritualidade está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e propósito da vida, e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido.<sup>203</sup>

De acordo com a citação acima, percebe-se que espiritualidade é uma atitude particular, subjetiva, enquanto religiosidade é uma atividade coletiva, com características próprias de um grupo. Assim é possível ser espiritual sem ser religioso, pois a religião está ligada às instituições. Importante, dentro do objeto de estudo desta pesquisa, é entender que as crenças formulam subjetividades, criam hábitos e culturas e, nesse sentido, influenciam vidas e tratamentos clínicos alusivos à saúde.

Tânia Maria de Carvalho Câmara Monte discute o poder da influência religiosa através de um estudo sobre a religiosidade e sua função social discutindo que os valores e instituições religiosas são dinâmicos e sujeitos aos contextos sociais aos quais se encontram inseridos.<sup>204</sup>

Com isso, é importante compreender religião e religiosidade a partir das relações sociais nas quais se encontram inseridas. Para tanto, é interessante analisar o conceito ofertado por Maduro que afirma que:

Uma definição sociológica da religião é uma definição da religião enquanto é parte da dinâmica social, influi sobre ela e dela recebe um impacto decisivo. Uma definição sociológica da religião é uma definição da religião como fenômeno social, fenômeno social imerso numa complexa e movimentada rede de relações sociais.<sup>205</sup>

Observado o conceito e considerando a religião como fenômeno social que está imerso num universo amplo e cheio de complexidades, precisamos observar, de acordo com Câmara que:

A religião constitui um sistema estruturado de percepções e conceitos sobre o mundo, fazendo assim um sistema de 'estrutura estruturante', sendo objeto de

<sup>203</sup> MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 362.

<sup>204</sup> MONTE, Tânia Maria de Carvalho Câmara. A religião e sua função social. *Revista Inter-Legere*, v. 1, n. 5, p. 249-255, 2013. [online]. p. 249.

<sup>205</sup> MADURO, Otto. *Religião e luta de classes*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1983. p. 41.

conhecimento e construção do mundo dos objetos, como formas simbólicas (BOURDIEU, 1998). Esse sistema de valores, que se projeta sobre o mundo real, contribui para dar-lhe forma, significado e direção. Compreender a religião sob o prisma da representação de um grupo, de uma classe social ou de uma sociedade inteira, é considerar suas expressões por meio de seus elementos sociológicos, histórica e devidamente contextualizados, assim como incorrer no equívoco de explicá-las por si mesmas sem analisar o contexto onde estas se constituem. Contudo, para uma melhor definição sociológica do que seria um comportamento religioso, deverá ser considerada sua dimensão simbólica em relação aos indivíduos e sua manifestação nos planos individuais e coletivos.<sup>206</sup>

Portanto, religião é compreendida como um fenômeno social dinâmico e plural que influencia e é também influenciada pela estrutura sociocultural. Assim, cabe à sociologia das religiões investigar que posturas políticas os grupos religiosos tomam frente aos dilemas cotidianos, incluindo na questão do tratamento medicamentoso de doenças como a depressão.<sup>207</sup>

Observando a natureza do trabalho e apresentados alguns conceitos sobre religião, religiosidade e espiritualidade, faz-se necessário destacar uma ciência que vem se desenvolvendo denominada Psicologia da Religião.

A Psicologia da Religião é o estudo do comportamento religioso pela aplicação dos métodos e teorias dessa ciência a este fenômeno, quer pelo aspecto social, quer pelo aspecto individual. Nesse sentido, seu objeto de estudo não se refere à prova da existência ou inexistência de um ser ou de seres supramundanos nos quais se crê, nem se trata da defesa ou crítica de alguma religião ou expressão religiosa específica; antes, é o estudo científico, descritivo e objetivo, do fenômeno religioso no que se refere ao comportamento humano-por excelência, o objeto e trabalho da Psicologia.<sup>208</sup>

Como ciência nova, a Psicologia da Religião ainda não desfruta de alta respeitabilidade acadêmica devido a complexidade e a subjetividade da experiência religiosa e a pluralidade de referencial teórico e metodológico da própria psicologia. Apesar disso, a Psicologia da Religião é um campo que vem ganhando grande vitalidade dentro das Ciências da Religião.<sup>209</sup>

Segundo Carl Jung as religiões expressam, de forma organizada e protetora, conteúdos do inconsciente coletivo, portanto, a religião é um meio através do qual é possível se ter contato com o inconsciente coletivo com o mínimo risco de desintegração da personalidade.<sup>210</sup>

<sup>206</sup> MONTE, 2012, p. 253.

<sup>207</sup> MONTE, 2012, p. 253.

<sup>208</sup> RODRIGUES, C.C.L.; GOMES, A.M.D.A. Teorias clássicas da psicologia da religião. In: PASSOS, J.D.; USARSKI, F. (Org.) *Compêndio de Ciências da Religião*. São Paulo: Paulinas: Paulus, 2013. p. 333-345.

<sup>209</sup> FILORAMO, G.; PRANDI, C. *As ciências das religiões*. São Paulo: Paulus, 1999. p. 188.

<sup>210</sup> MOURA, 2017, p. 119.

Encaro a religião como uma atitude do espírito humano, atitude que de acordo com o emprego ordinário do termo: 'religio', poderíamos qualificar a modo de uma consideração e observação cuidadosa de certos fatores dinâmicos concebidos como 'potências': espíritos, demônios, deuses, leis, ideias, ideais, ou qualquer outra denominação dada pelo homem a tais fatores; dentro de seu mundo próprio a experiência ter-lhe-ia mostrado suficientemente poderosos, perigosos ou mesmo úteis, para merecerem respeitosa consideração, ou suficientemente grandes, belos e racionais, para serem piedosamente adorados e amados.<sup>211</sup>

Através do excerto se percebe que Jung relaciona a vivência religiosa em função da psique implicando numa atitude do indivíduo de abertura ao inconsciente e seu mundo simbólico promovendo o equilíbrio, sem o qual não podemos ter êxito. Para Jung a religião possibilita uma releitura do mundo e das situações.<sup>212</sup>

Do ponto de vista psicológico, a religião é um fenômeno psíquico que existe de modo irracional, assim como o fato de nossa fisiologia ou anatomia. Se faltar esta função, a pessoa humana, como indivíduo, estará sem equilíbrio, pois a experiência religiosa é expressão da existência e funcionamento do inconsciente. Não é verdade que possamos ter êxito só com a razão e a vontade. Ao contrário, estamos sempre sob efeito de forças perturbadoras, que atravessam a razão e a vontade, isto é, são mais fortes do que as últimas duas [...] precisamos da religião, ou seja, de cuidadosa atenção aos acontecimentos (religio é derivada de religere, e não de religare) e não de sofismas, supervalorização do intelecto racional.<sup>213</sup>

Um importante autor de destaque da Psicologia da religião é Antonio Ávila, segundo o qual, a definição de religião pode ser dividida em substantiva e funcional. Na definição substantiva, mais restritiva e precisa, a religião se refere ao que envolve deuses, divindades e forças transcendentais. Já na definição funcional, a religião é entendida como algo que está envolvido na teleologia da vida, na busca de sentido, na explicação das coisas.<sup>214</sup>

Sendo a definição funcional muito ampla, o autor sugere que se inicie da definição substantiva, para delimitar melhor o campo, para depois entrarmos na definição funcional.

um sistema de símbolos que atua estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de fatualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas.<sup>215</sup>

Já o psicólogo norte-americano Kenneth Pargament, enfoca o aspecto institucional da religião fazendo uma clara oposição em relação à espiritualidade:

(...) mais e mais, entretanto, nos estamos considerando a espiritualidade definida em contraste com a religião [...]. Primeiramente, religião está sendo definida como o

<sup>211</sup> JUNG, C. G. *Psicologia e religião*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 20.

<sup>212</sup> MOURA, 2017, p. 119.

<sup>213</sup> JUNG, C. G. *A energia psíquica*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 439.

<sup>214</sup> ÁVILA, A. *Para conhecer a psicologia da religião*. São Paulo: Edições Loyola, 2007. p.13.

<sup>215</sup> GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008. p. 67.

organizacional, o ritual e o ideológico Para a religião, substitua por ‘religião institucional’.<sup>216</sup>

Pargament apresenta ainda que a tendência atual é de opor a religião e a espiritualidade. Esse movimento em direção à espiritualidade consiste, então, “de uma tendência sociocultural no sentido de desinstitucionalização e individualização.”<sup>217</sup>

Pargament diz que a religião se baseia na busca de significado por maneiras relacionadas ao sagrado enquanto a espiritualidade é a própria busca pelo sagrado. De acordo com isso, então, a espiritualidade é a “função mais central da religião”<sup>218</sup>

Pargament afirma ainda que “um indivíduo pode ser espiritual sem ser religioso, ou religioso sem ser espiritual”.<sup>219</sup> Assim, no presente trabalho a dissociação dos termos religião e religiosidade se faz importante para compreender como a religião pode influenciar na adesão ou não a um tratamento medicamentoso da depressão, uma vez que, como instituição, pode alterar o comportamento do indivíduo.

De acordo com Moura, a religião possibilita uma ressignificação dos eventos negativos ou dos estressores no sentido de que sejam compreendidos dentro de uma lógica maior, que é a lógica de Deus, através de cinco aspectos: fonte de sentido, senso de identidade e senso de comunidade, de conforto emocional, de controle de impulsos e finalmente, de empoderamento e senso de controle.<sup>220</sup>

Nesse entrelaçamento Psicologia e religião, foi criado por Pargamentt, o termo *coping* religioso para se referir ao uso de técnicas cognitivas e comportamentais baseadas na religião e espiritualidade para trabalhar os eventos estressantes da vida.<sup>221</sup>

A palavra *coping* vem do inglês e sua tradução é difícil, por isso geralmente se opta por escrevê-la no original. *Coping* é um termo psicológico que se refere a formas de enfrentar, de lidar com uma situação difícil, a estratégias de adaptação, de resiliência. O *coping* religioso constitui-se dos pensamentos que o sujeito tem para lidar com situações difíceis da vida através dos efeitos da religião. Moura acrescenta que *coping* religioso pode ser positivo ou negativo.<sup>222</sup>

O *coping* religioso positivo consiste em pensamentos que melhoram a forma de lidar com a situação, evitando ou minimizando o adoecimento mental e o sofrimento. Já o

<sup>216</sup> PARGAMENT, K.I. The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *The international journal for the psychology of religion*, v. 9, n. 1, p. 3-16, 1999. p. 05

<sup>217</sup> PARGAMENT, 1999, p. 07.

<sup>218</sup> PARGAMENT, 1999, p. 11-12.

<sup>219</sup> PARGAMENT, 1999, p. 06.

<sup>220</sup> MOURA, 2017, p. 39- 40.

<sup>221</sup> PANZINI, 2007, p. 128.

<sup>222</sup> MOURA, 2017, p. 39.

*coping*  religioso negativo está relacionado a pensamentos disfuncionais, que não auxiliam o sujeito a lidar com a situação estressante, ou que até mesmo contribuem para originar transtornos mentais.<sup>223</sup>

Segundo Pargament, a religião tem cinco funções principais: significado, pois fornece *frame works* para o entendimento e a interpretação de diversas situações da vida; controle: uma vez que a religião dá um senso de que se pode, de alguma forma, controlar alguns eventos; conforto e espiritualidade: por promover uma conexão com uma força que vai além do indivíduo, além de uma sensação de proteção; intimidade e espiritualidade: no sentido da coesão social de Durkheim; transformação da vida: uma vez que pode levar o indivíduo a abandonar antigos valores e encontrar novas fontes de significado.<sup>224</sup>

Os estilos de  *coping*  religioso também foram definidos, segundo Pargament de acordo com cada uma das cinco funções da religião descritas acima. São cinco: autodireção: pois Deus dá liberdade às pessoas para dirigirem as suas próprias vidas; delegação: uma vez que o indivíduo espera passivamente Deus resolver seus problemas; colaboração: Deus e o indivíduo colaboram na resolução dos problemas; súplica: o indivíduo tenta influenciar a vontade de Deus através de orações e pedidos; renúncia: o indivíduo decide renunciar à sua vontade em favor da vontade de Deus.<sup>225</sup>

Os estilos autodireção, colaboração e renúncia são considerados  *coping*  religioso positivo. Já os estilos delegação e súplica são considerados  *coping*  religioso negativo.<sup>226</sup>

Nesse campo de pensamento, as ideias de Michel Foucault, apoiado em outros que trabalham sobre os aparelhos ideológicos do Estado (AIE), ampliam a discussão sobre a influência da religião na vida dos indivíduos, incluindo o objeto de estudo desta pesquisa.

Antes de adentrar em Foucault é necessário apresentar algumas discussões sobre os AIE e ideias de Louis Althusser que fundamentaram Foucault no que concerne a ideologia que fundamenta os AIE.

Althusser apresenta que o Estado dispõe de aparelhos repressores e aparelhos ideológicos para cercear e manter o poder sobre os indivíduos. Os aparelhos repressores são explícitos como as leis e órgãos que asseguram a manutenção dessas como a polícia.<sup>227</sup>

Os AIE funcionam de forma mais sutil e sublinhar através da ideologia. {O que faz a unidade dos diferentes aparelhos ideológicos de Estado é que realizam, cada um em seu

<sup>223</sup> MOURA, 2017, p. 39.

<sup>224</sup> PARGAMENT, 1999, p. 521.

<sup>225</sup> PARGAMENT, 1999, p. 526.

<sup>226</sup> MOURA, 2017, p. 39.

<sup>227</sup> ALTHUSSER, Louis. Os aparelhos ideológicos de Estado político e sindical. *In: Sobre a Reprodução*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. p. 85.

campo e sob sua modalidade própria, uma ideologia que, a despeito de suas diferenças ou, até mesmo, de suas contradições internas, é a Ideologia de Estado.<sup>228</sup> }

Importante considerar ainda a definição de Althusser de ideologia como “representação da relação imaginária dos indivíduos com as suas condições reais de existência”<sup>229</sup>. Isso quer dizer que a ideologia subverte, altera a visão da realidade fazendo o imaginário parecer real. Essa função ideológica promove a manutenção do poder.<sup>230</sup>

David Inácio Nascimento apresenta que, de acordo com Althusser até a Idade Média, a igreja possuía primazia como Aparelho Ideológico, uma vez que desempenhava variados papéis. Com a Modernidade, a igreja perdeu parte das funções que desempenhava. Desde a Reforma, ocorreu uma grande luta anticlerical e anti-religiosa em função dessa posição dominante de aparelho ideológico do Estado que a igreja católica ocupava.<sup>231</sup>

Apesar da perda da hegemonia, ainda hoje, as igrejas desempenham importante papel como Aparelhos Ideológicos atuando nos comportamentos de seus seguidores em diversos aspectos de suas vidas sociais. Através de discursos religiosos a igreja consegue:

O olhar vai exigir muito pouca despesa. Sem necessitar de armas, violências físicas, coações materiais. Apenas um olhar. Um olhar que vigia e que cada um, sentindo-o pesar sobre si, acabará por interiorizar, a ponto de observar a si mesmo; sendo assim, cada um exercerá esta vigilância sobre e contra si mesmo.<sup>232</sup>

Nesse sentido a religião pode influenciar na área farmacêutica, no que concerne a utilização de medicamentos, em diversas áreas, incluindo a depressão, sendo um importante aparelho ideológico.

De uma forma mais geral ainda, pode-se dizer que o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a ‘norma’.<sup>233</sup>

A religião funciona assim, como um órgão regulamentador e disciplinador e muitos seguidores apoiam-se em seus dogmas e ensinamentos para inúmeras práticas sociais, inclusive as medicamentosas.

<sup>228</sup> ALTHUSSER, 1999, p. 85.

<sup>229</sup> ALTHUSSER, Louis. *Aparelhos ideológicos de Estado*. São Paulo: Graal, 2007. p. 85.

<sup>230</sup> ALTHUSSER, 2007. p. 85.

<sup>231</sup> NASCIMENTO, David Inácio. Althusser e Foucault: possíveis reflexões sobre a função atual da universidade. *Revista Seara Filosófica*. n. 19, p. 323-337, 2019. [online]. p. 326.

<sup>232</sup> FOUCAULT, M. *A vontade de saber: história da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p. 120.

<sup>233</sup> FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 225.

Considerando a visão de muitos indivíduos de que a depressão é uma doença da alma, apesar dos avanços da ciência médica, muitas pessoas ainda veem a mesma com problemas relacionados à espiritualidade não aceitando uma intervenção medicamentosa que alteraria o funcionamento do corpo e da mente. Dessa maneira, a religião pega para si a função de disciplinar, inclusive o corpo.

Em várias de suas obras, Foucault trabalha uma discussão da necessidade de vigilância dos indivíduos, com o objetivo de manutenção do controle e do poder, apresentando o modelo do panóptico como arquétipo de controle. Nas instituições religiosas, lugares, cargos e posições demarcadas seguem esse modelo devendo a obediência ser seguida, muitas vezes, sem a possibilidade de nenhum questionamento.<sup>234</sup>

O Panóptico funciona como uma espécie de laboratório de poder. Graças a seus mecanismos de observação, ganha em eficácia e em capacidade de penetração no comportamento dos homens; um aumento de saber vem se estabelecer em todos os avanços do poder, descobrindo objetos que devem ser conhecidos em todas as superfícies onde este vem se exercer.<sup>235</sup>

Assim, apesar de não ter um poder legalmente constituído, por seu poder como aparelho ideológico, a religião, como instituição, pode conseguir sobrepor-se à ciência e atuar no tratamento depressivo através das ideologias subjacentes nos discursos apresentados por aqueles que conduzem os seguidores; a esses, são oferecidas orações ou outros procedimentos alicerçados em dogmas que fundamentam essas crenças exercendo poder sobre o corpo daqueles que a seguem. O que é concebido através da segurança que os seguidores têm nessa fé que fundamenta a crença, é o que é explicitado por Foucault:

Em outras palavras, a lei proíbe, a disciplina prescreve e a segurança, sem proibir e nem prescrever, mas dando-se evidentemente alguns instrumentos de proibição e de prescrição, a segurança tem essencialmente por função responder a uma realidade de maneira que essa resposta anule essa realidade a que ela responde – anule, ou limite, ou freie, ou regule. Essa regulação no elemento da realidade é que é, creio eu, fundamental nos dispositivos de segurança.<sup>236</sup>

Esse poder de governabilidade, ou seja, de governar também o corpo, faz com que as instituições religiosas atuem positiva ou negativamente na área farmacêutica no que concerne a utilização de medicamentos no tratamento de doenças como a depressão.

Por esta palavra ‘governamentalidade’, entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, as análises e reflexões, os cálculos e as estatísticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder

<sup>234</sup> FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 206.

<sup>235</sup> FOUCAULT, 2008, p. 206.

<sup>236</sup> FOUCAULT, 2008, p. 61.

que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por ‘governamentalidade’ entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de ‘governo’ sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes.<sup>237</sup>

Tentar transfigurar uma realidade fazendo os seguidores acreditarem numa versão irreal do real é um poder que as igrejas possuem. Entender esse poder de governabilidade das instituições religiosas é uma necessidade da área farmacêutica, pois a governabilidade das instituições religiosas implica em poder sobre as decisões e ações de todos os que as seguem.

Giovana Carmo Temple apresenta que, segundo Foucault, o princípio da governabilidade se encontra no pastorado cristão através dos mecanismos usados para conduzir os homens à salvação, através da promessa da salvação e dos ensinamentos se fundamentarem no discurso de ser a lei divina. De acordo com a autora esses mecanismos organizam-se através de uma nova forma de poder que é a individualização.<sup>238</sup>

Para sermos diretos: um poder que institui estratégias disciplinares e biopolíticas. O que ocorre por meio de dois mecanismos. O primeiro consiste em uma identificação analítica dos méritos e deméritos de cada indivíduo, que se exerce por meio da servidão de todos sobre todos, é, portanto, ‘uma individualização por sujeição’; o segundo consiste em uma individualização que não se pauta por uma verdade já conhecida, mas pela busca de uma verdade interior ainda desconhecida. Temos, assim, com o pastorado cristão, uma ‘identificação analítica, sujeição, subjetivação’. Procedimento de individualização no Ocidente que corresponde, portanto, ‘a história do sujeito’, já que no pastorado cristão as estratégias de exercício do poder se regulam ‘pela constituição tão específica de um sujeito, de um sujeito cujos méritos são identificados de maneira analítica, de um sujeito que é sujeito em redes contínuas de obediência, de um sujeito que é subjetivado pela extração de verdade que lhe é imposta’.<sup>239</sup>

Temple apresenta que mesmo assujeitado, tendo sua subjetividade atrelada a uma instituição de poder, o indivíduo, numa realidade invertida, pensa ser um indivíduo que tome suas próprias decisões, mesmo regido por uma lei maior, no caso, uma lei divina.<sup>240</sup>

Apesar de, desde o início, se perceber que mesmo antes do cristianismo, a governabilidade ser parte dos rituais religiosos e com o decorrer dos tempos a igreja ter perdido parte de sua força, o princípio da salvação individual e o poder discursivo das instituições religiosas na constituição das subjetividades dos sujeitos faz com que a depressão

<sup>237</sup> FOUCAULT, 2008, p. 142-144.

<sup>238</sup> TEMPLE, Giovana Carmo. *Poder e resistência em Michel Foucault: uma genealogia do acontecimento*. Tese (Doutorado) - Universidade federal de São Carlos, São Carlos, 2012. p. 124.

<sup>239</sup> TEMPLE, 2012, p. 124-125.

<sup>240</sup> TEMPLE, 2012, p. 124-125.

seja vista por muitos como falta de Deus e problema espiritual, o que interfere diretamente no mercado farmacêutico.

A seguir, vamos dar sequência ao trabalho discutindo como a religião pode influenciar diretamente no indivíduo depressivo, no que concerne ao tratamento farmacológico, e se ela contribui ou não na adesão do tratamento medicamentoso.

#### 2.4 A influência da religião da pessoa depressiva na assistência e atenção da área Farmacêutica

O homem primitivo percebia a depressão como influência de deuses e demônios. Para os hebreus, a depressão era uma punição de Javé aos que se desviavam dos seus caminhos, ou seja, o quadro depressivo de um indivíduo estava diretamente ligado à sua religiosidade.<sup>241</sup> De acordo com Pêrsio Deus, a depressão na perspectiva religiosa está associada à falta de fé:

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.<sup>242</sup>

Através dessas afirmações, pode-se perceber que a religiosidade influencia no processo de compreensão da depressão podendo ser uma influência positiva ou negativa, dependendo da forma como o indivíduo se posiciona frente à religião e religiosidade.

Clemente destaca que o mundo atual trouxe muitos desafios ao indivíduo, e a fé é um dos instrumentos capazes de auxiliar na sustentação de um tempo que exige muito do indivíduo.<sup>243</sup>

De acordo com o autor, a ética atual pressupõe uma junção entre a fé e a razão, uma estimulando a outra a auxiliar o indivíduo a viver com equilíbrio e harmonia. Mas, na contemporaneidade, o autor chama a atenção para um tipo de fé intitulada por ele de 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.<sup>244</sup>

<sup>241</sup> DEUS, 2008, p. 15.

<sup>242</sup> DEUS, 2008, p. 16.

<sup>243</sup> SOUZA NETO, 2006, p. 2.

<sup>244</sup> SOUZA NETO, 2006, p. 3.

Esse tipo de fé, arraigada em doutrinas fundamentalistas, pode ser um fator negativo no tratamento do indivíduo depressivo, o que é corroborado por Pérsio Deus que defende a hipótese de que a religiosidade pode trazer influências negativas aos cristãos provocando prejuízo quanto à compreensão da doença e, ainda, com impedimentos e dificuldades na busca por um tratamento adequado, o que pode incluir o tratamento medicamentoso.<sup>245</sup>

No entanto, isso não significa que a religiosidade em si seja um fator negativo na vida dos indivíduos. Pode, também, ser um aporte para os desafios da contemporaneidade. Fromm afirma que a religião oferece aos indivíduos uma satisfação que garante a vida ser tolerável.<sup>246</sup>

Essa linha de pensamento é apoiada em vários autores que também afirmam a importância da religiosidade no bem-estar dos indivíduos. Bonfati considera que os rituais religiosos protegem os indivíduos, pois esses confiam naquele que dirige o rito.<sup>247</sup>

Pérsio Deus também afirma que a religiosidade traz uma série de ferramentas e técnicas psicológicas, promovendo alívio para sofrimentos subjetivos do indivíduo, auxiliando em seu equilíbrio psicológico.<sup>248</sup>

O referido autor apresenta que a religião se tornou importante suporte ao indivíduo, por duas formas chamadas de direção individual que se manifesta através da fé e a direção comunitária. A última, relacionada às ações da igreja de acolhimento, orientação e incentivo.<sup>249</sup>

No entanto, o referido autor apresenta, algumas vezes, que a religião pode influenciar negativamente os cristãos quanto à compreensão da doença depressiva fazendo um apanhado histórico do processo.

Segundo Pérsio Deus, para o homem primitivo, as doenças estavam associadas ao pecado e aos demônios, incluindo os judeus que acreditavam que as doenças simbolizavam os castigos de Javé, como exemplo, Davi, que nos seus salmos bíblicos relacionou a depressão ao pecado.<sup>250</sup>

Continuando a explanação, o autor reforça que o cristianismo não mudou essa relação, pois os primeiros cristãos mantiveram a relação entre depressão e causas espirituais. Relação

<sup>245</sup> DEUS, 2008, p. 16.

<sup>246</sup> FROMM, E. *El dogma de Cristo*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1964. p. 22.

<sup>247</sup> BONFATI, P. *A expressão popular do sagrado: uma análise psico-antropológica da Igreja Universal do Reino de Deus*. São Paulo: Paulinas, 2000. p. 135.

<sup>248</sup> DEUS, P. *A evolução da neuropsiquiatria*. Médico repórter. São Paulo: Lopso, 2003. p. 02.

<sup>249</sup> DEUS, 2008, p. 55.

<sup>250</sup> DEUS, 2008, p. 55.

essa que se manteve basicamente inalterada ao longo da história e, ao mesmo tempo, consideravam a medicina uma atividade pagã.<sup>251</sup>

O cristianismo se afirmava como uma força espiritual capaz de se encarregar de todos os problemas do ser humano como dificuldades variadas, doenças e sofrimentos. A fé era a grande resposta para tudo. Referindo-se ao Brasil, Deus destaca que:

[...] 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.<sup>252</sup>

Dentro dessa perspectiva da conversão imposta aos cristãos no processo de evangelização, Pêrsio Deus completa que as dificuldades da ciência em explicar a depressão provocaram lacunas que, junto às influências da religião, colaboraram para uma compreensão inadequada dos cristãos em relação à doença, o que pode prejudicar a perspectiva de um tratamento medicamentoso da depressão.<sup>253</sup>

Com o objetivo de diminuir essa lacuna entre crenças religiosas e tratamento da depressão, Campos e Murakami afirmam que é preciso associar a religiosidade ao tratamento dos pacientes depressivos, não reduzindo a religiosidade a uma experiência alienadora, tampouco o adoecimento mental a uma interpretação racionalista, apesar de algumas religiões institucionalizadas oporem-se ao tratamento, sendo a condição social desfavorável e a ignorância fatores que podem sujeitar o indivíduo ao abuso dessas religiões rígidas.<sup>254</sup>

Algumas vezes, determinadas religiões podem tornar-se rígidas e inflexíveis, estando associadas ao pensamento mágico e de resistência. Isso pode dificultar o tratamento do paciente, se é feita a proibição da psicoterapia ou do uso de medicação. No Brasil, onde a mudança religiosa está ocorrendo rapidamente, a pobreza e a falta de conhecimento, podem tornar as pessoas vulneráveis ao abuso espiritual.<sup>255</sup>

Por tudo isso, um diálogo precisa ser estabelecido para que os indivíduos não fiquem sujeitos a práticas religiosas abusivas. O desafio de assistência aos indivíduos com depressão deve passar por uma conversa que desmistifique as ideias sobre a depressão apenas como doença da alma, possível de se obter uma cura apenas com recursos do mundo religioso.<sup>256</sup>

<sup>251</sup> DEUS, 2008, p. 55.

<sup>252</sup> DEUS, 2008, p. 56.

<sup>253</sup> DEUS, 2008, p. 56.

<sup>254</sup> MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 365.

<sup>255</sup> MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 365.

<sup>256</sup> MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 365.

Por outro lado, Pêrsio Deus observa que apesar da psicofarmacologia oferecer variados medicamentos seguros para o tratamento do indivíduo depressivo, é necessário ter cuidado para não reduzir a doença apenas aos aspectos biológico e farmacológico, por isso necessário, cautela, ao fazer uma análise da doença apenas pelo viés religioso.<sup>257</sup>

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.<sup>258</sup>

Através de pesquisa feita com indivíduos com diagnóstico de depressão, Pêrsio Deus percebeu que o cristão não consegue enxergar a doença como fragilidade do corpo que precisa ser tratada, mas apenas um problema espiritual, o que pode dificultar o tratamento da doença. Entretanto o autor afirma que:<sup>259</sup>

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.<sup>260</sup>

Assim, é necessário ampliar a visão desses indivíduos, não desvinculando a perspectiva espiritual, mas ampliando as oportunidades, incluindo as várias possibilidades de tratamento, inclusive a medicamentosa. Isso se faz necessário uma vez que:

Há, basicamente, três tipos de concepção da vida religiosa: a legalista, que é essencialmente proibitiva e que corresponde a uma estrutura neurótica de perfeccionismo em ligação com o rigor do superego bíblico; a religião de dependência, que corresponde a uma estrutura neurótica de medo da liberdade e de conflitos com tendências negativistas e compulsivas; e, por fim, a religião do espírito, em que a crença religiosa, longe de ser sufocante ou dissociadora, unifica, todavia as tendências, os sentimentos, as idéias e centraliza a atitude do indivíduo no amor pelo próximo.<sup>261</sup>

Partindo das diferentes concepções apresentadas por José Tolentino Rosa, percebe-se que uma visão legalista ou de dependência vai levar o indivíduo a associar o quadro depressivo ao pecado e a culpa, negando-se uma ajuda que não seja espiritual e Pêrsio Deus alerta que na contemporaneidade temos algumas instituições que fizeram da religião um mercado. O autor afirma que:

<sup>257</sup> DEUS, 2008, p. 125.

<sup>258</sup> DEUS, 2008, p. 125.

<sup>259</sup> DEUS, 2008, p. 125-126.

<sup>260</sup> DEUS, 2008, p. 125-126.

<sup>261</sup> ROSA, José Tolentino. Religião e expressão da sexualidade. *Estudos de Religião*, São Bernardo do Campo, ano 1, n. 1, mar. 1985. [online]. p. 189.

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, neopentecostais, protestantismo renovado e neopentecostais de terceira onda e de quarta onda, é basicamente a mesma dos cristãos históricos, com uma ênfase absoluta no fator demonopático.<sup>262</sup>

Portanto, a concepção da religião poderá afetar diretamente no indivíduo depressivo, alterando o quadro de percepção da doença e as formas de tratamento, uma vez que, como já foi dito anteriormente, a religião pode atuar como importante aparelho ideológico modificando e alterando as subjetividades, incluindo no que concerne a percepção e tratamento das doenças mentais no caso em estudo da depressão.<sup>263</sup>

Sem uma abordagem bíblica que penetre com discernimento e equilíbrio na esfera espiritual, o diagnóstico, e, principalmente, a cura da depressão, serão precários. Integrando a Psicologia, a Psiquiatria, a medicina ortomolecular (reeducação alimentar) e a abordagem pastoral, poderemos obter respostas surpreendentemente eficientes. É importante notar em todas essas áreas que, analisando-as isoladamente, existem conceitos e extremos altamente prejudiciais. Temos que fazer um peneiramento inteligente, identificando e integrando o que há de verdade e o que é apropriado para cada caso em relação à Psicologia, Psiquiatria, ortomolecular e terapia pastoral.<sup>264</sup>

Assim a concepção religiosa da doença não deve considerar os aspectos científicos da mesma, percebendo-a apenas na perspectiva espiritual. É necessário integrar o que é apresentado nos vários aspectos e buscar um equilíbrio entre eles.<sup>265</sup>

Vasconcelos discute sobre uma importante área de estudo, muito recente que se denomina Epidemiologia da Religião, que se dedica a analisar a relação entre doenças e a prática religiosa. Esses estudos iniciaram-se em 1990, através de pesquisas de autores como Levin que apresentou como resultados de seus estudos que:

a) as pessoas que assistem regularmente a serviços religiosos apresentam taxas mais baixas de doenças e de mortalidade do que aquelas que não freqüentam regularmente esses serviços ou que não os assistem; (b) as pessoas que relatam uma afiliação religiosa apresentam taxas mais baixas de doenças cardíacas, câncer e hipertensão, que são as três principais causas de morte nos Estados Unidos; (c) pessoas mais velhas que participam de atividades religiosas particulares e institucionalizadas apresentam menos sintomas, menos invalidez e taxas mais baixas de depressão, de ansiedade crônica e de demência; (d) a prática religiosa é o maior determinante do bem-estar psicológico dos afro-americanos – mais importante até que a saúde ou as condições financeiras; (e) pessoas que têm vida religiosa ativa em média vivem mais do que as não religiosas. Isso vale até mesmo quando se põe sob controle, retirando a interferência na análise estatística do fato de que as pessoas

<sup>262</sup> DEUS, 2008, p. 54.

<sup>263</sup> BORGES, 2015, p. 41.

<sup>264</sup> BORGES, 2015, p. 41.

<sup>265</sup> BORGES, 2015, p. 41.

religiosas tendem a evitar comportamentos tais como fumar e beber, que aumentam os riscos de doenças e de morte. Para este epidemiologista, as evidências da presença de um fator religioso na saúde são ‘esmagadoras’.<sup>266</sup>

Esses dados, segundo os estudos, se devem ao fato de que as pessoas que possuem uma prática religiosa tendem a ter uma vida mais saudável porque, além de possuírem uma prática social que lhes garante uma rede de apoio mais ampla, isso lhes permite um melhor enfrentamento perante os obstáculos, incluindo as doenças.<sup>267</sup>

Os estudos até aqui mencionados associam saúde à participação em atividades religiosas institucionalizadas. O significado da espiritualidade não expressa através da participação em atividades religiosas institucionalizadas para a saúde das pessoas é mais difícil de ser avaliada epidemiologicamente, na medida em que habitualmente não se configura como comportamentos bem definidos e claros para se enquadrarem em enquetes padronizadas realizadas em pesquisas com grandes amostras. Mas algumas tentativas têm sido feitas, em geral, buscando associar a atividade da oração com indicadores de saúde.<sup>268</sup>

De acordo com o excerto apresentado, os estudos se referem a práticas religiosas institucionalizadas, uma vez que a mensuração da espiritualidade é mais difícil por ser essa mais subjetiva.

A importância desse novo campo de estudo para as questões relacionadas à saúde é de suma importância, mesmo que a discussão do assunto ainda seja incipiente entre os profissionais de saúde, a vivência religiosa entre esses profissionais é bastante significativa dando sentido a suas práticas, sendo fundamental para a elaboração da motivação para o empenho no trabalho e na orientação ética das condutas no atendimento cotidiano e, ainda, na avaliação dos impasses pessoais da prática profissional.<sup>269</sup>

O profissional da área farmacêutica, responsável direto pela dispensação do medicamento aos pacientes dos serviços públicos de saúde, diante do paciente portador de doença crônica, convicto de sua religiosidade/espiritualidade/fé, ainda que este não possa ser tratado apenas por dimensões religiosas, deve considerar o ser humano em sua complexidade como foco da sua atuação. ‘Talvez a melhor razão para se apontar os aspectos espirituais das doenças é que muitos de nossos pacientes são religiosos e têm necessidades espirituais’<sup>76</sup>. É importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento a respeito das crenças de seus pacientes, na busca de melhores resultados na prestação do serviço.<sup>270</sup>

No próximo capítulo serão apresentadas as conclusões acerca da pesquisa de campo realizada com o Grupo da Terceira Idade de Santa Rita de Minas. Também serão discutidas

<sup>266</sup> VASCONCELOS, 2010, p. 13.

<sup>267</sup> VASCONCELOS, 2010, p. 14.

<sup>268</sup> VASCONCELOS, 2010, p. 15.

<sup>269</sup> VASCONCELOS, 2010, p. 12.

<sup>270</sup> SOUZA, Paula Ribeiro *A percepção do profissional da área farmacêutica diante da não adesão do paciente ao tratamento medicamentoso por questões religiosas*. Dissertação (Mestrado) Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2018. [online]. p. 25.

questões concernentes a depressão na terceira idade, sendo essa faixa etária suscetível a questões depressivas, devido a cultura de envelhecimento no qual nos encontramos inseridos.

Após a apresentação dos resultados da pesquisa de campo serão feitas análises, entrelaçando as respostas obtidas com os teóricos apresentados nos capítulos um e dois.



### 3 DEPRESSÃO EM UM GRUPO DA TERCEIRA IDADE DO MUNICÍPIO DE SANTA RITA DE MINAS – MG

Esse capítulo se dedicará ao objeto próprio da pesquisa que é a depressão num grupo de terceira idade observando a influência da religião à adesão, ou não, ao tratamento medicamentoso.

Na primeira parte será apresentado, brevemente, sobre a depressão na terceira idade e dando sequência, adentrando no objeto de pesquisa, será apresentado um perfil do grupo dos participantes da terceira idade caracterizando os mesmos.

A seguir, será apresentado o papel da religião no processo depressivo dos participantes do grupo da Terceira Idade e as possíveis influências da religião com relação à adesão ou não ao tratamento medicamentoso.

#### 3.1 A depressão na terceira idade

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em 2025, o Brasil terá, aproximadamente, vinte e sete milhões de pessoas com sessenta anos, sendo que “o envelhecimento populacional é reconhecido como uma das mais importantes modificações na estrutura da população mundial”.<sup>271</sup>

Costa e outros apresentam que o envelhecimento no Brasil tem sido associado a uma prevalência no aumentada de doenças crônicas, incapacidade e morte. Percebe-se que tais questões podem trazer implicações para o sistema de saúde e para a sociedade, que ainda não estão preparados para essa situação.<sup>272</sup>

Questões relacionadas à cultura também interferem na forma como o envelhecimento populacional é vivenciado, sendo que a visão da sociedade e do próprio indivíduo em relação ao envelhecimento são preponderantes:

Existem fatores constantes, relacionados a objetivos e interesses centrais, que caracterizariam os indivíduos na última etapa de vida: viver o máximo possível, terminar a vida de forma digna sem sofrimento, encontrar ajuda e proteção para a progressiva diminuição de capacidades, continuar participando ativamente dos

<sup>271</sup> JACOB, Wilson Filho. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D’Elborex (Org.). *Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 19.

<sup>272</sup> COSTA, Maria Fernanda F. Lima e; GUERRA, Henrique L.; BARRETO, Sandhi M.; GUIMARÃES, Renato. *Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas*. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v. 9, n. 1, jan./mar. 2000. p. 27.

assuntos e decisões que envolvem a comunidade, prolongar, ao máximo, conquistas e prerrogativas sociais como a propriedade, a autoridade e o respeito.<sup>273</sup>

Essa continuidade funcional é de extrema relevância para que o indivíduo sinta-se útil dentro da sociedade, preservando sua autonomia e independência.

Vieira define autonomia como sendo a capacidade e direito de o indivíduo eleger as regras de sua conduta, a orientação de seus atos, assim como os riscos que está disposto a correr, exercendo suas atividades sem ajuda de terceiros.<sup>274</sup>

Basílio, Scott e outros relacionam a capacidade funcional do idoso com atividades de seu cotidiano, denominando essas de Atividades de Vida Diária-AVD, agrupando as atividades essenciais para o autocuidado (alimentar-se, vestir-se, higiene pessoal, cuidar da aparência, comunicação e mobilidade funcional) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD, que são as atividades mais complexas e necessárias para adaptar-se independentemente ao meio ambiente (usar meios de transporte, lidar com dinheiro, fazer compras, manusear aparelhos).<sup>275</sup>

Para Almeida dentre os transtornos psiquiátricos na população envelhecida têm-se a depressão e ansiedade.<sup>276</sup> Entretanto Blazer afirma que apesar dos avanços nos estudos sobre a depressão, a depressão na população envelhecida continua sendo um termo genérico que engloba muitos construtos, alguns dos quais bem definidos e outros mal definidos.<sup>277</sup>

Cornelius Katona afirma que muitos idosos acreditam que a depressão é consequência do envelhecimento e, com isso, não mencionam seus sintomas; outras vezes o médico ignora os sintomas depressivos concentrando-se em outros fatores ao fazer um diagnóstico; e ainda, muitas vezes os idosos têm vergonha de admitirem os sintomas de depressão, apresentando-os de forma somática como perturbação do sono e cansaço. Essas situações dificultam o diagnóstico da depressão na população idosa.<sup>278</sup>

<sup>273</sup> DEBERT, Guita Grin. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: NERI, Anita Liberalesco; DEBERT, Guita Grin (Org.). *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 54.

<sup>274</sup> VIEIRA, E. B. *Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. p. 274.

<sup>275</sup> BASILIO, J.; LAFUENTE, Anía; ALMENARA, José-Luis Suárez; HERNANDEZ, Leoncia Guerra; SANTANA, Ángel-Julio Santana ; MORALES, Carmen-Dolores Acosta ; RODRIGUEZ, José-María Saavedra. . Vejez saludable e incapacidade funcional em la población anciana de Canarias. *Revista Espanhol Salud Publica*, Madrid, v. 71, n. 2, p. 2, mar./apr. 1997, p. 161-177.

<sup>276</sup> ALMEIDA, A. M. Revisão: a importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. In: *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v.25, n. 4, p.209-214, 2003. p. 212.

<sup>277</sup> BLAZER, Dan G.; KOENIG, Harold G. *Psiquiatria geriátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 204.

<sup>278</sup> KATONA, Cornelius. Managing depression and anxiety in the elderly patient. *European Neuropsychopharmacology*, Amsterdam, v. 10, supl. 4, p. 427-432, 2000. p. 428.

O autor ressalta ainda que o diagnóstico da depressão torna-se um desafio particular, quando sintomas da depressão juntam-se aos sinais do processo de envelhecimento; por exemplo, a fadiga, a redução do sono e os pensamentos sobre a morte, como também a coexistência de outras doenças, como ansiedade e desordens cognitivas, mascarando os sintomas da depressão.<sup>279</sup>

Nesses estudos, entre as variáveis trabalhadas, é notável a concordância que idade é um fator importante para considerar a depressão. Apesar de existir uma concordância sobre o fato de a idade ser um fator importante para se considerar a depressão, Henderson e outros, afirmam que é importante considerar que o número de sintomas depressivos não aumenta com a idade, mas devido, em parte, ao fato de que numerosas mudanças físicas (saúde física pobre e incapacidade) e mudanças sociais acontecem com o envelhecer.<sup>280</sup>

Conforme Kivelä “a hipótese mais corrente é que a etiologia multifatorial da depressão como fatores: biológicos, psicológicos e sociais, contribuem para sua ocorrência”.<sup>281</sup>

Estudos realizados por Simons sugerem que as disfunções físicas ou transtornos sociais podem desencadear ou serem resultados de depressão no idoso, não conseguindo ainda fazer uma relação exata dessas associações de causas e efeitos.<sup>282</sup>

Mills, em estudo com idosos, observou que os sintomas depressivos são mais frequentes naqueles que apresentam doenças crônicas, com destaque para as de mais forte associação, que são as relacionadas aos problemas cardíacos.<sup>283</sup>

Após essa abordagem sobre a depressão na terceira idade, passaremos para o contexto da pesquisa, apresentando um perfil sobre os participantes do grupo pesquisado.

### 3.2 Perfil dos participantes do Grupo da Terceira Idade

O grupo de terceira idade pesquisado tem o nome de Viver bem na Terceira Idade e faz parte de um programa da Secretaria de Assistência Social, do município de Santa Rita de Minas, leste do Estado de Minas Gerais.

<sup>279</sup> KATONA, 2000, p. 428.

<sup>280</sup> HENDERSON, A.S.; JORM, A. F.; MACKINNON, A.; CHRISTENSEN, H.; SCOTT, L. R.; KORTEN, A. E.; DOYLE, C. The prevalence of depressive disorders and the distribution of depressive symptoms in later life: a survey using draft ICD-10 and DSM-III-R. *Psychological Medicine*, London, v. 23, n. 3, 1993. p. 721.

<sup>281</sup> KIVELÄ, S. L. Depression and physical and social functioning in old age. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Copenhagen, suppl. 377, 1994. p. 73.

<sup>282</sup> SIMONS, LEON A.; MCCALLUM, John; FRIEDLANDER; SIMONS, Judith. Health ageing is associated with reduced and delayed disability. *British Geriatrics Society*, v. 29, p. 143-148, 2000. p. 146.

<sup>283</sup> MILLS, Terry L. Comorbid depressive symptomatology: isolating the effects of chronic medical conditions on self-reported depressive symptoms among community-dwelling Older adults. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 53, 2001. p. 571.

De acordo com o coordenador do grupo, em entrevista escrita, o grupo tem como princípios e finalidades oferecer aos membros um trabalho que possa atender as perspectivas e expectativas em relação à qualidade de vida, promover ainda um resgate cultural e promover uma educação para a vida na terceira idade, através da interação social, reinserção na comunidade e exercícios físicos.<sup>284</sup>

No biênio 2019/2020 o grupo Viver Bem na Terceira Idade teve um número de oitenta inscritos, numa faixa etária que varia de quarenta e cinco a setenta e oito anos de idade; tendo como profissionais que atuam no mesmo, sistematicamente um professor de Educação Física que é o coordenador e um estagiário também da área de Educação Física.<sup>285</sup>

O grupo tem encontros para atividades físicas três vezes por semana, palestras educativas mensalmente; café da manhã para aniversariantes, mensalmente; passeios trimestrais e viagens semestrais.<sup>286</sup>

Nesses encontros, além do acompanhamento dos dois profissionais fixos, atuam também: assistente social; psicóloga; enfermeira; técnico em enfermagem e auxiliares de serviços; sendo esses funcionários da prefeitura que atuam na área da saúde.<sup>287</sup>

Os participantes do grupo apresentam como expectativas em relação aos encontros a aquisição e apropriação de condições e estrutura para uma vida com mais perspectiva e qualidade.<sup>288</sup>

O quadro clínico dos participantes é monitorado pelo acompanhamento médico com geriatra; acompanhamento pressórico em todos os encontros; monitoramento das condições psicológicas e monitoramento das condições sociais.<sup>289</sup>

Devido ao estado de pandemia e a necessidade de distanciamento, considerando ainda a faixa etária dos envolvidos, o questionário semiestruturado foi aplicado apenas a vinte indivíduos participantes do grupo, valendo frisar que os encontros semanais se encontram suspensos desde março de 2020, devendo serem retomadas assim que as condições sanitárias forem favoráveis.

As principais doenças entre os participantes do grupo são hipertensão, diabetes, cardiopatia e depressa, com muitos participantes sendo usuários de ansiolíticos.<sup>290</sup>

<sup>284</sup> ANEXO B. *Respostas da entrevista.*

<sup>285</sup> ANEXO B. *Respostas da entrevista.*

<sup>286</sup> ANEXO B. *Respostas da entrevista.*

<sup>287</sup> ANEXO B. *Respostas da entrevista.*

<sup>288</sup> ANEXO B. *Respostas da entrevista.*

<sup>289</sup> ANEXO B. *Respostas da entrevista.*

<sup>290</sup> ANEXO B. *Respostas da entrevista.*

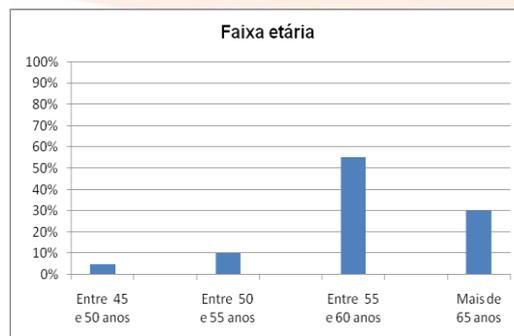
Basílio e outros ainda afirmam que as doenças crônicas são os principais fatores associados à incapacidade funcional dos idosos, concomitante ao avanço da idade e a incapacidade cognitiva, além disso, os transtornos depressivos indicam piora do funcionamento nas AVDs e AIVDs.<sup>291</sup>

De acordo com Luna Rodrigues Freitas Silva o surgimento da categoria denominada Terceira Idade representa uma grande evolução no conceito e história da velhice, passando essa a significar passa a significar: “o momento do lazer, propício à realização pessoal que ficou incompleta na juventude, à criação de novos hábitos, hobbies e habilidades e ao cultivo de laços afetivos e amorosos alternativos à família.”<sup>292</sup>

Esse termo foi legitimado a partir dos anos de 1980 e, segundo a autora a hipótese para o surgimento da terceira idade é a generalização e a reorganização dos sistemas de aposentadoria, a substituição dos termos de tratamento da velhice, o discurso da gerontologia social e os interesses da cultura do consumo.<sup>293</sup>

O que fica evidente é que o grupo denominado de terceira idade, apesar de muitas vezes já aposentado das atividades laborais, possui energia para atividades de seu interesse. O grupo, parte da pesquisa, possui uma faixa etária entre quarenta e cinco e oitenta anos, distribuída conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 01 - Faixa Etária do Grupo da Terceira Idade<sup>294</sup>



Um fator relevante é o número de mães e filhas que constituem o grupo, num total de cinco duplas, apesar de não constituir foco da pesquisa, em conversas informais, as filhas afirmaram ser uma forma encontrada para levarem as mães a praticarem atividades de

<sup>291</sup> BASILIO; LAFUENTE; ALMENARA; HERNANDEZ; SANTANA; MORALES; RODRIGUEZ, 1997, p. 170-177.

<sup>292</sup> SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *Hist. cienc. saude*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, mar. 2008. [online]. p. 161.

<sup>293</sup> SILVA, 2008, p. 162.

<sup>294</sup> ANEXO B. *Respostas dos questionários semiestruturados.*

convívio social, enquanto as mães afirmaram que não existia nenhuma relação com o fato de mães e filhas fazerem parte do grupo, demonstrando uma independência, em relação às filhas.

O fato demonstra existir uma espécie de solidão com o aumento da idade e desmotivação para atividades sociais, o que pode, mesmo que de forma secundária ocasionar uma espécie de depressão. Portanto os grupos de terceira idade por si são um elemento de combate e alívio a sintomas depressivos.

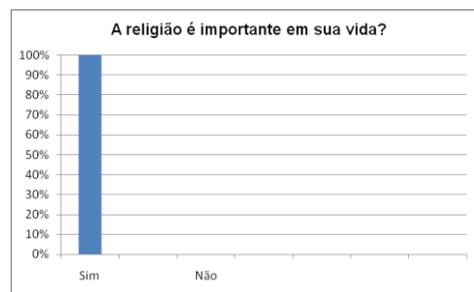
### 3.3 O papel da religião no processo depressivo dos participantes do Grupo da Terceira Idade

De acordo com o coordenador dentro do grupo a religião é tratada com maior naturalidade e respeito, onde a diversidade não interfere em nenhum aspecto no direcionamento das atividades, sejam elas, educativas, culturais e sociais.

Alguns componentes abstêm-se da participação em determinadas ações em virtude dos princípios religiosos, no entanto, tudo é visto, tratado e aceito como a máxima naturalidade e respeito por parte de todos. Não há nenhuma ponderação em relação aos procedimentos e intervenções.

Quando inquiridos sobre a importância da religião na vida dos mesmos, tem-se totalidade de resposta afirmativa, o que confirma a importância da religião na vida dos indivíduos, devido a sua função organizadora e social.

Gráfico 02 - Importância da religião<sup>295</sup>



Dalgarrondo explica que a religião é feita da experiência humana nos seus limites, através de símbolos culturais, que constituem e alimentam, constroem e enriquecem, viabilizam nossos espíritos e nossa existência neste mundo. Segundo o autor somos tocados pelo espírito da religião e dele dificilmente escapamos.<sup>296</sup>

<sup>295</sup> ANEXO B. *Respostas dos questionários semiestruturados.*

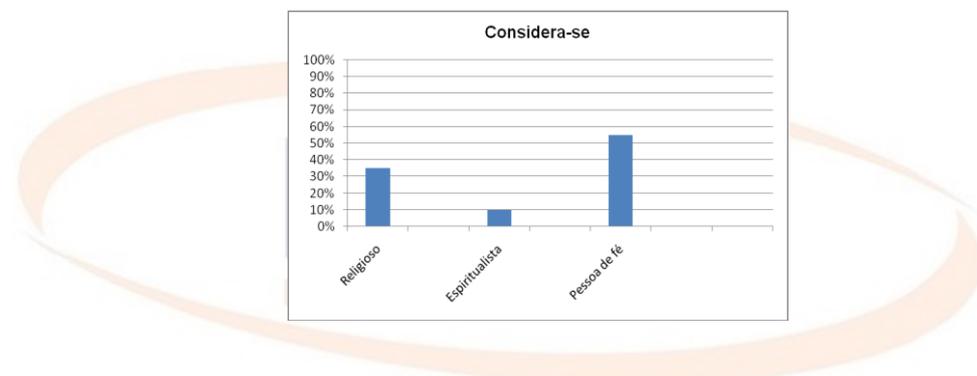
<sup>296</sup> DALGARRONDO, 2008, p. 19.

A religião é uma fonte de significado por diversas razões. Por exemplo, ela satisfaz as pessoas nas suas necessidades básicas do cotidiano, dá sentido para a vida, fortalece a fé, os dogmas e as crenças sobre a imortalidade e a existência do Paraíso e faz com que as pessoas passem a acreditar no divino, no sobrenatural. A religião fornece um significado para a vida e a morte, colocando ambas em perspectiva.<sup>297</sup>

Santana corrobora com Dalgarrondo no sentido da religião ser parte da vida de todos os indivíduos, sendo uma espécie de regulador social, contribuindo para a construção da identidade tanto dos indivíduos quanto dos grupos aos quais pertencem.

Analisar a subjetividade dos membros do grupo era importante, assim, mesmo sabendo das controvérsias na utilização de conceitos, sem explicar o que cada termo significava, perguntou-se como o indivíduo se classificava dentro das três opções: religioso, espiritualista ou uma pessoa de fé.

Gráfico 03 - Subjetividade dos participantes<sup>298</sup>



A maioria se intitulou pessoa de fé, ficando espiritualista em terceiro lugar. Esse resultado demonstra que as acepções dos termos no senso comum, muitas vezes diferem dos conceitos estabelecidos pela ciência.

Para Gomes e outros a espiritualidade transcende a religião e a religiosidade, pois é inerente ao ser humano não sendo privilégio da religião ou de qualquer movimento religioso.<sup>299</sup>

Conforme Geane Freitas Pires Castro a espiritualidade designa toda vivência que pode produzir mudança profunda no interior do homem e o leva à integração consigo e os

<sup>297</sup> SANTANA, M. C. *Significados de religiosidade segundo idosos residentes na comunidade: dados do PENSEA*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. [online]. p. 23.

<sup>298</sup> ANEXO B. *Respostas dos questionários semiestruturados*.

<sup>299</sup> GOMES, Nilvete; FARINA, Marianne; DAL FORNO, Cristiano. Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos. p. 107-112. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 6, n. 92, 2014. p. 111.

demais, não tendo implicação com religião, mas com valores e significados, sendo uma peculiaridade inerente ao ser humano.<sup>300</sup>

A autora afirma ainda que a espiritualidade auxilia o indivíduo a encontrar a si mesmo e é resultado do homem necessitar encontrar significado, preencher sua vida; e precisar de esperança para viver; necessitar de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus.<sup>301</sup>

Sandra Maria Alexandre Volcan *e outros*. acrescenta que a espiritualidade é o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, acreditando-se que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, principalmente em questões como o significado e sentido da vida.<sup>302</sup>

Ao mesmo tempo é considerável o número de pessoas que se intitularam pessoas de fé, que conforme Rosângela Martins do Vale significa uma aderência a certo princípio considerado como verdade, inspirando total confiança e alimentando a esperança. Como parte da fé estão a cognição e o sentimento.<sup>303</sup>

A fé cristã foi considerada como elemento que contribui para a promoção e manutenção da saúde mental, mas desde que essa fosse 'condicionada' a algumas produções no sujeito, isto é, desde que promova auto-estima elevada, melhores relacionamentos sociais e forneça sentido pra vida. A fé foi apresentada como algo que fornece estruturação e orientação do sujeito, algo incluído, que lhe fornece sentimento de pertença e aceitação por Deus que lhe ama de forma incondicional.<sup>304</sup>

Essa manifestação da fé cristã pode ocorrer de diversas maneiras, inclusive a religiosidade pode também não estar vinculada a certo sistema religioso institucionalizado. Dalgalarrondo compara a laicidade da religiosidade a um intenso fascínio pelo seu teor de mistério, o que faz com que a religiosidade possa estar vinculada a um sistema religioso institucionalizado.<sup>305</sup>

Dalgalarrondo afirma que a religião possibilita ao indivíduo criar significados para aspectos relativos à subjetividade e vivências humanas, possibilitando a esses a idéia de transcendência.<sup>306</sup>

<sup>300</sup> CASTRO, Geane Freitas Pires de. *A espiritualidade no tratamento de pacientes com câncer*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2017. [online]. p. 35.

<sup>301</sup> CASTRO, 2017, p. 35.

<sup>302</sup> VOLCAN, Sandra Maria Alexandre; SOUSA, Paulo Luis Rosa; MARI, Jair de Jesus; HORTA, Bernardo Lessa. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista Saúde Pública*, ano 4, v. 37, p. 440-445, 2003. p. 441.

<sup>303</sup> VALE, Rosângela Martins do. A dimensão da fé na perspectiva de Paul Tillich. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM TEOLOGIA E CIÊNCIAS DA RELIGIÃO (ANPTECRE), V, 2015, Curitiba. *Anais...* Curitiba: ANPTECRE, p. 1-8, 2015. p. 1.

<sup>304</sup> ASSIS, C. L. *A Clínica e o Sagrado* – pesquisa e reflexões contemporâneas em psicanálise e teologia cristã. Pará de Minas, MG: Virtual Books, 2010, p. 78.

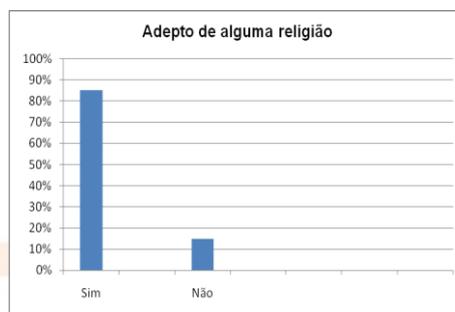
<sup>305</sup> DALGALARRONDO, 2008, p. 21.

<sup>306</sup> DALGALARRONDO, 2008, p. 21.

Essa quase dependência humana de uma religião para dar sentido à vida torna-se evidente entre os entrevistados, uma vez que oitenta e cinco por cento, se declararam adeptos de alguma religião.

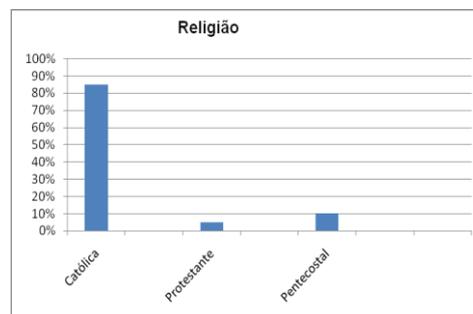
A religião constitui, sem dúvida alguma, uma das expressões mais antigas e universais da alma humana subentende-se que todo o tipo de psicologia que se ocupa da estrutura psicológica da personalidade humana deve pelo menos constatar que a religião, além de ser um fenômeno sociológico ou histórico, é também um assunto importante para grande número de indivíduos.<sup>307</sup>

Gráfico 04 - Adeptos de alguma religião<sup>308</sup>



Considerando o grupo que se declarou adepto a alguma religião, percebeu-se predominância da religião católica, seguida da pentecostal e por último a protestante. Apesar da denominação religiosa não ser foco da pesquisa, uma vez que a pesquisa tem por objetivo a religião em seu aspecto amplo, identificar, a denominação religiosa, daqueles que se consideram religiosos é importante.

Gráfico 05 - Denominação da religião<sup>309</sup>



<sup>307</sup> JUNG, 2011, p. 7.

<sup>308</sup> ANEXO B. Respostas dos questionários semiestruturados.

<sup>309</sup> ANEXO B. Respostas dos questionários semiestruturados.

Essa afiliação religiosa auxilia a compreender que o indivíduo se sente parte de uma comunidade, sendo uma forma de convívio social, além dar na promoção de uma vida mais equilibrada e com atitudes mais saudáveis.

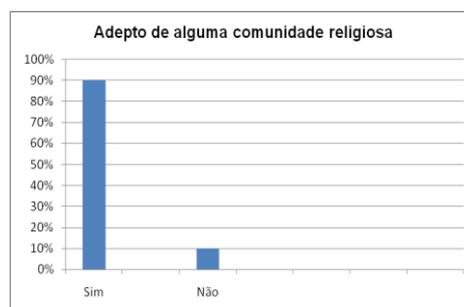
A afiliação religiosa pode oferecer oportunidades para se obterem em longo prazo, possíveis benefícios para a saúde e o bem-estar, antes mesmo do benefício para a alma. A participação como membro de igrejas, instituições que prescrevem certos comportamentos, reflete um nível de compromisso religioso que pode influenciar atitudes em relação a comportamentos como fumar, beber e usar drogas ilícitas entre outros, levando seus seguidores a assumir atitudes que podem prolongar a vida (LEVIN, 2001). A vivência religiosa deixou de ser considerada fonte de patologia e, em certas circunstâncias, passou a ser reconhecida como provedora do re-equilíbrio e saúde da personalidade (LEVIN, 2001; KOENIG, 2005).<sup>310</sup>

Francisco Lotufo Neto e outros corroboram com a importância da afiliação a uma comunidade religiosa afirmando que a mesma se organiza com a finalidade de promover o apoio social. Os autores afirmam que esse apoio pode vir da ênfase que determinadas religiões colocam na família ou através de apoio diante de determinadas situações. A religiosidade reflete-se nas atitudes perante a vida provocando um fortalecimento dos indivíduos o que provoca implicações para a saúde.<sup>311</sup>

Os autores explicam que o impacto da religião sobre a saúde pode ocorrer através da influência em comportamentos mais saudáveis, redes de apoio, redução de eventos estressantes.<sup>312</sup>

Assim, foi importante saber quantos eram adeptos de alguma comunidade religiosa, uma vez que nem sempre se declarar pertencente à determinada religião significa frequentar e ser parte da comunidade religiosa.

Gráfico 06 - Adeptos de alguma comunidade religiosa<sup>313</sup>



<sup>310</sup> CARNEIRO, Liciania Correia. *Religiosidade e qualidade de vida em idosos institucionalizados*. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009. [online]. p. 24.

<sup>311</sup> LOTUFO NETO, F.; LOTUFO, Z.; MARTINS, J. C. *Influências da Religião sobre a Saúde Mental*. São Paulo: ESETec, 2009. p. 182.

<sup>312</sup> LOTUFO NETO; LOTUF; MARTINS, 2009, p. 182.

<sup>313</sup> ANEXO B. *Respostas dos questionários semiestruturados*.

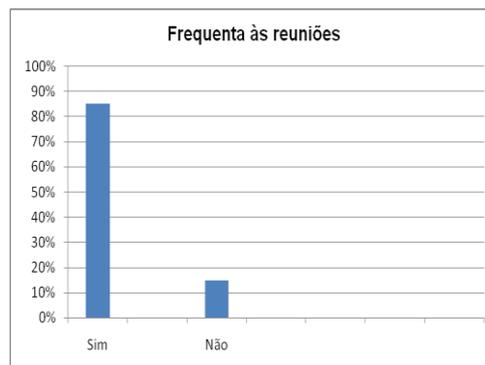
Campos e Murakami afirmam que o apoio oferecido pelas instituições religiosas e a possibilidade de inserção do indivíduo numa rede de relações sociais é importante no contexto da saúde mental, uma vez que o mesmo encontra nas instituições religiosas, muitas vezes, uma aceitação irrestrita e uma valorização do seu discurso.<sup>314</sup>

Os autores afirmam ainda que as instituições religiosas conseguem promover um cuidado, aproximando-se dos indivíduos, inserindo os mesmos em relações sociais, fortalecendo-os para o enfrentamento de questões da vida cotidiana.<sup>315</sup>

Tendo em vista essa função social e de interação dos indivíduos registrou-se que entre os entrevistados oitenta e cinco por cento frequentam as reuniões, sendo essa frequência semanal para a maioria dos entrevistados. Entre os ritos litúrgicos foram citados missas, cultos, terços, louvores, etc.

Liturgia é um termo usado no Ocidente para indicar a adoração oficial pública à Deus pela igreja. Envolve a participação ativa e consciente da assembléia através da leitura de textos sagrados, louvor através de hinos, salmos e cânticos, oração silenciosa e em grupo, e celebração de sacramentos (na religião cristã o batismo, a confirmação e a eucaristia, a reconciliação e as devoções) [...]. A liturgia apropriada ao momento de vida da congregação ou da família facilita muito a catarse emocional. O ministro religioso é treinado a planejá-la de acordo com períodos de celebração ou contrição e seguindo os ritos de passagem (no ocidente o nascimento, o aprender a ler, o início da adolescência ou vida adulta, a entrada na universidade ou no mercado de trabalho, o casamento, a separação, a aposentadoria, a saída dos filhos de casa, a morte, as lembranças dos entes queridos).<sup>316</sup>

Gráfico 07 - Frequenta reuniões<sup>317</sup>



Entretanto os autores afirmam que não se deve confundir a frequência na participação de atividades litúrgicas com a religiosidade, pois são coisas diferentes para pessoas diferentes.<sup>318</sup>

<sup>314</sup> MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 364.

<sup>315</sup> MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 364.

<sup>316</sup> LOTUFO NETO ; LOTUF; MARTINS, 2009, p. 195.

<sup>317</sup> ANEXO B. *Respostas dos questionários semiestruturados.*

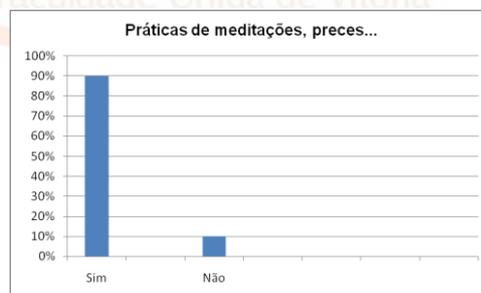
Para os autores os rituais religiosos são métodos eficientes para manter a saúde mental, prevenindo o início ou a progressão de distúrbios psicológicos, ajudando “a enfrentar o terror, ansiedade, medo, culpa, raiva, frustração, incerteza, trauma e alienação, a lidar com emoções e ameaças universais oferecendo um mecanismo para delas se distanciar”, também reduzem a tensão pessoal e do grupo, a agressividade, moderam a solidão, a depressão, a anomia, a sensação de não ter saída, e a inferioridade.<sup>319</sup>

Os rituais permitem que o indivíduo reconheça seus sofrimentos emocionais consiga exteriorizar suas emoções, aliviando o sofrimento num espaço adequado, diminuindo a ansiedade.

O ritual engaja o participante em comportamentos que reforçam a conexão e ligação a pessoas importantes, que pode ser um ser divino, um líder espiritual, uma comunidade religiosa, ou toda uma sociedade. É esta sensação de pertencer que facilita a resposta catártica, através da qual as emoções dolorosas podem ser trazidas à consciência e aliviadas ou expressas pela primeira vez.<sup>320</sup>

Essa necessidade e importância dos rituais ficaram evidentes na pesquisa quando os participantes declararam fazerem parte de encontros durante a semanas em atividades de terços dos homens, terço das mulheres, encontro de senhoras, etc.

Gráfico 08 - Prática de meditações e preces<sup>321</sup>



Assim o percentual elevado de participantes que praticam meditações, preces, além de participarem com frequência de reuniões é importante para analisarmos as questões relacionadas ao problema da depressão e a influência da religião no tratamento medicamentoso.

Tratando-se de um grupo de terceira idade essa motivação para a prática de preces, meditações e outras formas de manifestação da religiosidade e religião pode ser a consciência desses funcionarem como aportes para a catarse emocional, paz mental, uma vez que a

<sup>318</sup> LOTUFO NETO; LOTUF; MARTINS, 2009, p. 242.

<sup>319</sup> LOTUFO NETO; LOTUF; MARTINS, 2009, p. 242.

<sup>320</sup> LOTUFO NETO; LOTUF; MARTINS, 2009, p. 242.

<sup>321</sup> ANEXO B. Respostas dos questionários semiestruturados.

maturidade proporciona uma consciência perspectiva mais ampla sobre os problemas, da necessidade de tomada de decisões, uma renovação emocional.<sup>322</sup>

A meditação pode ser descrita através dos seus cinco componentes: relaxamento, concentração, estado alterado de consciência, relaxamento dos processos lógicos de pensamento e manutenção de uma atitude de auto observação. Ela desenvolve estas capacidades com o propósito de as utilizar para o desenvolvimento de uma esfera de consciência expandida e uma maior sensação de integração e coesividade dentro da experiência subjetiva.<sup>323</sup>

Ainda é importante salientar que a meditação, em variadas culturas tem sido praticada para se conseguir um conhecimento experiencial direto de Deus, independentemente de sua definição ou tradição religiosa, sendo uma das formas mais comuns a repetição de um som, silenciosamente ou em voz alta enquanto se exclui outros pensamentos e estímulos externos da consciência.<sup>324</sup>

Segundo Clara Margaça e Donizete Rodrigues a atitude religiosa inclui crenças e práticas religiosas, envolvendo também sentimentos positivos e negativos associados a essas crenças. Assim, através da religiosidade o indivíduo, pode atribuir significados aos fatos, compreendendo-os como parte de algo mais amplo, mediante a crença de que nada ocorre ao acaso e de que acontecimentos da vida são determinados por uma força/entidade superior, o que provoca um enriquecimento individual, tais como sabedoria, equilíbrio, maturidade.<sup>325</sup>

Portanto, as atribuições religiosas e as crenças espirituais e religiosas poderão ser consideradas fatores de proteção, uma vez que, em momentos estressantes, e ao longo de todo o ciclo vital, é atribuída ao indivíduo a responsabilidade de criar formas para fortalecer e desenvolver a capacidade de ser mais forte, através de atividades religiosas/espirituais.<sup>326</sup>

Segundo Geertz (1989) apud Aquino e colaboradores (2009), em qualquer cultura, a religião é uma tentativa de prover significativos gerais para que os sujeitos, individualmente, possam interpretar sua experiência e organizar sua conduta. Esses significados são armazenados, através dos símbolos sagrados que passam a expressar, para aqueles que lhes são devotos, a forma como vêem o mundo e como devem se comportar, ou seja, os símbolos dão, ao mesmo tempo, um sentido normativo e coercitivo para a organização da vida prática, em torno dos quais a vida deve ser necessariamente vivida. Pode-se, então, afirmar de acordo com o autor, que a religião é uma espécie de ciência prática, como sinônimo de conhecimento, que produz os valores pelos quais todos devem se guiar.<sup>327</sup>

<sup>322</sup> LOTUFO NETO; LOTUF; MARTINS, 2009, p. 184.

<sup>323</sup> LOTUFO NETO; LOTUF; MARTINS, 2009, p.187.

<sup>324</sup> LOTUFO NETO; LOTUF; MARTINS, 2009, p.188.

<sup>325</sup> MARGAÇA, Clara; RODRIGUES, Donizete. Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 31, n. 2, mai.-ago. 2019. p. 153.

<sup>326</sup> MARGAÇA; RODRIGUES, 2019, p. 154.

<sup>327</sup> CARNEIRO, 2009, p. 19.

Através dos gráficos até aqui apresentados fica evidente uma grande religiosidade entre os participantes pesquisados e uma forte influência da religião na vida dos mesmos, o que nos prossegue na pesquisa em analisar como a religião influencia ou não o tratamento medicamentoso da depressão entre os integrantes do grupo, considerando ter a religião essa força de ciência prática, conforme apresentado no excerto acima.

#### 3.4 Possíveis influências da religião com relação à (não) adesão ao tratamento medicamentoso.

As crenças dos indivíduos proporcionam significado para a vida, com isso um envelhecimento - saudável e ativo pressupõe uma associação à ideia de que o indivíduo preserva o seu potencial de desenvolvimento durante o seu curso de vida, através de novas aprendizagens, aceitando com equilíbrio entre limitações e potencialidades.<sup>328</sup>

Importa observar que o caminho religioso e espiritual não ocorre de forma linear, podendo ocorrer através de encontros e desencontros, compreendendo que ao vivermos os aspectos religiosos e espirituais valorizamos as ações solidárias, o respeito à diversidade e às diferenças, buscando algo além de nós mesmos.<sup>329</sup>

Segundo Koenig existem quatro razões para associação entre religião e saúde:

1. Crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido às experiências, seja positivo ou negativo.
2. Crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas.
3. A religião fornece rituais que facilitam e santificam as maiores transições de vida (adolescência, casamento, morte).
4. Crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento e estrutura para os tipos de comportamentos socialmente aceitáveis.<sup>330</sup>

Observadas as posições de estudiosos a respeito da influência e relação entre religião, religiosidade e saúde mental evidencia-se que existe uma relação estreita entre as mesmas. Essa relação pode ser positiva ou negativa dependendo da forma como é conduzida.

Koenig, em seus estudos relacionando saúde e religião em idosos, observou que o compromisso religioso sob a forma de crenças e atividades baseadas na tradição judaica-cristã proporciona maior bem estar, diminuindo os níveis de depressão e ansiedade.<sup>331</sup>

<sup>328</sup> MARGAÇA; RODRIGUES, 2019, p. 153.

<sup>329</sup> CARNEIRO, 2009. p. 20.

<sup>330</sup> KOENIG, Harold G. Religion, spirituality and medicine: the beginning of a new era. *Southern Med J.* v. 98, n. 12, p. 1235-1265, 2005. p. 1235.

<sup>331</sup> LOTUFO NETO; LOTUF; MARTINS, 2009, p. 132.

Considerou-se ainda que a religião, como atividade religiosa organizacional ou não relacional e as crenças religiosas, religiosidade intrínseca e força do compromisso religioso, ajudam a enfrentar o estresse psicológico.<sup>332</sup>

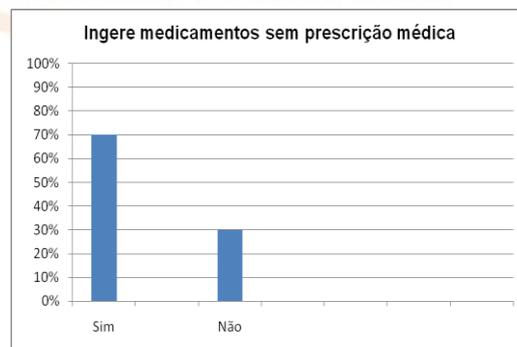
A frequência à igreja auxilia no ajustamento pessoal, diminuindo os sintomas depressivos, a ansiedade em relação à morte.<sup>333</sup>

O envolvimento na comunidade religiosa provê companhia e amigos de idade e interesses parecidos num ambiente que fornece apoio para suportar as mudanças estressantes na vida.<sup>334</sup>

Outra constatação é a de que uma vez os profissionais que trabalham com indivíduos dessa faixa etária devem estar cientes sobre a importância e função da religião como visão de mundo e estratégia para enfrentar os problemas para essas pessoas. Esses problemas vão doenças repentinas e crônicas; perda ou doenças de pessoas queridas; ansiedades acerca da morte; perda de papéis sociais; diminuição dos recursos sociais e financeiros.<sup>335</sup>

Considerando a área profissional de interesse do pesquisador, indagou-se sobre a relação dos entrevistados com medicamentos e o profissional farmacêutico, tendo como respostas o que se pode observar nos gráficos abaixo:

Gráfico 09 - Ingestão de medicamentos sem prescrição médica<sup>336</sup>



Corroborando com fato de conhecimento comum, a maioria ingere medicamentos sem prescrição médica, num percentual de setenta por cento, e a metade dos entrevistados afirmou confiar na prescrição de farmacêutico.

O alto índice de ingestão de medicamentos sem prescrição médica pode ter como causas o que já foi discutido no capítulo dois, seção dois ponto um, onde se discutiu a

<sup>332</sup> LOTUFO NETO; LOTUF; MARTINS, 2009, p. 132.

<sup>333</sup> LOTUFO NETO; LOTUF; MARTINS, 2009, p.133.

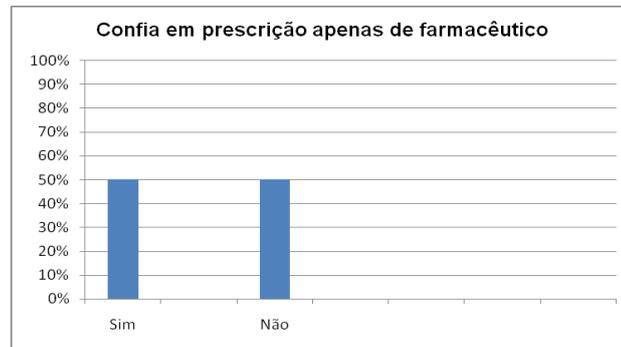
<sup>334</sup> LOTUFO NETO; LOTUF; MARTINS, 2009, p.133.

<sup>335</sup> LOTUFO NETO; LOTUF; MARTINS, 2009, p.133.

<sup>336</sup> ANEXO B. Respostas dos questionários semiestruturados.

depressão e a indústria medicamentosa que apresentou a questão do *marketing* em relação aos psicofármacos, dentre eles os antidepressivos que detêm o terceiro lugar entre os fármacos mais vendidos no mundo.

Gráfico 10 - Confiança em prescrição de farmacêutico<sup>337</sup>



O fato de metade dos entrevistados confiarem na prescrição de um farmacêutico corrobora para a importância do profissional farmacêutico no desenvolvimento de suas atividades, inclusive no encaminhamento dos indivíduos para um profissional especializado com a finalidade de um diagnóstico mais apropriado.

No capítulo dois, seção dois ponto quatro que discutiu a influência da religião da pessoa depressiva na assistência e atenção da área farmacêutica, sendo importante lembrar que o profissional da área da farmácia precisa considerar o ser humano em sua totalidade, observando sua religiosidade, espiritualidade e fé, respeitando suas crenças.<sup>338</sup>

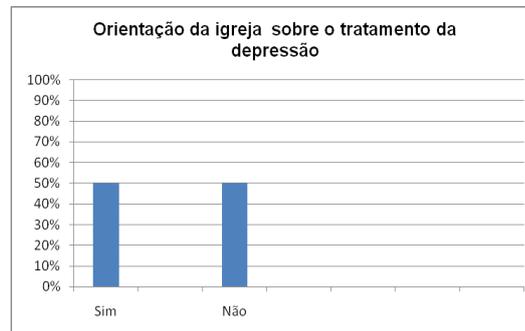
Eymard Mourão Vasconcelos afirma que o trabalho em saúde voltado para a cura e a prevenção das doenças considerando às práticas religiosas necessita de um maior reconhecimento pela parte médica uma vez que normalmente as práticas religiosas no âmbito da saúde ainda têm o seu espaço circunscrito, principalmente no meio popular, havendo a necessidade de uma melhor integração entre pacientes envolvidos na religiosidade ou religião e profissionais da saúde.<sup>339</sup>

Partindo dessa necessidade de uma maior aproximação entre a religião e a ciência médica perguntou-se aos entrevistados se existe alguma orientação da igreja que o mesmo frequenta para o tratamento da depressão, sendo que a metade dos entrevistados respondeu que sim e a outra metade que não.

<sup>337</sup> ANEXO B. *Respostas dos questionários semiestruturados.*

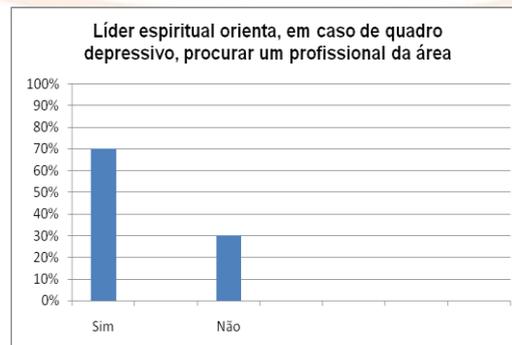
<sup>338</sup> SOUZA, 2018, p. 25.

<sup>339</sup> VASCONCELOS, Eymard Mourão. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde(RECIIS)*, v. 4, n. 3, Rio de Janeiro, set., 2010. p. 12.

Gráfico 11 - Orientação da igreja sobre o tratamento da depressão<sup>340</sup>

Entretanto quando indagados se o líder espiritual orienta, em caso depressivo a procura de um profissional da saúde setenta por cento responderam que sim, o que demonstra um reconhecimento por parte das lideranças religiosas de ser a depressão uma doença que envolve variados aspectos, inclusive questões biológicas que necessitam de um tratamento médico.

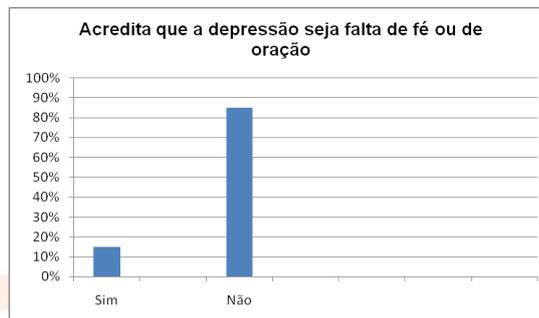
Essa constatação demonstra um avanço no reconhecimento da doença que durante muito tempo foi considerada uma doença da alma, ligada apenas a questões espirituais e religiosas.

Gráfico 12 - Orientação do líder espiritual a procurar profissional da área em quadro depressivo<sup>341</sup>

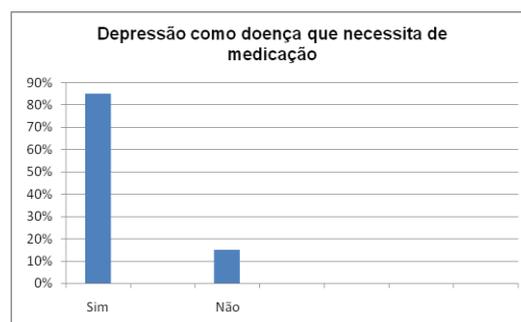
Essa observação da evolução do conceito da depressão como doença, apresentado no primeiro capítulo desse trabalho, foi confirmada quando oitenta e cinco por cento dos entrevistados responderam não perceberem a depressão como doença espiritual, nem como falta de fé ou de oração.

<sup>340</sup> ANEXO B. Respostas dos questionários semiestruturados.

<sup>341</sup> ANEXO B. Respostas dos questionários semiestruturados.

Gráfico 13 - Depressão como doença espiritual<sup>342</sup>Gráfico 14 - Depressão como falta de fé ou de oração<sup>343</sup>

Considerando que o grupo investigado trata-se de uma faixa etária de transição é de extrema relevância compreender a depressão em seu aspecto enquanto evento psiquiátrico, mas como uma reação natural da pessoa humana em períodos de transição, especialmente em tempos de mudanças.<sup>344</sup>

Gráfico 15 - Depressão como doença que necessita de medicação<sup>345</sup>

De acordo com Campos e Murakami é possível que a harmonização entre religião e psiquiatria auxilie os especialistas de saúde mental melhorando as habilidades desses de

<sup>342</sup> ANEXO B. *Respostas dos questionários semiestruturados.*

<sup>343</sup> ANEXO B. *Respostas dos questionários semiestruturados.*

<sup>344</sup> CAMPOS; MURAKAMI, 2012, p. 36.

<sup>345</sup> ANEXO B. *Respostas dos questionários semiestruturados.*

forma que ampliem o entendimento dos agentes religiosos influenciadores da saúde dos pacientes.<sup>346</sup>

Essa afirmação corrobora com Koenig quando esse afirma que a religião fornece recursos para lidar com o estresse, aumentando a frequência de emoções, reduzindo a probabilidade de que o estresse resulte em distúrbios emocionais como depressão, transtorno de ansiedade, suicídio e abuso de drogas.<sup>347</sup>

Koenig ainda afirma ainda que a religiosidade e a espiritualidade são capazes de ajudar pacientes a lidar com uma variedade de doenças e muitas situações estressantes.<sup>348</sup>

Entretanto Panzini e Bandeira afirmam que “A religião pode ter efeito adverso na saúde quando crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou substituir cuidados médicos tradicionais”.<sup>349</sup>

Apesar de alertarem para o fato de a religião poder ter um efeito adverso na questão da saúde dos indivíduos, Panzini e Bandeira trabalham o *coping* religioso, designando como *coping* religioso/espiritual (CRE), relacionado- o à saúde e à qualidade de vida, utilizando-se da fé, da espiritualidade e/ou da religiosidade para lidar com o estresse.<sup>350</sup>

Para Koenig, recursos de *coping* religioso incluem cognições poderosas o que possibilita ao indivíduo dar sentido às circunstâncias difíceis da vida. Segundo o mesmo as religiões fornecem uma visão de mundo mais otimista o que pode significar a existência de uma força transcendental pessoal que ama e se preocupa com os seres humanos e responde às suas necessidades.<sup>351</sup>

Ao mesmo tempo essas cognições dão um senso subjetivo de controle sobre eventos, através das orações.<sup>352</sup>

Os participantes manifestaram compreenderem ser a depressão uma doença não causada por falta de fé ou espiritualidade, quando setenta por cento manifestou que tomaria um medicamento antidepressivo, caso fosse diagnosticado com depressão.

---

<sup>346</sup> KOENIG, 2012, p. 99.

<sup>347</sup> KOENIG, 2012, p. 7.

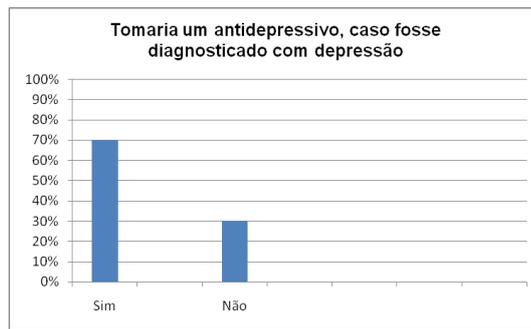
<sup>348</sup> KOENIG, 2012, p.7.

<sup>349</sup> PANZINI; BANDEIRA, 2007, p. 127.

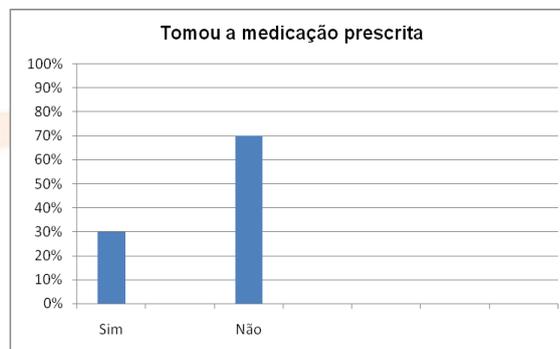
<sup>350</sup> PANZINI; BANDEIRA, 2007, p. 63.

<sup>351</sup> KOENIG, 2012, p. 7.

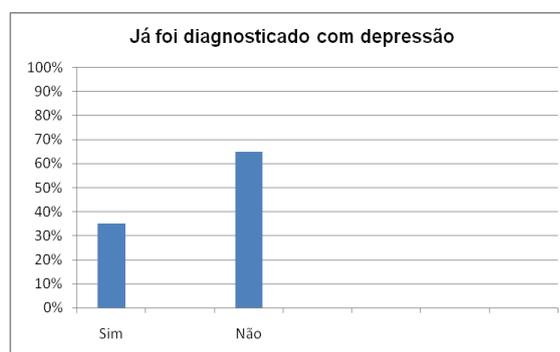
<sup>352</sup> KOENIG, 2012, p. 7.

Gráfico 16 - Ingestão de medicamentos em caso de depressão<sup>353</sup>

Entretanto, trinta por cento declarou já ter sido diagnosticado com depressão e desse percentual, apenas trinta por cento tomou a medicação prescrita.

Gráfico 17 - Ingestão da medicação prescrita<sup>354</sup>

Em relação ao sentimento da depressão, trinta e cinco por cento afirmaram já terem sido diagnosticados com depressão

Gráfico 18 - Diagnóstico de depressão<sup>355</sup>

Esse resultado demonstra a dificuldade de um diagnóstico de depressão em indivíduos de terceira idade, uma vez que, mesmo sendo uma enfermidade prevalente, é considerada uma

<sup>353</sup> ANEXO B. Respostas dos questionários semiestruturados.

<sup>354</sup> ANEXO B. Respostas dos questionários semiestruturados.

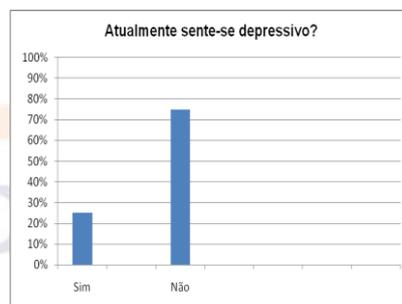
<sup>355</sup> ANEXO B. Respostas dos questionários semiestruturados.

decorrência natural do envelhecimento, sendo, muitas vezes negligenciada, provocando severos danos à qualidade de vida do idoso e de seus familiares, resultando em custos elevados para a sociedade em geral.<sup>356</sup>

A depressão constitui condição mental nem sempre diagnosticada, o que favorece a cronificação desta enfermidade, agravando o sofrimento psíquico do paciente. Além disso, devido à íntima relação entre depressão e doenças clínicas gerais no idoso, a não identificação e o não tratamento da depressão contribuem para o agravamento de eventuais doenças orgânicas que acometem o paciente, aumentando a morbidade e o risco de morte.<sup>357</sup>

Muitas vezes, o próprio indivíduo não se percebe depressivo, justificando seus sintomas por outras causas, inclusive outras doenças que possa ter.

Gráfico 19 - Sentimento depressivo<sup>358</sup>



Perante essa dificuldade de identificação da depressão desde seu início e das implicações que essa enfermidade pode trazer aliada a outras comorbidades características da faixa etária, é imprescindível que a família e demais pessoas próximas a indivíduos dessa faixa etária fiquem atentos a qualquer mudança comportamental para, caso necessário encaminhe esse indivíduo a um médico especialista para um diagnóstico e tratamento.

A identificação do início e das condições específicas em que surge um quadro depressivo constitui fator de extrema importância para o diagnóstico etiológico da depressão e das comorbidades, para o tratamento e prognóstico. Assim, o paciente idoso, cuja depressão tenha tido início em épocas remotas de sua vida e se prolongado na velhice, tende a apresentar componente genético significativo. Por outro lado, naquele cuja depressão tenha iniciado após os 65 anos, a interferência genética tende a ser menos intensa e os fenômenos neurobiológicos tendem a ser

<sup>356</sup> GAZALLE, Fernando Kratz; HALLAL, Pedro Curi; LIMA, Maurício Silva de. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 26, n. 3, 145-149, set. 2004. [online]. p. 145.

<sup>357</sup> STELLA, Florindo *et al.* . Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *MOTRIZ*. Rio Claro, v. 8, n. 3, ago/dez. 2002. p. 96.

<sup>358</sup> ANEXO B. *Respostas dos questionários semiestruturados.*

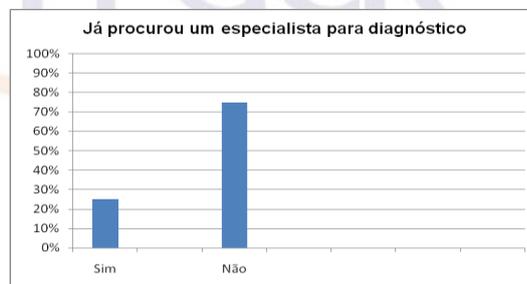
mais importantes. Obviamente, não se pode excluir a ação de componentes de natureza psíquica que se acumulam ao longo da vida.<sup>359</sup>

Além desse fator genético é importante considerar todas as causas possíveis e já elencadas no capítulo um desse trabalho, uma vez que todas as histórias de vida acumuladas podem influenciar para que uma situação provoque um quadro depressivo.

A depressão no idoso costuma manifestar-se por meio de queixas físicas frequentes e associada a doenças clínicas gerais, sobretudo aquelas que imprimem sofrimento prolongado, levando à dependência física e à perda da autonomia, e que induzem à hospitalização ou institucionalização. Por outro lado, a depressão nesses pacientes agrava as enfermidades clínicas gerais e eleva a mortalidade. Embora com prevalência elevada nas doenças clínicas gerais, a depressão não tem sido adequadamente diagnosticada e tratada. Muitas vezes, os sintomas depressivos são confundidos com a própria doença clínica geral ou como uma consequência ‘normal’ do envelhecimento, sendo pouco valorizados.<sup>360</sup>

Portanto é necessário um olhar mais atento para a depressão na população idosa, que aumenta nos países em desenvolvimento em um cenário de pobreza e despreparo, assim os médicos em geral devem ser capacitados a investigar e reconhecer as síndromes depressivas nos idosos, permitindo assim, intervenções precoces e eficazes.<sup>361</sup>

Gráfico 20 - Procura de especialista para diagnóstico<sup>362</sup>



Percebendo que setenta e cinco por cento dos entrevistados que já se sentiram depressivos não procuram um médico para diagnóstico e tratamento, assim na triangulação da pesquisa entre a religião, a depressão e o profissional farmacêutico, perguntou-se aos indivíduos se os mesmos seguiriam a orientação de um farmacêutico para a ingestão de depressivos, sendo a resposta de setenta e cinco por cento que não.

<sup>359</sup> STELLA, 2002, p. 93.

<sup>360</sup> STELLA, 2002, p. 93.

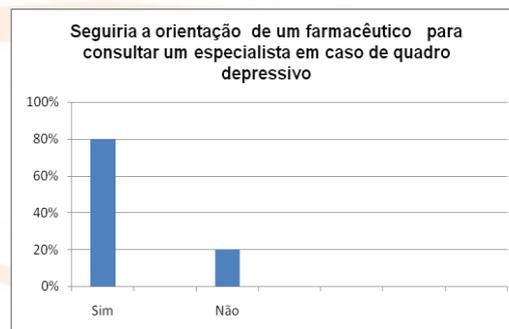
<sup>361</sup> GAZALLE, 2004, p. 145.

<sup>362</sup> ANEXO B. *Respostas dos questionários semiestruturados.*

Gráfico 21 - Orientação farmacêutica para ingestão de antidepressivo.



Entretanto oitenta por cento dos indivíduos declararam que seguiriam a orientação de um farmacêutico para consulta a um profissional especializado em caso de quadro depressivo. Isso demonstra que o farmacêutico tem grande credibilidade entre os indivíduos podendo servir de elo entre os indivíduos e o médico, favorecendo um diagnóstico e tratamento.

Gráfico 22 - Orientação farmacêutica para procura de um especialista em caso de quadro depressivo<sup>363</sup>

É muito importante que se amplie uma discussão sobre a depressão em grupos de terceira idade e pessoas idosas, pois o descuido no diagnóstico e tratamento pode colocar em risco a condição clínica do paciente e quando sofrimento psíquico é significativo, faz-se necessária a intervenção psicofarmacológica e ainda depressão quando não tratada coloca em risco a vida do paciente elevando seu sofrimento.<sup>364</sup>

Perante as respostas do questionário e das pesquisas feitas percebe-se que no estudo em questão a religião não influencia o tratamento medicamentoso no tratamento da depressão, sendo que os pesquisados apresentam uma visão clara da doença.

Um dos motivos pode ser a própria participação dos indivíduos no grupo que apresenta palestras e discussões sobre temas diversos, além da questão da própria convivência nos encontros favorecer a qualidade de vida desses indivíduos. Também é relevante afirmar que:

<sup>363</sup> ANEXO B. *Respostas dos questionários semiestruturados.*

<sup>364</sup> STELLA, 2002, p. 94-95.

Doenças graves estão frequentemente relacionadas a comportamento e estilo de vida. Religiosidade desestimula comportamentos e hábitos nocivos como tabagismo, uso excessivo de álcool, consumo de drogas e comportamento sexual de risco. Estudos têm revelado que atividades religiosas, como envolvimento em cultos ou atividades voluntárias, estão associadas a melhor saúde física, particularmente quando ocorrem no ambiente da comunidade. Quando atividades religiosas não modificam o curso de doenças físicas ou prolongam a vida, elas podem melhorar a qualidade de vida e o propósito de viver.<sup>365</sup>

O impacto da religião sobre a saúde dos indivíduos divide opiniões, os que consideram que a religião tem um impacto positivo sobre a saúde, apresentam que ela reduz a ansiedade, oferecendo uma estrutura cognitiva que ordena o mundo, que pode parecer caótico; a religião oferece também esperança, sentido, sensação de bem-estar que ajuda os indivíduos a enfrentarem a dor e o sofrimento; fornece soluções para conflitos emocionais e situacionais, solucionando a perturbação da morte ao oferecer uma continuidade para a vida; a religião, ainda oferece uma sensação de poder e controle ao vincular o indivíduo a um poder onipresente; fornece uma orientação moral que inibe práticas e estilos de vida autodestrutivos; promove a coesão social, fornecendo identidade, unindo os indivíduos.<sup>366</sup>

Dentro da pesquisa esses fatores foram amplamente percebidos quando ao responderem sobre a influência da religião ou da espiritualidade na maneira como os indivíduos vivem ou lidam com seus problemas as principais respostas foram que a religião auxilia-os a tornarem-se pessoas melhores, com boas ações, fortalecendo a fé, obediência, dando sabedoria para pensar antes de agir, com menos chance de agir de forma errada, além de força para enfrentar as dificuldades.

[...] ‘comportamentos relacionados ou promotores da saúde’, ‘estilos de vida’ (life styles) protetores que diminuiriam o risco de doenças e aumentariam a sensação de bem-estar. Inclui-se aqui, por exemplo, menor uso de tabaco e álcool, uma vida mais regrada, tipo de dieta, etc. Além disso, fatores de apoio como ‘rede social’, promovidos pelas comunidades religiosas, ajudariam os indivíduos atuando como buffers do estresse e aumentariam as capacidades de lidar com dificuldades (*coping*).<sup>367</sup>

Assim a religião pode auxiliar uma pessoa a superar suas dificuldades e estresse, e quanto mais a fé de uma pessoa estiver de acordo com estes valores, mais a religião contribuirá para o ajustamento total, evocando no indivíduo energia ativa, desenvolvendo

<sup>365</sup> STROPPIA, André; ALMEIDA, Alexander Moreira. Religiosidade e espiritualidade. In: SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson (Orgs.). *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 439.

<sup>366</sup> LOTUFO NETO; LOTUF; MARTINS, 2009, p. 105.

<sup>367</sup> DALGALARRONDO, 2008, p. 178.

autonomia, autoestima e autocontrole. Portanto é essencial que os profissionais de saúde mental levem a sério a religião de seus pacientes.<sup>368</sup>



---

<sup>368</sup> LOTUFO NETO; LOTUF; MARTINS, 2009, p. 119-120.

## CONCLUSÃO

Conviver em um mundo de tantas expectativas e anseios faz o tema depressão estar presente em nosso cotidiano, através das pessoas com as quais convivemos e muitas vezes até em nós mesmos. Ao mesmo tempo a religião, religiosidade e espiritualidade são parte de muito de nós e de quem nós somos. Assim conseguir entrelaçar as duas questões para um profissional que atua na área da farmácia é muito importante.

Já no quadro teórico conceituar religião, religiosidade e espiritualidade demonstraram estarmos saindo de um campo de senso comum, para compreendermos que, apesar de estarem relacionados não são sinônimos, devendo ser cada um analisado de uma forma e a depressão, sendo doença tão discutida ultimamente, manifesta-se desde antigamente na humanidade.

Assim no primeiro capítulo foi importante uma abordagem histórica sobre a depressão e a forma como a sociedade discute o problema, saindo de uma perspectiva de enfermidade apenas da alma para perceber seus aspectos físicos e psicológicos.

O segundo capítulo demonstrou a aproximação entre ciência e religião no sentido de compreender o indivíduo em sua totalidade, demonstrando que a ciência já compreende o aspecto positivo da religião e religiosidade na saúde dos indivíduos. Portanto a Psicologia da religião entre várias questões apresenta o *coping* religioso como favorável para a saúde mental.

A Psicologia da Religião ampliou os estudos relacionando a religião e a saúde mental tornando mais evidente que uma associação entre religião e ciência médica pode favorecer os pacientes ao terem sua religião, religiosidade e espiritualidade consideradas no tratamento de doenças como a depressão.

Conquanto, a depressão trata-se de uma enfermidade que pode ter causas variadas, com sintomas diversos, podendo chegar a incapacitar o indivíduo. Como doença mental, a depressão necessita de um diagnóstico de um profissional especializado para um tratamento correto, auxiliando o indivíduo a retornar suas atividades.

Ao adentrar na pesquisa de campo com indivíduos participantes de um grupo de terceira idade de um município do leste do Estado de Minas Gerais, com idade entre quarenta e cinco e setenta e cinco anos, foi evidente como a religião e religiosidade estão presentes e possuem importância em suas vidas, pois as pesquisas teóricas já haviam afirmado sobre a

dificuldade de um diagnóstico, pois muitas vezes a depressão fica mascarada em meio a outras enfermidades, agravando a qualidade de vida dos indivíduos, além disso, muitas

vezes o próprio indivíduo tem dificuldades em aceitar o diagnóstico da doença, tomando a medicação necessária.

Essa informação teórica foi confirmada na pesquisa de campo, na qual também se percebeu que o farmacêutico pode ser o profissional que auxilie na aproximação do indivíduo com quadro depressivo a um profissional especializado, uma vez que muitos confiam no encaminhamento desse profissional. Ao mesmo tempo, esse farmacêutico precisa numa postura ética não incitar ou prescrever antidepressivos aos indivíduos, apesar do marketing e poder lucrativo sobre a indústria de medicamentos.

Através da pesquisa também foi possível perceber que os líderes religiosos têm demonstrado uma aceitação e consciência de que doenças mentais como a depressão necessitam de um acompanhamento médico especializado, orientando os indivíduos a procurarem um médico, fazendo o tratamento indicado, inclusive com a utilização de medicamentos.

Portanto o *coping* religioso é um fator positivo, principalmente em indivíduos de terceira idade ou idosos, pois amplia as possibilidades de melhor aceitação das fases da vida e superação da diminuição do vigor físico. Além disso, os encontros e reuniões podem diminuir o sentimento de solidão, proporcionando momentos de convivência.

Importante salientar que a própria participação em um grupo de terceira idade com encontros semanais pode constituir um viés, uma vez que já produzem a sensação de pertencimento, dando vida social aos indivíduos, mas não impede a percepção de que os participantes do grupo percebem a religião e suas crenças como forma de superação das dificuldades e obstáculos, além de uma forma de serem pessoas melhores. Esse sentimento os ajuda a viverem de forma mais serena, e quando acometidas de comorbidades como a depressão, sentem-se mais capazes de superá-la.

Como profissional da área farmacêutica ficou acentuada a nossa responsabilidade em desenvolver nossa profissão com ética e responsabilidade com o objetivo de não cedermos a indústria mercadológica. Mas sim encaminhando os indivíduos que apresentarem um quadro depressivo a um especialista para tratamento adequado.

Assim, no campo profissional a pesquisa demonstra a necessidade de associar as crenças dos indivíduos com medicamentos, sendo essa associação fundamental para um tratamento saudável da depressão e através dos dados coletados na pesquisa verificou-se que a religião pode auxiliar no fortalecimento do indivíduo para superação de obstáculos e rituais de passagem, sem atrapalhar um tratamento medicamentoso, no caso da depressão. Assim a

Psicologia da Religião surge como mecanismo a ser mais estudado e analisado no campo profissional da saúde para beneficiar o tratamento de indivíduos com depressão.

Ao final do caminho espera-se que cada vez mais pesquisas sejam feitas dentro do campo da religião e da psicologia com o objetivo de utilizar as crenças, religião e religiosidade dos indivíduos para benefício da saúde mental dos mesmos e que doenças como a depressão possam ser analisadas e tratadas em sua totalidade.

Esse trabalho será apresentado à Secretaria Municipal de Ação Social do município no qual foi aplicada a referida pesquisa para que as atividades desenvolvidas pelo grupo da terceira idade possam ser fortalecidas e ampliadas.



## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. *A psiquiatria no divã*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ALMEIDA, A. M. Revisão: a importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 25, n. 4, p. 209-214, 2003.
- ALMEIDA, Edelvels Alves de; MADEIRA, Gleison Dias; ARANTES, Paula Maria Machado; ALENCAR, Mariana Asmar. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 13, n. 3, p. 435-443, Rio de Janeiro, 2010.
- ALTHUSSER, Louis. Os aparelhos ideológicos de Estado político e sindical. In: ALTHUSSER, Louis. *Sobre a reprodução*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- ALTHUSSER, Louis. *Aparelhos ideológicos de Estado*. São Paulo: Graal, 2007.
- ANDRADE, Fábila Barbosa; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira DIAS, Maria Djair; SILVA, Antonia Oliveira ; COSTA, Iris do Céu Clara; LIMA, Édija Anália Rodrigues; MENDES, Cristina Kátia Torres Teixeira Mendes. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. *Rev. Enferm.*, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 120-136, jan-mar. 2010.
- ANDREASEN, N. J. The role of religion in depression. *Religion & Health*, v. 11, p. 153-166, 1972.
- ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- ANJOS, M. F. Para compreender a espiritualidade em Bioética. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. de. *Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade*. São Paulo: Paulinas, 2008. p. 19-28.
- ASAD, Talal. A construção da religião como uma categoria antropológica. *Cadernos de Campo*, São Paulo, n. 19, p. 1-384, 2010. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/ppgas/portal/arquivos/orientacoes/ASAD\\_Talel.\\_2010.pdf](https://www.ufrgs.br/ppgas/portal/arquivos/orientacoes/ASAD_Talel._2010.pdf). Acesso em: 06 ago. 2020.
- ASSIS, C. L. *A Clínica e o Sagrado: pesquisa e reflexões contemporâneas em psicanálise e teologia cristã*. Pará de Minas: Virtual Books, 2010.
- ÁVILA, A. *Para conhecer a psicologia da religião*. São Paulo: Edições Loyola, 2007.
- AZEREDO, Bárbara Ahnert; DIAS, Alessandro Moreira. Depressão e religiosidade: uma busca pelo equilíbrio farmacêutico e espiritual. *Revista Unitas*, v. 8, n. 1, p. 63-69, 2020. Disponível em: <http://revista.faculdadeunida.com.br/index.php/unitas/article/view/2372>. Acesso em 10 out. 2020.

BASILIO, J.; LAFUENTE, Anía; ALMENAra, José-Luis Suárez; HERNANDEZ, Leoncia Guerra; SANTANA, Ángel-Julio Santana; MORALES, Carmen-Dolores Acosta; RODRIGUEZ, José-María Saavedra. Vejez saludable e incapacidade funcional em la población anciana de Canarias. *Revista Espanhol Salud Publica*, Madrid, v. 71, n. 2, p. 161-177, 1997.

BITTENCOURT, Sílvia Cardoso; CAPON, Sandra; MALUF, Sônia. Medicamentos antidepressivos: inserção na prática biomédica (1941-2006) a partir da divulgação em um livro-texto de farmacologia. *Revista Maná*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 219-247, 2013.

BOGOCHVOL, A. Sobre a psicofarmacologia. In: MAGALHÃES, M. C. R. (Org.), *Psicofarmacologia e psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2001.

BONFATI, P. *A expressão popular do sagrado: uma análise psico-antropológica da Igreja Universal do Reino de Deus*. São Paulo: Paulinas, 2000.

BORGES, Marcos de Souza. *Raízes da Depressão: enfrentando o grande mal do século*. Jocum Brasil: Almirante Tamandaré, 2015.

BLAZER, Dan G.; KOENIG, Harold G. *Psiquiatria geriátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CAMPOS, Claudinei, José Gomes; MURAKAMI, Rose. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília v. 65, n. 02, p. 361-367, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

CARNEIRO, Liciania Correia. *Religiosidade e qualidade de vida em idosos institucionalizados*. Dissertação (Mestrado em Ciência das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/4210?locale=pt\\_BR](https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/4210?locale=pt_BR). Acesso em 10 dez. 2020.

CASTRO, Geane Freitas Pires de. *A espiritualidade no tratamento de pacientes com câncer*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2017. Disponível em: <http://bdtd.faculdadeunida.com.br:8080/jspui/handle/prefix/26>. Acesso em: 23 jan. 2021.

CORYEL, William. Tratamento farmacológico da depressão. *Ann Clin Psychiatry*, v. 12, p. 141-151, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1023/A:1009012917837>. Acesso em: 06 mai. 2020.

COSER, Orlando. *Depressão: clínica, crítica e ética*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COSTA, Maria Fernanda F. Lima e; GUERRA, Henrique L.; BARRETO, Sandhi M.; GUIMARÃES, Renato. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 9, n. 1, jan./mar. 2000.

COSTA PEREIRA, M.E. Psicopatologia Fundamental e Psiquiatria. In: QUEIROZ, E.F.Q.; SILVA, R.R (Orgs.). *Pesquisa em Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2002.

COSTA, Waldney de Souza Rodrigues. Religião na perspectiva sociológica clássica: considerações sobre Durkheim, Marx e Weber. *Sacrilegens*, Juiz de Fora, v. 14, n. 2, p. 03-24, 2017. Disponível em: <https://www.ufjf.br/sacrilegens/files/2018/03/14-2-2.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

COUTINHO, José Pereira. Religião e outros conceitos. *Sociologia. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. Porto, v. 24, p. 171-193, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/soc/v24/v24a09.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2020.

DALGALARRONDO, P. *Religião, Psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2008.

DAMOUS, Issa Leal. *A lógica do desespero nos casos-limite: uma faceta da depressão na contemporaneidade*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: [https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/34679/34679\\_1.PDF](https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/34679/34679_1.PDF). Acesso em: 20 jan. 2020.

DEBERT, Guita Grin. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: NERI, Anita Liberalesco; DEBERT, Guita Grin (Org.). *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

DEUS, P. *A evolução da neuropsiquiatria*. São Paulo: Lopso, 2003.

DEUS, Pêrsio Ribeiro Gomes de. *As influências do sentimento religioso sobre o cristão portador de depressão*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://tese.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/2499/1/Persio%20Ribeiro%20Gomes%20de%20Deus.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

FERREIRA, Rodrigo Ramires; MACHADO, Letícia Vieira. A indústria farmacêutica e psicanálise diante da epidemia de depressão: respostas possíveis. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 1, p. 135-144, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-7372219160013>. Acesso em: 03 mai. 2020.

FILORAMO, G.; PRANDI, C. *As ciências das religiões*. São Paulo: Paulus, 1999.

FOUCAULT, Michel. *A história da loucura*. Perspectiva: São Paulo, 1978.

FOUCAULT, M. *A vontade de saber: história da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 2008.

FRANKL, V. *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Petrópolis: Vozes, 1991.

FROMM, E. *El dogma de Cristo*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1964.

GAZALLE, Fernando Kratz; HALLAL, Pedro Curi; LIMA, Maurício Silva de. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 145-149, set. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462004000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462004000300003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 19 fev. 2021.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GIOVANETTI, José Paulo. Psicologia e espiritualidade. In: AMATUZZI, Mauro Martins (Org.). *Psicologia e espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005. p. 129-145.

GOMES, Antonio Maspoli de Araujo. Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. *Revista Estudos de Religião*, São Paulo, v. 25, n. 40, p. 81-109, jan./jun. 2011. p. 83. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ER/article/viewFile/2368/2555>. Acesso em: 08 set. 2019.

GOMES, Nilvete; FARINA, Marianne; DAL FORNO, Cristiano. Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos. p. 107-112. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 6 n. 2, 2014.

GONSALVES, E. P. *Iniciação à pesquisa científica*. Campinas: Alinea, 2001.

HEALY, David. *The Psychopharmacologists*. London: Arnold, 1997.

HENDDERSON, A.S.; JORM, A. F.; MACKINNON, A.; CHRISTENSEN, H.; SCOTT, L. R.; KORTEN, A. E.; DOYLE, C. The prevalence of depressive disorders and the distribution of depressive symptoms in later life: a survey using draft ICD-10 and DSM-III-R. *Psychological Medicine*, London, v. 23, n. 3, 1993.

JARVIK, Murray E. Drugs used in the treatment of psychiatric disorders. In: BITTENCOURT, Sílvia Cardoso; CAPON, Sandra; MALUF, Sônia. *Medicamentos antidepressivos: inserção na prática biomédica (1941-2006) a partir da divulgação em um livro-texto de farmacologia*. *Revista Maná*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 224-279, 2013.

JUNG, C. G. *Psicologia e religião*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

JUNG, C. G. *A energia psíquica*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

KATONA, Cornelius. Managing depression and anxiety in the elderly patient. *European Neuropsychopharmacology*, Amsterdam, v. 10, supl. 4, p. 427-432, 2000.

KIVELÄ, S. L. Depression and physical and social functioning in old age. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Copenhagen, suppl. 377, 1994.

KOENIG, Harold G. Religion, spirituality and medicine: the beginning of a new era. *Southern Med J.* v. 98, n. 12, p. 1235-1265, 2005.

KOENIG, H. G. *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KYRILLOS, Fuad; DUNKER, Christian Ingo Lenz. Depois do holocausto: efeitos colaterais do hospital colônia em Barbacena. *Psicol. rev.*, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 952-974, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682017000300011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682017000300011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 17 ago. 2020.

LAFER, Beny; VALLADA FILHO, Homero Pinto. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, p. 12-17, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 abr. 2020.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEFEVRE, F. Saúde, este obscuro objeto de desejo. *Revista Saúde Soc.*, v. 6, n. 1, p. 3-9, 1997. Disponível em: [www.scielo.br/scieloOrg/php/similar.php?lang=en&text=Saúde, este obscuro objeto de desejo](http://www.scielo.br/scieloOrg/php/similar.php?lang=en&text=Saúde,%20este%20obscuro%20objeto%20de%20desejo). Acesso em: 05 mai. 2020.

LEITE, Valéria Moura Moreira *et al.* Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 6, n. 1, p. 31-38, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292006000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 set. 2020.

LEVIN, Jeff. *Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura*. São Paulo: Cultrix, 2001.

LOTUFO NETO F.; LOTUFO, Z.; MARTINS, J. C. *Influências da religião sobre a saúde mental*. São Paulo: ESETec, 2009.

MADURO, Otto. *Religião e luta de classes*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1983.

MAGALDI, Felipe Sales. *A unidade das coisas: Nise da Silveira e a genealogia de uma psiquiatria rebelde no Rio de Janeiro, Brasil*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

MARGAÇA, Clara; RODRIGUES, Donizete. Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 31, n. 2, p. 150-157, mai.-ago. 2019.

MASTROIANNI, Patrícia de Carvalho. *Análise do conteúdo das informações técnico-científicas das propagandas de medicamentos psicoativos*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

MILLS, Terry L. Comorbid depressive symptomatology: isolating the effects of chronic medical conditions on self-reported depressive symptoms among community-dwelling older adults. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 53, 2001.

MONTE, Tânia Maria de Carvalho Câmara. A religião e sua função social. *Revista Inter-Legere*, v. 1, n. 5, p. 249-255, 2013.

MONTEIRO, Daiane Daitx; REICHOW, Jeverson Rogério Costa; SAIS, Elenice de Freitas; FERNANDES, Fernanda de Souza. Espiritualidade, religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo, v. 40, n. 98, p. 129-139, jun. 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1415-711X2020000100014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-711X2020000100014). Acesso em: 20 set. 2020.

MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. Depressão: uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 106-119, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 jun. 2020.

MORAES, Helena Moraes; DESLANDES, Andréa; FERREIRA, Camila; POMPEU, Fernando A. M. S.; RIBEIRO, Pedro; LAKS, Jerson. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. *Rev Psiquiatr.*, v. 29, n. 1, p. 70-79, Rio Grande do Sul, 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO-NETO, F.; KOENIG, H.G. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000300018](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300018). Acesso em: 20 nov.2020.

MOURA, Lauro Eustáquio Guirlanda de. *Religiosidade e saúde mental: evolução da depressão em pacientes segundo o nível de envolvimento religioso*. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2020.

NASCIMENTO, David Inácio. Althusser e Foucault: possíveis reflexões sobre a função atual da universidade. *Revista Seara Filosófica*, n. 19, p. 323-337, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/searafilosofica/article/view/17718>. Acesso em: 28 jun. 2020.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 34, p. 126-135, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000700016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 nov. 2020.

PARGAMENT, K.I.; ANO, G.G.; & WACHHLTZ, A. B. The religious dimension of coping: Advances in theory, Research, Practice. In: R. F. Paloutzian; C. L. Park (Eds.). *Handbook of the psychology of and spirituality*, New York: Guilford Press, 2005. p. 479-495.

PARGAMENT, K.I. The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *The international journal for the psychology of religion*, v. 9, n. 1, p. 3-16, 1999.

PERES, Urania Tourinho. *Depressão e melancolia*. Jorge Zahar: Rio de Janeiro, 2010.

PINTO, Enio Brito. Espiritualidade e religiosidade: articulações. *Revista de Estudos da Religião*. São Paulo, ano 2009, v. 23, n. 65, p. 68-83, 2009. Disponível em: [https://www.pucsp.br/rever/rv4\\_2009/t\\_brito.pdf](https://www.pucsp.br/rever/rv4_2009/t_brito.pdf). Acesso em: 05 abr. 2020.

PRESTON, John. *Vença a depressão: um guia para recuperação*. Rio de Janeiro: Record, 1989.

RABELLO, Elaine, Teixeira; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. Propagandas de medicamentos: a saúde como produto de consumo. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 357-367, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000200006>. Acesso em: 07 mai. 2020.

RODRIGUES, C.C.L.; GOMES, A.M.D.A. Teorias clássicas da psicologia da religião. In: PASSOS, J.D. & USARSKI, F. (org.) *Compêndio de Ciências da Religião*. São Paulo: Paulinas: Paulus, p. 333-345, 2013

ROSA, José Tolentino. Religião e expressão da sexualidade. *Estudos de Religião*, São Bernardo do Campo, ano 1, n. 1, p. 187-213, mar. 1985.

SANTANA, M. C. *Significados de religiosidade segundo idosos residentes na comunidade: dados do PENSA*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v3n2a04.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

SANTOS, Adriana Araujo de Souza. *Interação entre religião e depressão sob a ótica do profissional da saúde, com ênfase na saúde mental e enfermagem*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2013. Disponível em: <http://bdtd.faculdadeunida.com.br:8080/jspui/handle/prefix/133>. Acesso em: 21 nov. 2020.

SERVAN- SCHREIBER, David. *Curar o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamento nem psicanálise*. Sá: São Paulo, 2004.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *Hist. cienc. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, mar. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702008000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 fev. 2021.

SIMMEL, Georg. *Religião: ensaios*. São Paulo: Olho d'Água, 2009.

SIMONS, LEON A.; MCCALLUM; John; FRIEDLANDER; SIMONS, Judith. Health ageing is associated with reduced and delayed disability. *British Geriatrics Society*, v. 29, p. 143-148, 2000.

SOARES, Maria Socorro; LIMA, Carla Bezerra. *Grito de dor e canção de amor*. Uma visão humanística da AIDS na perspectiva da espiritualidade. Universitária: João Pessoa, 2005.

SOLOMON, Andrew. *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

SOUSA, Pirineus de. *Quando a depressão ataca*. São Paulo: AB, 2002.

SOUZA, Carlos Alberto Crespo de. Histórico dos antidepressivos, novos compostos e precauções. Parte um. *Revista Psychiatry on line Brasil*. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 18-23, 1999. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano13/art0513.php>. Acesso em: 06 mai. 2020.

SOUZA, Fábio Gomes de Matos e. Tratamento da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatria*. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 18-23, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 mai. 2020.

SOUZA, Paula Ribeiro. *A percepção do profissional da área farmacêutica diante da não adesão do paciente ao tratamento medicamentoso por questões religiosas*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2018. Disponível em: <http://bdtd.faculdadeunida.com.br:8080/jspui/handle/prefix/284>. Acesso em: 19 out. 2019.

SOUZA NETO, João Clemente de LIBERAL, Márcia Mello Costa de. O dinamismo da ética pela ótica da sociologia e do seguimento de Jesus. *Ciências da Religião: História e Sociedade*, v. 4, n. 4, p. 12-37. 2006. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cr/article/download/543/335>. Acesso em: 12 mai. 2020.

SOUZA, T. R.; Acioly Luiz Tavares de Lacerda. Depressão ao longo da história. In: João Quevedo; Antônio Geraldo da Silva. (Org.). *Depressão: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed, v. 1, p. 1-248, 2013.

STELLA, Florindo. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *MOTRIZ*. Rio Claro, v. 8, n. 3, p.91-98, ago./dez. 2002.

YIN. R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3 ed., Porto Alegre: Bookman, 2005.

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

TEMPLE, Giovana Carmo. *Poder e resistência em Michel Foucault: uma genealogia do acontecimento*. Tese (Doutorado) - Universidade federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

TEODORO, Wagner Luiz Garcia. *Depressão: corpo, mente e alma*. Uberlândia: Uberlândia: 2009.

VALE, Rosângela Martins do. A dimensão da fé na perspectiva de Paul Tillich. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM TEOLOGIA E CIÊNCIAS DA RELIGIÃO (ANPTECRE), V, 2015, Curitiba. *Anais....* Curitiba: ANPTECRE, p. 1-8, 2015.

VARGAS, José Hamilton. *Depressão: o que você precisa realmente saber para melhorar*. Banco de Saúde: Brasília, 2013.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde(RECIIS)*, v. 4, n. 3, Rio de Janeiro, p.12-18, set., 2010.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. *Cad. Cedes Campinas*, v. 29, n. 79, p. 323-334, 2009.

VIEIRA, E. B. *Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000100024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100024&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 mai. 2020.

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre; SOUSA, Paulo Luis Rosa; MARI, Jair de Jesus; HORTA, Bernardo Lessa. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista Saúde Pública*, ano 4, v. 37, p. 440-445, 2003.



## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### 1. Convite

Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa do mestrado de ALESSANDRO MOREIRA DIAS. Antes de decidir se participará, é importante que você entenda as propostas da pesquisa para verificar se concorda com elas. Reserve um tempo para ler cuidadosamente as informações a seguir e faça perguntas se algo não estiver claro ou se quiser mais informações. Não tenha pressa de decidir se deseja ou não participar desta pesquisa.

#### 2. Título da pesquisa:

A RELIGIÃO COMO FATOR DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NOS RELATOS DE PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE TERCEIRA IDADE

#### 3. O que é o projeto?

Este projeto se estabelece como pertinente, visto que, ao averiguar qual a influência da religião na adesão ou não ao tratamento medicamentoso no tratamento da depressão.

#### 4. Qual é o objetivo do estudo?

O projeto visa analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

#### 5. Por que você foi convidada(o)?

Você foi convidada(o) a participar da pesquisa pelo fato de ser um(a) participante do Grupo da Terceira Idade do Município de Santa Rita de Minas. As atividades serão oferecidas para todos/as e a participação é voluntária, conforme desejo e autorização dos/as interessados/as.

#### 6. Eu tenho que participar?

Você é quem decide se gostaria de participar ou não desta pesquisa. Se decidir participar do projeto em questão, você receberá esta folha de informações para guardar, deverá assinar um termo de consentimento e poderá participar e propor questões ao longo de toda a atividade de

pesquisa. Mesmo se você decidir participar, você ainda tem a liberdade de se retirar das atividades a qualquer momento e sem dar justificativas.

7. O que acontecerá comigo se eu participar? O que eu tenho que fazer?

Você responderá a um questionário semi-estruturado onde serão obtidas informações de questões concretas que oferecem liberdade para dissertar sobre o tema e o que você pensa sobre o mesmo.

8. O que acontece quando o estudo termina?

Ao final, o pesquisador irá propor uma devolutiva sobre as questões elencadas e o resultado. Os resultados vão compor o acervo de pesquisas do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória/ES, ficando disponíveis para consulta.

9. Minha participação neste estudo será mantida em sigilo? Sim.

10. Contato para informações adicionais

Se você precisar de informações adicionais sobre a participação na pesquisa: Pesquisador:  
Alessandro Moreira Dias

Farmacêutico/professor

E-mail: [alessandromoreiradias@bol.com.br](mailto:alessandromoreiradias@bol.com.br) Telefone: 987498048

Orientador: Professor Dr. Julio Cezar de Paula Brotto E-mail: [julio.brotto@fuv.edu.br](mailto:julio.brotto@fuv.edu.br)

Telefone: (27) 32252071

Obrigado por ler estas informações! Caso deseje participar deste estudo, assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido anexo e devolva-o ao pesquisador. Você pode guardar uma cópia destas informações e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para seu próprio registro.

Santa Rita de Minas, MG, 13 de agosto de 2020.

Assinatura do pesquisador

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pessoa participante:

1. Confirmando que li e entendi a folha de informações para o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas.
2. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.
3. Concordo em participar da pesquisa acima.

Santa Rita de Minas, MG, 13 de agosto de 2020.



Assinatura da pessoa participante

## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- a) Sim
- b) Não

1) Qual sua faixa etária:

- a) Entre 45 e 50 anos
- b) Entre 50 a 55 anos
- c) Entre 55 a 65 anos
- d) Entre Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida ?

- a) Sim
- b) não

3) Você é religioso, espiritualista ou uma pessoa de fé?

- a) Religioso
- b) espiritualista
- c) Pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

- a) Sim
- b) Não

5) Se sim, qual?

- a) Católica
- b) Protestante
- c) Pentecostal
- d) Kardecista
- e) Outra: \_\_\_\_\_

6) Você faz parte de alguma comunidade religiosa

- a) Sim
- b) Não

7) Você frequenta às reuniões?

- a) Sim
- b) Não

8) De quais atividades participa?

9) Com que frequência?

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta música?

- a) Sim
- b) Não

11) Com que frequência?

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida o lida com seu problema? Como?

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

- a) Sim
- b) Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

- a) Sim b) Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?

- a) Sim b) Não

16) Você acredita que depressão possa ser uma doença espiritual?

- a) Sim b) Não

17) Você considera que a depressão seja uma doença que necessite de uma medicação?

- a) Sim b) Não

18) Você toma ou tomaria algum medicamento antidepressivo, caso fosse diagnosticado com depressão?

- a) Sim b) Não

19) O líder espiritual, orienta, no caso de um quadro depressivo, a procura por um profissional da área?

- a) Sim b) Não

20) Você acredita que a depressão seja falta de fé ou oração?

- a) Sim b) Não

21) Você seguiria a orientação de um farmacêutico na utilização de um remédio antidepressivo?

- a) Sim b) Não

22) Você seguiria a orientação de um farmacêutico para consultar um especialista, em caso de depressão?

- a) Sim b) Não

23) Em alguma etapa de sua vida, já foi diagnosticado com depressão?

- a) Sim b) Não

24) Se sim, tomou a medicação prescrita pelo médico, durante o período solicitado?

- a) Sim b) Não

25) Atualmente sente-se depressivo?

- a) Sim b) Não

26) Se sim, já procurou um médico especialista para diagnóstico?

- a) Sim  
b) Não

27) Há algum outro aspecto da sua vida religiosa ou espiritual que gostaria de dividir?

---

28) Tem outra necessidade espiritual que gostaria que fosse abordada?

---

---



## APÊNDICE C – PERGUNTAS PARA ENTREVISTA AO COORDENADOR DO GRUPO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Conto com sua colaboração!

### **1) Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?**

- a) Sim
- b) Não

### **2) Sobre o grupo:**

- a) Tempo de criação
- b) Principais objetivos e finalidades
- c) Secretaria a qual está vinculado
- d) Profissionais que atuam sistematicamente no grupo

### **3) Perfil do grupo:**

- a) Número de participantes no ano de 2019 e 2020
- b) Cronograma de encontro do grupos
- c) Profissionais que atuam nesses encontros
- d) Tipos de atividades desenvolvidas nos encontros
- e) Expectativas dos participantes do grupo em relação aos encontros

### **4) Quadro clínico geral do grupo**

- a. Existe algum controle sobre o quadro clínico do grupo?
- b. Se sim, como é feito?
- c. Existe controle sobre os pacientes que fazem acompanhamento médico?
- d. Quais as principais doenças entre os participantes do grupo?
- e. Existem participantes com características depressivas?
- f. Existem pacientes diagnosticados com depressão?
- g. Existem pacientes em tratamento devido à depressão
- h. Como a religião é tratada no grupo?

## ANEXOS

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA


 Faculdade Unida de Vitória  
 Recredenciamento Portaria MEC nº 918 de 17/08/2016  
 DOU de 18/08/2016

  
 Programa de Pós-Graduação  
 em Ciências das Religiões

---

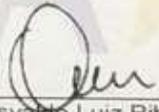
Vitória/ES, 13 de agosto de 2020.

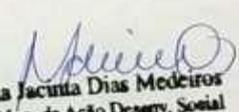


O Coordenador do curso de Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória, no uso de suas atribuições regimentais, vem por meio desta apresentar o(a) aluno(a) **Alessandro Moreira Dias** portador(a) do CPF **003.395.486-06**, e regularmente matriculado(a) nesta Instituição de Ensino Superior, neste semestre, sob o número de matrícula **3041786**, no curso de Mestrado Profissional em Ciências das Religiões.

O(a) aluno(a) é orientando(a) do Professor(a) Dr(a). Julio Cezar de Paula Brotto e sua pesquisa tem como tema: "A religião como fator da não adesão ao tratamento medicamentoso nos relatos de participantes de um grupo de terceira idade". O trabalho se presta a fins acadêmicos.



  
 Osvaldo Luiz Ribeiro  
 Coordenador do curso de Mestrado  
 Profissional em Ciências das Religiões

  
 Maria Jacinta Dias Medeiros  
 Sec. Mun. de Ação Desarr. Social  
 e Pol. Para Juventude

---

Rua Engenheiro Fábio Ruschi, 161, Bento Ferreira, Vitória/ES – CEP 29.050-60  
 (27) 3325-2071 / 0800 770 2071 / [www.faculdadeunida.com.br](http://www.faculdadeunida.com.br)  
 CEE – Centro de Estudos Especializados  
 CNPJ.: 03.962.607/0001-40

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória – 07/05/2021.

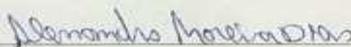
Santa Rita de Minas/MG, 04 de janeiro de 2021.

Prezado Sr<sup>a</sup>. Secretária de Ação Social de Santa Rita de Minas.

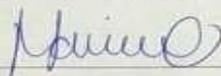
Eu, **ALESSANDRO MOREIRA DIAS**, farmacêutico, residente na cidade de Santa Rita de Minas, MG, aluno do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória, estou realizando uma pesquisa cujo tema é: **A RELIGIÃO COMO FATOR DA NÃO ADEÇÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NOS RELATOS DE PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE TERCEIRA IDADE**. Neste sentido, venho solicitar autorização a vossa senhoria para realizar uma **Pesquisa de Campo** com os participantes do Grupo da Terceira Idade do município de Santa Rita de Minas, MG. O Trabalho de Conclusão de Curso, em forma de dissertação, está sendo orientado pelo professor Dr. Julio Cezar de Paula Brotto, docente do Programa de Pós Graduação em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória, ES. Anexo a esta solicitação, encaminho declaração da Faculdade Unida de Vitória, ES, termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Questionário Semi . Estes dois últimos documentos serão apresentados aos participantes que optarem por participar da pesquisa.

Contato do pesquisador: celular (33) 987498048 // email: [alessandromoreiradias@bol.com.br](mailto:alessandromoreiradias@bol.com.br)

Contato do orientador: celular (27) 98823-6222 // email: [julio.brotto@fuv.edu.br](mailto:julio.brotto@fuv.edu.br)



Alessandro Moreira Dias



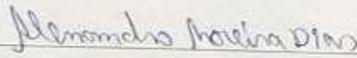
Secretária de Ação Social de Santa Rita de Minas

**Maria Jacinta Dias Medeiros**  
Sec. Mun. de Ação Desenv. Social  
e Pol. Para Juventude

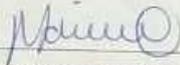
**AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

Santa Rita de Minas/MG, 04 de janeiro de 2021.

A SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL DO MUNICÍPIO DE SANTA RITA DE MINAS, vem através de esse autorizar o mestrando ALESSANDRO MOREIRAS, aluno do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória a realizar a **Pesquisa de Campo** com os participantes do Grupo da Terceira Idade do município de Santa Rita de Minas, MG para uma pesquisa cujo tema é: **A RELIGIÃO COMO FATOR DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NOS RELATOS DE PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE TERCEIRA IDADE**. O Trabalho trata-se de parte da Conclusão de Curso, em forma de dissertação, sob a orientação do professor Dr. Julio Cezar de Paula Brotto, docente do Programa de Pós Graduação em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória, ES.



Alessandro Moreira Dias



Secretária de Ação Social de Santa Rita de Minas

**Maria Jacinta Dias Medeiros**  
Sec. Mun. de Ação Desenv. Social  
e Pol. Para Juventude



a) Sim

b) Não

16) Você acredita que a depressão possa ser uma doença espiritual?

a) Sim

b) Não

17) Você considera que a depressão seja uma doença que necessite de uma medicação?

a) Sim

b) Não

18) Você toma ou tomaria algum medicamento antidepressivo, caso fosse diagnosticado com depressão?

a) Sim

b) Não

19) O líder espiritual, orienta, no caso de um quadro depressivo, a procura por um profissional da área?

a) Sim

b) Não

20) Você acredita que depressão seja falta de fé ou de oração?

a) Sim

b) Não

21) Você seguiria a orientação de um farmacêutico na utilização de um remédio antidepressivo?

a) Sim

b) Não

22) Você seguiria a orientação de um farmacêutico para consultar um especialista, em caso de depressão?

a) Sim

b) Não

23) Em alguma etapa de sua vida, já foi diagnosticado com depressão?

a) Sim

b) Não

24) Se sim, tomou a medicação prescrita pelo médico, durante o período solicitado?

a) Sim

b) Não

25) Atualmente sente-se depressivo?

a) Sim

b) Não

26) Se sim, já procurou um médico especialista para diagnóstico?

a) Sim

b) Não

27) Há algum outro aspecto da sua vida religiosa ou espiritual que gostaria de dividir?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

28) Tem outra necessidade espiritual que gostaria que fosse abordada?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

1) Qual sua faixa etária:

a) Entre 45 e 50 anos

Entre 50 a 55 anos

c) Entre 55 a 65 anos

d) Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?

Sim

Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

a) Religioso

b) espiritualista

pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

Sim

Não

5) Se sim, qual?

Católica

b) Protestante

c) Pentecostal

d) Kardecista

e) Outra:

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

Sim

Não

7) Você frequenta as reuniões?

Sim

Não

8) De quais atividades participa?

Missas

9) Com que frequência?

Toda semana

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

Sim

Não

11) Com que frequência?

Toda semana

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

Sim, sou mais confiante

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

a) Sim

Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

a) Sim

Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?

Sim

b) Não

16) Você acredita que a depressão possa ser uma doença espiritual?

a) Sim

Não

17) Você considera que a depressão seja uma doença que necessite de uma medicação?

a)  Sim

b) Não

18) Você toma ou tomaria algum medicamento antidepressivo, caso fosse diagnosticado com depressão?

a)  Sim

b) Não

19) O líder espiritual, orienta, no caso de um quadro depressivo, a procura por um profissional da área?

Sim

b) Não

20) Você acredita que depressão seja falta de fé ou de oração?

a) Sim

Não

21) Você seguiria a orientação de um farmacêutico na utilização de um remédio antidepressivo?

a) Sim

Não

22) Você seguiria a orientação de um farmacêutico para consultar um especialista, em caso de depressão?

a)  Sim

b) Não

23) Em alguma etapa de sua vida, já foi diagnosticado com depressão?

a) Sim

Não

24) Se sim, tomou a medicação prescrita pelo médico, durante o período solicitado?

a) Sim

Não

25) Atualmente sente-se depressivo?

a) Sim

Não

26) Se sim, já procurou um médico especialista para diagnóstico?

a) Sim

Não

27) Há algum outro aspecto da sua vida religiosa ou espiritual que gostaria de dividir?

\_\_\_\_\_

28) Tem outra necessidade espiritual que gostaria que fosse abordada?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas. Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

1) Qual sua faixa etária:

a) Entre 45 e 50 anos

c) Entre 55 a 65 anos

b) Entre 50 a 55 anos

Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?

Sim

Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

a) Religioso

b) espiritualista

pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

Sim

Não

5) Se sim, qual?

Católica

Protestante

Pentecostal

Kardecista

e) Outra: \_\_\_\_\_

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

Sim

Não

7) Você frequenta as reuniões?

Sim

Não

8) De quais atividades participa?

na dominica na missa.

9) Com que frequência?

1 vez por semana.

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

Sim

Não

11) Com que frequência?

todos os dias

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

me dá forças para enfrentar minhas dificuldades.

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

a) Sim

Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

Sim

Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?



### APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Como com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

1) Qual sua faixa etária:

a) Entre 45 e 50 anos

b) Entre 50 a 55 anos

c) Entre 55 a 65 anos

d) Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?

Sim

Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

a) Religioso

b) espiritualista

Pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

a) Sim

Não

5) Se sim, qual?

a) Católica

b) Protestante

c) Pentecostal

d) Kardecista

e) Outra: \_\_\_\_\_

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

a) Sim

Não

7) Você frequenta as reuniões?

a) Sim

Não

8) De quais atividades participa?

Não

9) Com que frequência?

Não

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

Sim

Não

11) Com que frequência?

Todos os dias eu medito a palavra de Deus.

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

Sim, dando verdadeira um minhas atitudes.

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

Sim

Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

a) Sim

Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?

a) Sim  Não

16) Você acredita que a depressão possa ser uma doença espiritual?  
a) Sim  Não

17) Você considera que a depressão seja uma doença que necessite de uma medicação?  
 Sim b) Não

18) Você toma ou tomaria algum medicamento antidepressivo, caso fosse diagnosticado com depressão?  
 Sim b) Não

19) O líder espiritual, orientador, no caso de um quadro depressivo, procura por um profissional da área?  
 Sim b) Não

20) Você acredita que depressão seja falta de fé ou de oração?  
a) Sim  Não

21) Você seguiria a orientação de um farmacêutico na utilização de um remédio antidepressivo?  
a) Sim  Não

22) Você seguiria a orientação de um farmacêutico para consultar um especialista, em caso de depressão?  
 Sim b) Não

23) Em alguma etapa de sua vida, já foi diagnosticado com depressão?  
a) Sim  Não

24) Se sim, tomou a medicação prescrita pelo médico, durante o período solicitado?  
a) Sim  Não

25) Atualmente sente-se depressivo?  
a) Sim  Não

26) Se sim, já procurou um médico especialista para diagnóstico?  
a) Sim  Não

27) Há algum outro aspecto da sua vida religiosa ou espiritual que gostaria de dividir?  
não.

28) Tem outra necessidade espiritual que gostaria que fosse abordada?  
não.

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO**

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas. Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim  
b) Não

1) Qual sua faixa etária:  
a) Entre 45 e 50 anos  
b) Entre 50 a 55 anos  
c) Entre 55 a 65 anos  
 Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?  
 Sim  
b) Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?  
 Religioso  
b) espiritualista  
c) pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?  
 Sim  
b) Não

5) Se sim, qual?  
 Católica  
b) Protestante  
c) Pentecostal  
d) Kardecista

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?  
 Sim  
b) Não

7) Você frequenta as reuniões?  
 Sim  
b) Não

8) De quais atividades participa?  
Musica

9) Com que frequência?  
Uma vez por semana

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?  
 Sim  
b) Não

11) Com que frequência?  
Todos os dias faz a meditação da palavra.

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

---

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?  
 Sim  
b) Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?  
a) Sim  
 Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?



### APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

1) Qual sua faixa etária:

Entre 45 e 50 anos

Entre 50 a 55 anos

Entre 55 a 65 anos

Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?

Sim

Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

Religioso

Espiritualista

Pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

Sim

Não

5) Se sim, qual?

Católica

Protestante

Pentecostal

Kardecista

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

Sim

Não

7) Você frequenta as reuniões?

Sim

Não

8) De quais atividades participa?

NUNCA

9) Com que frequência?

A cada dois meses

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

Sim

Não

11) Com que frequência?

Não tem hábito

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

Sim, em minhas atitudes, me somo com as pessoas.

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

Sim

Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

Sim

Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?



### APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

a) Sim

b) Não

1) Qual sua faixa etária:

a) Entre 45 e 50 anos

b) Entre 50 a 55 anos

Entre 55 a 65 anos

d) Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?

Sim

b) Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

Religioso

b) espiritualista

c) pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

Sim

b) Não

5) Se sim, qual?

Católica

b) Protestante

c) Pentecostal

d) Kardecista

e) Outra:

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

Sim

b) Não

7) Você frequenta as reuniões?

Sim

b) Não

8) De quais atividades participa?

Música aos Domingos

9) Com que frequência?

1 vez por semana

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

Sim

b) Não

11) Com que frequência?

faz parte do grupo do Terço dos Homens

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

Sim influencia em minhas decisões

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

a) Sim

Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

Sim

b) Não

15) Caso você freqüente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?

a) Sim  Não

16) Você acredita que a depressão possa ser uma doença espiritual?

a) Sim  Não

17) Você considera que a depressão seja uma doença que necessite de uma medicação?

Sim  Não

18) Você toma ou tomaria algum medicamento antidepressivo, caso fosse diagnosticado com depressão?

Sim  Não

19) O líder espiritual, orienta, no caso de um quadro depressivo, a procura por um profissional da área?

a) Sim  Não

20) Você acredita que depressão seja falta de fé ou de oração?

a) Sim  Não

21) Você seguiria a orientação de um farmacêutico na utilização de um remédio antidepressivo?

a) Sim  Não

22) Você seguiria a orientação de um farmacêutico para consultar um especialista, em caso de depressão?

Sim  Não

23) Em alguma etapa de sua vida, já foi diagnosticado com depressão?

a) Sim  Não

24) Se sim, tomou a medicação prescrita pelo médico, durante o período solicitado?

a) Sim  Não

25) Atualmente sente-se depressivo?

a) Sim  Não

26) Se sim, já procurou um médico especialista para diagnóstico?

a) Sim  Não

27) Há algum outro aspecto da sua vida religiosa ou espiritual que gostaria de dividir?

Não.

28) Tem outra necessidade espiritual que gostaria que fosse abordada?

Não.

### APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

1) Qual sua faixa etária:

a) Entre 45 e 50 anos

b) Entre 50 a 55 anos

Entre 55 a 65 anos

d) Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?

Sim

Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

Religioso

espiritualista

pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

Sim

Não

5) Se sim, qual?

Católica

b) Protestant

c) Pentecostal

d) Kardecista

c) Outra: \_\_\_\_\_

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

Sim

b) Não

7) Você frequenta as reuniões?

Sim

b) Não

8) De quais atividades participa?

leitura dos Salmos, missas aos domingos.

9) Com que frequência?

semanalmente.

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

Sim

b) Não

11) Com que frequência?

depois da oração do Jesus em casa.

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

sim, a espiritualidade influencia me auxiliando para ter boas ações.

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

Sim

b) Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

Sim

b) Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?



### APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

- a) Sim  
b) Não

1) Qual sua faixa etária:

- a) Entre 45 e 50 anos  
b) Entre 50 a 55 anos  
c) Entre 55 a 65 anos  
d) Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?

- a) Sim  
b) Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

- a) Religioso  
b) espiritualista  
c) pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

- a) Sim  
b) Não

5) Se sim, qual?

- a) Católica  
b) Protestante  
c) Pentecostal  
d) Kardecista

e) Outra: \_\_\_\_\_

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

- a) Sim  
b) Não

7) Você frequenta as reuniões?

- a) Sim  
b) Não

8) De quais atividades participa?

*Missa*

9) Com que frequência?

*todos domingos*

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

- a) Sim  
b) Não

11) Com que frequência?

*Todo dia*

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

*me faz mais feliz*

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

- a) Sim  
b) Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

- a) Sim  
b) Não

15) Caso você freqüente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?

a) Sim  b) Não

16) Você acredita que a depressão possa ser uma doença espiritual?  
a) Sim  b) Não

17) Você considera que a depressão seja uma doença que necessite de uma medicação?  
a) Sim  b) Não

18) Você toma ou tomaria algum medicamento antidepressivo, caso fosse diagnosticado com depressão?  
a) Sim  b) Não

19) O líder espiritual, orienta, no caso de um quadro depressivo, a procurá por um profissional da área?  
a) Sim  b) Não

20) Você acredita que depressão seja falta de fé ou de oração?  
a) Sim  b) Não

21) Você seguiria a orientação de um farmacêutico na utilização de um remédio antidepressivo?  
a) Sim  b) Não

22) Você seguiria a orientação de um farmacêutico para consultar um especialista, em caso de depressão?  
a) Sim  b) Não

23) Em alguma etapa de sua vida, já foi diagnosticado com depressão?  
a) Sim  b) Não

24) Se sim, tomou a medicação prescrita pelo médico, durante o período solicitado?  
a) Sim  b) Não

25) Atualmente sente-se depressivo?  
a) Sim  b) Não

26) Se sim, já procurou um médico especialista para diagnóstico?  
a) Sim  b) Não

27) Há algum outro aspecto da sua vida religiosa ou espiritual que gostaria de dividir?

---

---

---

28) Tem outra necessidade espiritual que gostaria que fosse abordada?

---

---

---

### APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mostrando em Clínicas das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

b) Não

1) Qual sua faixa etária:

a) Entre 45 e 50 anos

b) Entre 50 a 55 anos

Entre 55 a 65 anos

d) Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?

Sim

b) Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

Religioso

b) espiritualista

c) pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

Sim

b) Não

5) Se sim, qual?

Católica

b) Protestante

c) Pentecostal

d) Kardecista

e) Outra:

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

Sim

b) Não

7) Você frequenta as reuniões?

Sim

b) Não

8) De quais atividades participa?

*Missa*

9) Com que frequência?

*uma vez por semana*

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

Sim

b) Não

11) Com que frequência?

*todos os dias*

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

*Sim, sendo verdadeiramente um irmão.*

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

a) Sim

Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

a) Sim

Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?

Sim

b) Não

16) Você acredita que a depressão possa ser uma doença espiritual?

a) Sim

 Não

17) Você considera que a depressão seja uma doença que necessite de uma medicação?

 Sim

b) Não

18) Você toma ou tomaria algum medicamento antidepressivo, caso fosse diagnosticado com depressão?

 Sim

b) Não

19) O líder espiritual, orienta, no caso de um quadro depressivo, a procura por um profissional da área?

 Sim

b) Não

20) Você acredita que depressão seja falta de fé ou de oração?

a) Sim

 Não

21) Você seguiria a orientação de um farmacêutico na utilização de um remédio antidepressivo?

a) Sim

 Não

22) Você seguiria a orientação de um farmacêutico para consultar um especialista, em caso de depressão?

 Sim

b) Não

23) Em alguma etapa de sua vida, já foi diagnosticado com depressão?

a) Sim

 Não

24) Se sim, tomou a medicação prescrita pelo médico, durante o período solicitado?

a) Sim

 Não

25) Atualmente sente-se depressivo?

a) Sim

 Não

26) Se sim, já procurou um médico especialista para diagnóstico?

a) Sim

 Não

27) Há algum outro aspecto da sua vida religiosa ou espiritual que gostaria de dividir?

Não

28) Tem outra necessidade espiritual que gostaria que fosse abordada?

Não

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMESTRUTURADO**

Meu nome é Alexandre Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Como com sua colaboração?

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

a) Sim  
b) Não

1) Qual sua faixa etária:  
a) Entre 45 e 50 anos  
c) Entre 55 a 65 anos  
 Entre 50 a 55 anos  
d) Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?  
 Sim  
b) Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?  
 Religioso  
b) espiritualista  
c) pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?  
 Sim  
b) Não

5) Se sim, qual?  
 Católica  
b) Protestante  
c) Pentecostal  
d) Kardecista

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?  
 Sim  
b) Não

7) Você frequenta as reuniões?  
a) Sim  
 Não

8) De quais atividades participa?  
Não

9) Com que frequência?  
Não

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?  
 Sim  
b) Não

11) Com que frequência?  
Simultaneamente

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?  
Sim, simoa antes de agir, um res chama de agir de forma unida.

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?  
 Sim  
b) Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?  
a) Sim  
 Não

15) Caso você freqüente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?

a) Sim  Não

16) Você acredita que a depressão possa ser uma doença espiritual?  
a) Sim  Não

17) Você considera que a depressão seja uma doença que necessite de uma medicação?  
 Sim b) Não

18) Você toma ou tomaria algum medicamento antidepressivo, caso fosse diagnosticado com depressão?  
 Sim b) Não

19) O líder espiritual, orientador, no caso de um quadro depressivo, procura por um profissional da área?  
a) Sim  Não

20) Você acredita que depressão seja falta de fé ou de oração?  
a) Sim  Não

21) Você seguiria a orientação de um farmacêutico na utilização de um remédio antidepressivo?  
a) Sim  Não

22) Você seguiria a orientação de um farmacêutico para consultar um especialista, em caso de depressão?  
 Sim b) Não

23) Em alguma etapa de sua vida, já foi diagnosticado com depressão?  
 Sim b) Não

24) Se sim, tomou a medicação prescrita pelo médico, durante o período solicitado?  
a) Sim  Não

25) Atualmente sente-se depressivo?  
a) Sim  Não

26) Se sim, já procurou um médico especialista para diagnóstico?  
a) Sim  Não

27) Há algum outro aspecto da sua vida religiosa ou espiritual que gostaria de dividir?  
Não

28) Tem outra necessidade espiritual que gostaria que fosse abordada?  
Não

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO**

Meu nome é Alexandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim  
 Não

1) Qual sua faixa etária:  
 a) Entre 45 e 50 anos  
 c) Entre 55 a 65 anos  
 Entre 50 a 55 anos  
 d) Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?  
 Sim  
 Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?  
 a) Religioso  
 b) espiritualista  
 pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?  
 Sim  
 Não

5) Se sim, qual?  
 Católica  
 Protestante  
 Pentecostal  
 Kardecista  
 Outra: \_\_\_\_\_

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?  
 Sim  
 Não

7) Você frequenta as reuniões?  
 Sim  
 Não

8) De quais atividades participa?  
musica na igreja

9) Com que frequência?  
todos os domingos

10) Você faz praticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?  
 Sim  
 Não

11) Com que frequência?  
todos os dias

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?  
Sim, me ajuda a ser uma pessoa melhor.

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?  
 Sim  
 Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?  
 Sim  
 Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?

- a) Sim  Não
- 16) Você acredita que a depressão possa ser uma doença espiritual?  
a) Sim  Não
- 17) Você considera que a depressão seja uma doença que necessite de uma medicação?  
 Sim b) Não
- 18) Você toma ou tomaria algum medicamento antidepressivo, caso fosse diagnosticado com depressão?  
a) Sim  Não
- 19) O líder espiritual, orienta, no caso de um quadro depressivo, a procura por um profissional da área?  
 Sim b) Não
- 20) Você acredita que depressão seja falta de fé ou de oração?  
a) Sim  Não
- 21) Você seguiria a orientação de um farmacêutico na utilização de um remédio antidepressivo?  
a) Sim  Não
- 22) Você seguiria a orientação de um farmacêutico para consultar um especialista, em caso de depressão?  
 Sim b) Não
- 23) Em alguma etapa de sua vida, já foi diagnosticado com depressão?  
a) Sim  Não
- 24) Se sim, tomou a medicação prescrita pelo médico, durante o período solicitado?  
a) Sim  Não
- 25) Atualmente sente-se depressivo?  
 Sim b) Não
- 26) Se sim, já procurou um médico especialista para diagnóstico?  
a) Sim  Não
- 27) Há algum outro aspecto da sua vida religiosa ou espiritual que gostaria de dividir?  
  não
- 28) Tem outra necessidade espiritual que gostaria que fosse abordada?  
  não

## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

b) Não

1) Qual sua faixa etária:

a) Entre 45 e 50 anos

c) Entre 55 a 65 anos

b) Entre 50 a 55 anos

Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?

Sim

b) Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

a) Religioso

b) Espiritualista

Pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

Sim

b) Não

5) Se sim, qual?

Católica

b) Protestante

c) Pentecostal

d) Kardecista

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

Sim

b) Não

7) Você frequenta as reuniões?

Sim

b) Não

8) De quais atividades participa?

musica Domingo

9) Com que frequência?

1 vez por semana

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

Sim

b) Não

11) Com que frequência?

1 vez ao dia

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

Sim, ajuda minha fé.

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

a) Sim

Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

Sim

b) Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?

a) Sim  Não

16) Você acredita que a depressão possa ser uma doença espiritual?  
 Sim  Não

17) Você considera que a depressão seja uma doença que necessite de uma medicação?  
a) Sim  Não

18) Você toma ou tomaria algum medicamento antidepressivo, caso fosse diagnosticado com depressão?  
a) Sim  Não

19) O líder espiritual, orienta, no caso de um quadro depressivo, a procura por um profissional da área?  
 Sim  Não

20) Você acredita que depressão seja falta de fé ou de oração?  
 Sim  Não

21) Você seguiria a orientação de um farmacêutico na utilização de um remédio antidepressivo?  
 Sim  Não

22) Você seguiria a orientação de um farmacêutico para consultar um especialista, em caso de depressão?  
a) Sim  Não

23) Em alguma etapa de sua vida, já foi diagnosticado com depressão?  
a) Sim  Não

24) Se sim, tomou a medicação prescrita pelo médico, durante o período solicitado?  
a) Sim  Não

25) Atualmente sente-se depressivo?  
 Sim  Não

26) Se sim, já procurou um médico especialista para diagnóstico?  
 Sim  Não

27) Há algum outro aspecto da sua vida religiosa ou espiritual que gostaria de dividir?  
nao.

---

28) Tem outra necessidade espiritual que gostaria que fosse abordada?  
nao.

---

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas. Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

a) Sim

b) Não

1) Qual sua faixa etária:

a) Entre 45 e 50 anos

c) Entre 55 a 65 anos

b) Entre 50 a 55 anos

Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?

Sim

b) Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

Religioso

b) espiritualista

c) pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

Sim

b) Não

5) Se sim, qual?

Católica.

b) Protestante

c) Pentecostal

d) Kardecista

e) Outra: \_\_\_\_\_

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

Sim

b) Não

7) Você frequenta as reuniões?

Sim

b) Não

8) De quais atividades participa?

Missa, Comunhão

9) Com que frequência?

Semanal

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

a) Sim

Não

11) Com que frequência?

Nenhuma

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

Sim, porém Deus ninguém é nada.

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

a) Sim

Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

a) Sim

Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?



### APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

1) Qual sua faixa etária:

a) Entre 45 e 50 anos

b) Entre 50 a 55 anos

c) Entre 55 a 65 anos

d) Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?

Sim

Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

a) Religioso

b) Espiritualista

Pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

Sim

Não

5) Se sim, qual?

Católica

b) Protestante

c) Pentecostal

d) Kardecista

e) Outra: \_\_\_\_\_

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

Sim

Não

7) Você frequenta as reuniões?

Sim

Não

8) De quais atividades participa?

Musica

9) Com que frequência?

Uma vez por semana

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

Sim

Não

11) Com que frequência?

Todas as dias

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

Sim, me ajuda a lidar com a coisa

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

Sim

Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

Sim

Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?



**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO**

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência de religiões no tratamento medicamentoso da Depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Como está sua religião?

1) Você aceita participar da pesquisa e aceitar o uso dos dados?

a) Sim  
b) Não

2) Qual sua faixa etária

a) Entre 17 e 30 anos  
b) Entre 30 e 55 anos  
c) Entre 35 e 45 anos  
d) Mais de 65 anos

3) A religião é importante em sua vida?

Sim  
b) Não

4) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

a) Religioso  
b) Espiritualista  
c) Pessoa de fé

5) Você se considera adepto de alguma religião?

Sim  
b) Não

6) Se sim, qual?

a) Católica  
b) Protestante  
c) Pentecostal  
d) Kardecista  
e) Outra

7) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

Sim  
b) Não

8) Você frequenta as reuniões?

Sim  
b) Não

9) De quais atividades participa?

Curso

10) Com que frequência?

15 a 15 vezes

11) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

a) Sim  
b) Não

12) Com que frequência?

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

Sim  
b) Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

a) Sim  
b) Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?

a) Sim

 Não

16) Você acredita que a depressão possa ser uma doença espiritual?

a) Sim

 Não

17) Você considera que a depressão seja uma doença que necessite de uma medicação?

 Sim

b) Não

18) Você toma ou tomaria algum medicamento antidepressivo, caso fosse diagnosticado com depressão?

 Sim

b) Não

19) O líder espiritual, orienta, no caso de um quadro depressivo, a procura por um profissional da área?

a) Sim

 Não

20) Você acredita que depressão seja falta de fé ou de oração?

a) Sim

 Não

21) Você seguiria a orientação de um farmacêutico na utilização de um remédio antidepressivo?

a) Sim

 Não

22) Você seguiria a orientação de um farmacêutico para consultar um especialista, em caso de depressão?

 Sim

b) Não

23) Em alguma etapa de sua vida, já foi diagnosticado com depressão?

 Sim

b) Não

24) Se sim, tomou a medicação prescrita pelo médico, durante o período solicitado?

 Sim

b) Não

25) Atualmente sente-se depressivo?

a) Sim

 Não

26) Se sim, já procurou um médico especialista para diagnóstico?

a) Sim

 Não

27) Há algum outro aspecto da sua vida religiosa ou espiritual que gostaria de dividir?

nao

28) Tem outra necessidade espiritual que gostaria que fosse abordada?

nao

### APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

b) Não

1) Qual sua faixa etária:

a) Entre 45 e 50 anos

b) Entre 50 a 55 anos

c) Entre 55 a 65 anos

d) Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?

Sim

b) Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

a) Religioso

b) Espiritualista

c) Pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

a) Sim

b) Não

5) Se sim, qual?

a) Católica

b) Protestante

c) Pentecostal

d) Kardecista

e) Outra: \_\_\_\_\_

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

a) Sim

b) Não

7) Você frequenta as reuniões?

a) Sim

b) Não

8) De quais atividades participa?

Não

9) Com que frequência?

Não

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

a) Sim

b) Não

11) Com que frequência?

Nunca

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

Sim, sem poder conseguir ter bons atos

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

Sim

b) Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

Sim

b) Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?

- a) Sim  Não
- 16) Você acredita que a depressão possa ser uma doença espiritual?  
a) Sim  Não
- 17) Você considera que a depressão seja uma doença que necessite de uma medicação?  
 Sim b) Não
- 18) Você toma ou tomaria algum medicamento antidepressivo, caso fosse diagnosticado com depressão?  
a) Sim  Não
- 19) O líder espiritual, orientador, no caso de um quadro depressivo, procura por um profissional da área?  
a) Sim  Não
- 20) Você acredita que depressão seja falta de fé ou de oração?  
a) Sim  Não
- 21) Você seguiria a orientação de um farmacêutico na utilização de um remédio antidepressivo?  
 Sim b) Não
- 22) Você seguiria a orientação de um farmacêutico para consultar um especialista, em caso de depressão?  
 Sim b) Não
- 23) Em alguma etapa de sua vida, já foi diagnosticado com depressão?  
a) Sim  Não
- 24) Se sim, tomou a medicação prescrita pelo médico, durante o período solicitado?  
a) Sim  Não
- 25) Atualmente sente-se depressivo?  
a) Sim  Não
- 26) Se sim, já procurou um médico especialista para diagnóstico?  
a) Sim  Não
- 27) Há algum outro aspecto da sua vida religiosa ou espiritual que gostaria de dividir?  
Não.
- 28) Tem outra necessidade espiritual que gostaria que fosse abordada?  
Não.

### APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

b) Não

1) Qual sua faixa etária:

a) Entre 45 e 50 anos

b) Entre 50 a 55 anos

Entre 55 a 65 anos

d) Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?

Sim

b) Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

a) Religioso

b) espiritualista

pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

Sim

b) Não

5) Se sim, qual?

a) Católica

b) Protestante

Pentecostal

d) Kardecista

e) Outra: \_\_\_\_\_

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

Sim

b) Não

7) Você frequenta as reuniões?

Sim

b) Não

8) De quais atividades participa?

Cultos

9) Com que frequência?

3 cultos por semana; Domingo, Quarta, Sexta

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

Sim

b) Não

11) Com que frequência?

ouço hino, prática da liturgia da Bíblia

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

A religião tem influência sim, buscando me apartar de tudo da vida mas não.

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

Sim

b) Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

Sim

b) Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?



## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?

Sim

Não

1) Qual sua faixa etária:

a) Entre 45 e 50 anos

b) Entre 50 a 55 anos

Entre 55 a 65 anos

d) Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?

Sim

Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?

a) Religioso

Espiritualista

c) pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?

Sim

Não

5) Se sim, qual?

a) Católica

Protestante

c) Pentecostal

d) Kardecista

e) Outra: \_\_\_\_\_

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?

Sim

Não

7) Você frequenta as reuniões?

Sim

Não

8) De quais atividades participa?

*Escola dominical, culto, reuniões*

9) Com que frequência?

*Uma vez por semana, por causa da pandemia*

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ou programas religiosos ou escuta músicas?

Sim

Não

11) Com que frequência?

*todos os dias*

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

*Sim, influencia contribuindo com a paciência*

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

Sim

Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

a) Sim

Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?

Sim  Não

(6) Você acredita que a depressão possa ser uma doença espiritual?  
 a) Sim  Não

(7) Você considera que a depressão seja uma doença que necessite de uma medicação?  
 Sim  Não

(8) Você toma ou tomaria algum medicamento antidepressivo, caso fosse diagnosticado com depressão?  
 Sim  Não

(9) O líder espiritual, orienta, no caso de um quadro depressivo, a procura por um profissional da área?  
 Sim  Não

(20) Você acredita que depressão seja falta de fé ou de oração?  
 a) Sim  Não

(21) Você seguiria a orientação de um farmacêutico na utilização de um remédio antidepressivo?  
 a) Sim  Não

(22) Você seguiria a orientação de um farmacêutico para consultar um especialista, em caso de depressão?  
 Sim  Não

(23) Em alguma etapa de sua vida, já foi diagnosticado com depressão?  
 Sim  Não

(24) Se sim, tomou a medicação prescrita pelo médico, durante o período solicitado?  
 Sim  Não

(25) Atualmente sente-se depressivo?  
 Sim  Não

(26) Se sim, já procurou um médico especialista para diagnóstico?  
 Sim  Não

(27) Há algum outro aspecto da sua vida religiosa ou espiritual que gostaria de dividir?  
 Sim, a oportunidade para falar.

(28) Tem outra necessidade espiritual que gostaria que fosse abordada?  
 Não.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Meu nome é Alessandro Moreira Dias, mestrando em Ciências das Religiões, estou realizando este trabalho com o objetivo de analisar a influência da religião no tratamento medicamentoso da depressão no grupo de terceira idade da cidade de Santa Rita de Minas.

Conto com sua colaboração!

Você aceita participar da pesquisa e autoriza o uso dos dados?  
 Sim  
 Não

1) Qual sua faixa etária:  
 a) Entre 45 e 50 anos  
 b) Entre 50 a 55 anos  
 c) Entre 55 a 65 anos  
 Mais de 65 anos

2) A religião é importante em sua vida?  
 Sim  
 Não

3) Você é religioso, espiritualista, ou uma pessoa de fé?  
 Religioso  
 espiritualista  
 pessoa de fé

4) Você se considera adepto de alguma religião?  
 Sim  
 Não

5) Se sim, qual?  
 Católica  
 Protestante  
 Pentecostal  
 Kardecista  
 Outra:

6) Você faz parte de uma comunidade religiosa?  
 Sim  
 Não

7) Você frequenta as reuniões?  
 Sim  
 Não

8) De quais atividades participa?

*Musical*

9) Com que frequência?

*Dois domingos*

10) Você faz práticas individuais como prece, meditação, lê textos religiosos, ouve programas religiosos ou escuta músicas?

Sim  
 Não

11) Com que frequência?

*Semanal*

12) A religião ou a espiritualidade influencia a maneira com que você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como?

*Faz parte. Sendo sabedoria em minhas ações*

13) Você toma medicamentos sem prescrição médica?

Sim  
 Não

14) Você confia, apenas na prescrição de um farmacêutico para ingerir medicamentos?

Sim  
 Não

15) Caso você frequente alguma igreja, existe alguma orientação na mesma sobre o tratamento da depressão?

