

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

FABIANA DUARTE XAVIER



RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE EM INTERFACE NA HUMANIZAÇÃO:  
ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM AO PACIENTE DEPRESSIVO

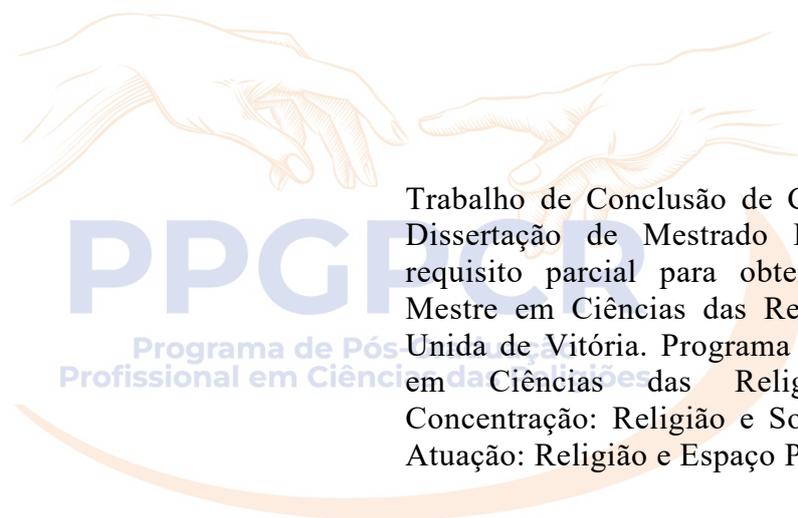
Certificado pelo Programa de Pós-Graduação Profissional da Faculdade Unida de Vitória – 17/09/2024.

VITÓRIA-ES

2024

FABIANA DUARTE XAVIER

RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE EM INTERFACE NA HUMANIZAÇÃO:  
ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM AO PACIENTE DEPRESSIVO



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: Francisco de Assis Souza dos Santos.

VITÓRIA-ES

2024

Xavier, Fabiana Duarte

Religiosidade / espiritualidade em interface na humanização /  
Assistência da Enfermagem ao paciente depressivo Fabiana Duarte  
Xavier. -- Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2024.

x, 104 f. ; 31 cm.

Orientador: Francisco de Assis Souza dos Santos

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2024.

Referências bibliográficas: f. 95-104

1. Ciência da religião. 2. Religião e espaço público. 3. Depressão.  
4. Enfermeiro e assistência. 5. Qualidade de vida. 6. Religiosidade e  
espiritualidade. 7. Tratamento de paciente depressivo. - Tese. I. Fabiana  
Duarte Xavier. II. Faculdade Unida de Vitória, 2024. III. Título.

FABIANA DUARTE XAVIER

RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE EM INTERFACE NA HUMANIZAÇÃO:  
ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM AO PACIENTE DEPRESSIVO



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

Data: 17 set. 2024.

Francisco de Assis Souza dos Santos, Doutor em Teologia UNIDA (presidente).

Nathalia Ferreira de Sousa Martins, Doutora em Ciência da Religião, UNIDA.

Lúcia Damasceno de Aguiar Brotto, Doutora em Enfermagem, UFES.



Dedico este trabalho à minha mãe, Arinda Duarte Xavier, que me deu as primeiras lições de vida, sem as quais não seria quem sou.

## AGRADECIMENTO

Agradeço

A Deus, em primeiríssimo lugar, por ter me dado de chegar até aqui apresentando esta dissertação de mestrado.

Ao meu orientador Professor Doutor Francisco de Assis Souza Santos pelas inúmeras revisões deste trabalho corrigindo meus lapsos sempre com paciência e respeito.

À Faculdade Unida de Vitória e a seu competente corpo docente, que nos passou despretensiosamente muito de seus conhecimentos.

À Banca Examinadora, com sua leitura criteriosa e enriquecedora deste texto.

Os editais das agências de fomento fornecem os dados para essa redação.

A todos que contribuíram academicamente para a realização desta pesquisa.





“As Ciências da Religião são um farol de sabedoria que revela as conexões profundas entre as religiões, abrindo sua mente para uma compreensão global e inclusiva da fé.”

Moises da Vitória Ribeiro.

## RESUMO

Em 2021, a Organização Mundial da Saúde considerou a depressão como o Mal do Século, não só pelos milhões de pessoas afetadas por ela, mas por contribuir de modo contundente para uma carga global de doenças que pode levar o doente ao suicídio. Vinculada a tal situação, foi traçada a seguinte questão-problema da pesquisa: na relação assistente/assistido no cotidiano da enfermagem, de que forma a religiosidade/espiritualidade pode influenciar positivamente no tocante a paciente depressivo? Inere-se que a proximidade que o enfermeiro tem no cuidado com o paciente o oportuniza a sintonizar-se com este por meio da religiosidade/espiritualidade com vista a lhe favorecer um bem-estar consigo próprio e uma melhor relação com o enfrentamento da doença. Teóricos como Harold G. Koenig (2001), Orlando Coser (2003) e Antonio Maspoli Araujo Gomes (2011) são alguns dentre muitas outras fontes de embasamento acadêmico-científica desta investigação cujo objetivo é elucidar o efeito da religiosidade/espiritualidade como componente de humanização na assistência do enfermeiro durante o tratamento do paciente depressivo. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva; e no que concerne à abordagem do problema, classifica-se como qualitativa. O texto de desenvolvimento da dissertação se compõe de três partes suficientes para atingir o objetivo proposto. A primeira aborda a questão da depressão, a segunda se volta à fé, espiritualidade e religiosidade e a terceira se atém à atuação do enfermeiro no trato com o paciente depressivo envolvendo fé/espiritualidade/religiosidade e a uma proposta/sugestão de capacitação do enfermeiro. A literatura mais recente vem mostrando que o tratamento humanizado tem despertado muito interesse de pesquisadores da área da saúde. Recorrente também tem sido o acatamento da religiosidade, bem como da espiritualidade, junto a tratamento de diversas doenças, especialmente em se tratando de depressão; entretanto muitos profissionais da enfermagem ainda não estão capacitados para tal empenho.

Programa de Pós-Graduação  
Profissional em Ciências das Religiões

Palavras-chave: Depressão. Enfermeiro. Qualidade de vida. Tratamento.

## ABSTRACT

*In 2021, the World Health Organization considered depression as the Disease of the Century, not only because of the millions of people affected by it, but because it strongly contributes to a global burden of disease that can lead the patient to suicide. Linked to this situation, the following question-problem of the research was outlined: in the assistant/assisted relationship, in the daily routine of nursing, how can religiosity/spirituality positively influence the depressive patient? It is inferred that the proximity that nurses have in caring for the patient gives them the opportunity to be in tune with the patient through religiosity/spirituality, with a view to favoring their well-being with themselves and a better relationship with coping with the disease. Theorists such as Harold G. Koenig (2001), Orlando Coser (2003) e Antonio Maspoli Araujo Gomes (2011) are some among many other sources of academic-scientific basis for this investigation whose objective is to elucidate the effect of religiosity/spirituality as a component of humanization. The objective of this study is to elucidate the effect of religiosity as a component of humanization in the care of nurses during the treatment of depressed patients. This is exploratory-descriptive research; and regarding the approach to the problem, it is classified as qualitative. The dissertation development text is composed of three parts sufficient to achieve the proposed objective. The first one addresses the question of depression, the second one turns to faith, spirituality and religiosity and the third one is treated by the nurse who does not treat the depressive patient involving faith/spirituality/religiosity and a proposal/suggestion of nursing training. The literature more recently has been showing that the humanized treatment has awakened a lot of interest from researchers in the health area. Also on the way to religiosity, as well as spirituality, together with the treatment of various diseases, especially in the case of depression; meanwhile, many nursing professionals are still not qualified for such an endeavor.*

**Keywords:** *Depression. Nurse. Quality of life. Treatment.*

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Primeiro encontro .....	81
Quadro 2 – Segundo encontro .....	83
Quadro 3 – Terceiro encontro.....	85
Quadro 4 – Quarto encontro .....	87
Quadro 5 – Quinto encontro .....	89



## SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS .....	10
INTRODUÇÃO.....	11
1 DEPRESSÃO .....	17
1.1 Surgimento do termo depressão, definição e seu entendimento como transtorno.....	17
1.2 Sintomas, diagnóstico e causas do transtorno depressivo .....	25
1.3 Tratamento de paciente depressivo.....	35
2 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE .....	41
2.1 Interferências religiosas/espirituais na qualidade de vida do indivíduo .....	43
2.2 Situação de adoecimento e sua relação com a religiosidade/espiritualidade.....	49
2.3 Intervenções religiosas/espirituais como aliadas (benéficas ou conflitantes) no tratamento de depressão.....	53
3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE DEPRESSIVO .....	61
3.1 A importância do cuidado humanizado do enfermeiro na assistência clínica.....	61
3.2 Assistência humanizada da enfermagem ao paciente depressivo.....	69
3.3 Proposta para o enfermeiro inserir fé, espiritualidade e religiosidade aliadas no tratamento da depressão.....	77
3.3.1 Primeiro encontro – criação do perfil do enfermeiro .....	80
3.3.2 Segundo encontro: atendimento ao paciente depressivo .....	82
3.3.3 Terceiro encontro: presença da religiosidade/espiritualidade na vida das pessoas .....	83
3.3.4 Quarto encontro: prática da religiosidade/espiritualidade e fé do enfermeiro na assistência ao paciente depressivo .....	85
3.3.5 Quinto encontro: modos de superar dificuldades na prática da fé, espiritualidade e religiosidade no cuidado biopsicossocialespiritual ao paciente depressivo .....	88
CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS .....	95

## INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, 95% dos brasileiros declararam ter uma religião. Destes, 83% enfatizaram a importância dela na sua vida e 70% se declararam católicos. Independente da religião, os dados sugerem uma relação positiva da religiosidade com o processo de condução da vida do indivíduo e como ela é benéfica no enfrentamento das adversidades<sup>1</sup>.

Uma das adversidades que encontra alento na religiosidade, ou na espiritualidade, é o adoecimento do indivíduo, pois, muitas vezes, ela possibilita um universo de esperança no processo de tratamento da doença. E quando a religiosidade/espiritualidade é sintonizada entre doente e enfermeiro, o seu poder de aliviar a dor e restaurar o bem-estar é ainda maior. O enfermeiro tem aí um protagonismo especial, uma vez que é seu papel de cuidar do paciente e lhe prestar assistência por 24 horas por dia; é ele uma ponte entre o assistido e a medicina. Além disso, o profissional enfermeiro (ou a equipe de enfermagem) também presta assistência a toda a família do paciente, enfrentando adversidades e intercorrências instauradas nesse decurso. Nesse sentido, a religiosidade/espiritualidade em sintonia com familiares pode ser uma forma de amenizar a situação de embarço<sup>2</sup>.

Os primeiros hospitais no Ocidente foram obras de organizações religiosas na era medieval. No Brasil, A Misericórdia foi uma irmandade fundada pela Rainha Leonor (1458-1525) irmã de D. Manuel (1469-1521) dedicada à Virgem da Misericórdia que teve boa aceitação em Portugal e expandiu-se para as Províncias de Portugal. No Brasil, as primeiras foram criadas, segundo Franco, em Santos/SP (1543), Olinda/PE (1539-1545), Vitória/ES (1545), Bahia (1549), São Paulo (1560), Ilhéus (1564). Em meados do século XX, foram criadas as Santas Casas. Como os hospitais anteriores, eram mantidas pela Igreja, para assistência pública de saúde a quem não podia pagar tratamento. Com o tempo, entretanto, houve, um afastamento entre saúde e religião, sendo esta, no dizer de Freud, “uma neurose obsessiva e universal”, um retorno do adulto ao mundo infantil<sup>3</sup>. Criou-se, assim, um imaginário coletivo de que o ser humano evoluído deveria crer na ciência, pois a

<sup>1</sup> TAUNAY, Tauily Claussen D.'Escragnolle; FRANCISCO de Assis Aquino; MACÊDO, Daniele Silveira; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; GURGEL, Luciana de Araújo; ANDRADE, Loraine Maria Silva; CARVALHO, André Ferrer. Validity of the Brazilian version of the Duke Religious Index (Durel). *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 39, n. 4, p. 130-135. Fortaleza-CE, 2012 p. 130.

<sup>2</sup> MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PINSKY, Ilana; ZALESKI, Marcos; LARANJEIRA, Ronaldo. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 37, n. 1, p. 12-15, Juiz de Fora-MG, 2010, p. 18.

<sup>3</sup> ZILLES, Urbano. *Filosofia da Religião*. 8. ed. São Paulo: Paulus, 2010, p. 144-145.

religiosidade era um atributo do ser humano primitivo. Entretanto, os novos tempos vêm rebatendo esse modo de pensar freudiano, principalmente com os estudos na área da Neuroteologia – a qual busca uma integração entre conhecimento científico e prática religiosa. Os estudos nessa esfera vêm confirmando aspectos positivos dessa prática e seu impacto na saúde do sujeito, contribuindo para o seu bem-estar<sup>4</sup>.

Com essa nova mudança de paradigma científico em situação de adoecimento, crê-se na contribuição da religiosidade/espiritualidade para melhor ajustamento do doente com a realidade enfrentada, em especial em doenças terminais, porém é imprescindível haver aí uma interligação harmônica com a ciência médica. Em se tratando de depressão, por exemplo, o suporte dado pelo enfermeiro, por uma equipe multidisciplinar e o apoio de familiares e amigos formam uma rede fundamental para a recuperação da saúde. Estudos vêm mostrando que pacientes com câncer têm tendência maior a desenvolverem transtornos mentais, como ansiedade e principalmente a depressão<sup>5</sup>.

Posto isso, toma-se como objeto deste trabalho o efeito da religiosidade/espiritualidade agregado ao tratamento do paciente depressivo. Na prática, pesquisas também têm demonstrado que o exercício da espiritualidade pode ser considerado como um importante instrumento de humanização e apoio para promover a melhoria geral da saúde dos indivíduos enfermos. Por certo, enfatiza-se a importância de se cuidar do aspecto biológico e se utilizar a medicação indicada. O que se rejeita é o paradigma cartesiano, que subestima o subjetivismo, considerando tão somente o que é palpável e quantificável, pois, em momentos de dor e de sofrimento, a valorização da religiosidade e/ou espiritualidade pode ser extremamente transformadora, conduzindo o doente e seus familiares a renovarem o ânimo e a buscar novas formas de enfrentamento da realidade que estejam vivenciando.

De acordo com Guimarães e Avezum<sup>6</sup>, a influência da religiosidade e/ou espiritualidade tem demonstrado potencial impacto positivo e satisfatório sob a recuperação do paciente. É, então, importante enfatizar que existe a possibilidade de proporcionar esse tipo de auxílio ao paciente pelo profissional enfermeiro, incluindo na rotina de cuidados a prática da interação com a religiosidade e/ou espiritualidade. Nesse sentido, esta pesquisa procura respostas para a seguinte questão-problema: na relação assistente/assistido no

<sup>4</sup> ARTEN, Thayná Laís de Souza. Neuroteologia: uma Relação Entre as Ciências e as Religiões. *Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas*, v. 23, n. 5, p. 703-706, 2022, p. 703

<sup>5</sup> SALVETTI, Marina de Góes; MACHADO, Caroline Silva Pereira; DONATO, Suzana Cristina Teixeira; SILVA, Adriana Marques da. Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 2, São Paulo-SP, 2020, p. 2.

<sup>6</sup> GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 34, p. 88-94, 200, p. 89.

cotidiano da enfermagem, de que forma a religiosidade/espiritualidade pode influenciar positivamente no tocante a paciente depressivo?

Implícitos a essa questão-problema há alguns questionamentos que se busca responder ao longo do desenvolvimento deste trabalho, tais como: em que sentido os profissionais da atenção básica à saúde (mais especificamente os enfermeiros) compreendem a religiosidade/espiritualidade e a relacionam com a humanização para o atendimento de pacientes depressivos? Como são os cuidados frente às demandas de necessidades espirituais dos pacientes com diagnóstico de depressão, levando em conta o contexto histórico-espiritual dos grupos étnicos? Que benefícios a religiosidade/espiritualidade pode trazer para o paciente depressivo? E como se dá essa interface com o tratamento?

Infere-se que a proximidade que o enfermeiro tem no cuidado com o paciente o oportuniza a sintonizar-se com este por meio da religiosidade/espiritualidade com vista a lhe favorecer um bem-estar consigo próprio e uma melhor relação com o enfrentamento da doença. A propósito, o trabalho com a saúde, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), orienta que se deve considerar o indivíduo em sua essência, como um ser que tem necessidades que precisam ser percebidas e cuidadas. A ação educativa favorece essa dimensão sutil intermediada pela espiritualidade, pois é desenvolvida com base em princípios que envolvem o fortalecimento de vínculos, a relação dialogada, a escuta sensível, a solidariedade, a afetividade, a valorização da dignidade humana, entre outros.

Embora, porém, o desenvolvimento de pesquisas que envolve esse tema tenha avançado, principalmente nas últimas décadas, há ainda uma deficiência na consolidação de uma revisão abrangente da literatura, em português, que seja acessível a pesquisadores e clínicos. Essa relação entre saúde e religiosidade/espiritualidade torna-se um campo de estudo promissor, e ao mesmo tempo desafiador<sup>7</sup>. Além, pois, da evolução clínica e da qualidade de vida, a prática da religiosidade/espiritualidade pode abreviar o tempo de internação e do uso de medicação, diminuindo assim o custo do tratamento do paciente e do sistema de saúde.

Acredita-se que existam pelo menos quatro razões que auxiliam na explicação da associação entre religião e saúde, uma vez que as crenças e práticas religiosas:

- a) proveem uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências;
- b) podem evocar emoções positivas;

---

<sup>7</sup> MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Arquivos de Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, v. 34, p. 3-4, 2007, p. 3-4.

- c) seus rituais facilitam/santificam as maiores transições de vida;
- d) podem atuar como agentes de controle social, dando direcionamento/estrutura para tipos de comportamentos socialmente aceitáveis<sup>8</sup>.

Nesse sentido, desenvolver este estudo se justifica. Ademais, o fato de a autora deste trabalho exercer o papel de enfermeira e de professora no curso de graduação em Enfermagem, concorre para potencializar o próprio trabalho como para passar experiências aos graduandos em suas aulas. Crê-se, ainda, que a realização desta pesquisa além desta justificativa social, apresenta justificativa acadêmico-científica, pelas seguintes alegações:

- a) evidencia a valorização da religiosidade e/ou espiritualidade como o dispositivo utilizado na humanização da assistência do enfermeiro ao paciente;
- b) leva o enfermeiro (potencial leitor deste trabalho) a um repensar da prática cotidiana dos profissionais de enfermagem com os pacientes e seus familiares, visto que reflete sobre aspectos relacionados à subjetividade humana no processo de adoecimento e de cura;
- c) pode contribuir com as discussões acerca desta temática no âmbito acadêmico, visando suscitar o desenvolvimento de novos trabalhos e projetos voltados para o aperfeiçoamento do profissional enfermeiro;
- d) assim informado, o enfermeiro tem maiores chances de desenvolver um trabalho mais humanizado no seu trabalho cotidiano, colaborando para a otimização do tratamento do paciente com menos tempo em ambiente hospitalar, menos droga em seu organismo e, conseqüentemente, para o sistema de saúde pública, menos ônus.

Sublinha-se a importância de se procurar sempre expandir a assistência humanizada; ela poderá surtir efeito mais positivo ainda em pacientes com depressão – um transtorno que vem atingindo “crianças, adolescentes, idosos, pacientes ambulatoriais, internados em clínicas psiquiátricas ou mesmo em internações”<sup>9</sup>.

Por razões como essas e outras a elas vinculadas, crê-se na relevância da realização deste estudo cujo objetivo geral é elucidar o efeito da religiosidade/espiritualidade como componente de humanização na assistência do enfermeiro durante o tratamento do paciente depressivo, a partir de revisões ao aporte teórico pertinente a fim de que se proponham práticas para enfermeiros voltadas a aumentar a qualidade do cuidado religioso/espiritual

<sup>8</sup> KOENIG, Harold G. Religião e medicina III: Desenvolvendo um modelo teórico. *O Jornal Internacional de Psiquiatria em Medicina*, v. 2, n. 31, p. 199-216, 2001, p. 207-208.

<sup>9</sup> COSER, Orlando. *Depressão: clínica, crítica e ética* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

de pacientes com depressão. Para contemplar esse objetivo, foram traçados estes três objetivos específicos:

- a) elucidar questões pertinentes (sinais e sintomas, tratamento e outras) à depressão para um melhor entendimento do transtorno;
- b) identificar de que modo a religiosidade tomada como prática da espiritualidade atua na saúde do indivíduo;
- c) descrever o papel do enfermeiro no trato com o doente depressivo.

A metodologia aplicada para alcançar os propósitos desta investigação é classificada como pesquisa exploratório-descritiva adotando-se como procedimento técnico a pesquisa bibliográfica, pois se desenvolve efetuando-se levantamento bibliográfico de abordagem qualitativa. É exploratória por ser a fase de aprimoração do conhecimento do tema, “uma visão panorâmica, uma primeira aproximação a um determinado fenômeno que é pouco explorado. Esse tipo de pesquisa também é denominado ‘pesquisa de base’, pois oferece dados elementares que dão suporte para a realização de estudos mais aprofundados sobre o tema”<sup>10</sup>; é descritiva na medida em que se descreve determinado fenômeno e, “nesse caso, a pesquisa não está interessada no porquê, nas fontes do fenômeno; preocupa-se em apresentar suas características”<sup>11</sup>; é pesquisa bibliográfica, uma vez que se restringe à utilização de “fontes textuais, dos mais diversos gêneros”<sup>12</sup> e, no caso em apreço, faz-se uso de trabalhos mais atualizados (dez anos de publicação), sem contudo se desprezar os teóricos clássicos que tanto contribuíram/contribuem para o avanço do conhecimento; é qualitativa enquanto analisa hermeneuticamente os dados coletados e, assim, “a interpretação do pesquisador apresenta uma importância fundamental”<sup>13</sup>. Por último, traz-se à baila uma relação de propostas de maior participação do enfermeiro no contexto do paciente depressivo sendo elas voltadas à religiosidade e/ou espiritualidade com o fito de lhe levar alento a seu sofrimento e esperança de superação.

Enfim, vale mencionar que o desenvolvimento da pesquisa se estrutura em três partes, de modo a alcançar cada um dos objetivos específicos e se chegar ao objetivo geral além de trazer luz à questão-problema e demais questionamentos a ela subjacentes. Sendo assim, na primeira parte, a depressão é o tópico que se desenvolve tomando como pilares teóricos autores como Harold G. Koenig (2001), Antonio Maspoli Araujo Gomes (2011) e

<sup>10</sup> GONSALVES, Elisa Pereira. *Iniciação à pesquisa científica*. 3. ed. Campinas: Alínea, 2003, p. 65.

<sup>11</sup> GONSALVES, 2003, p. 65.

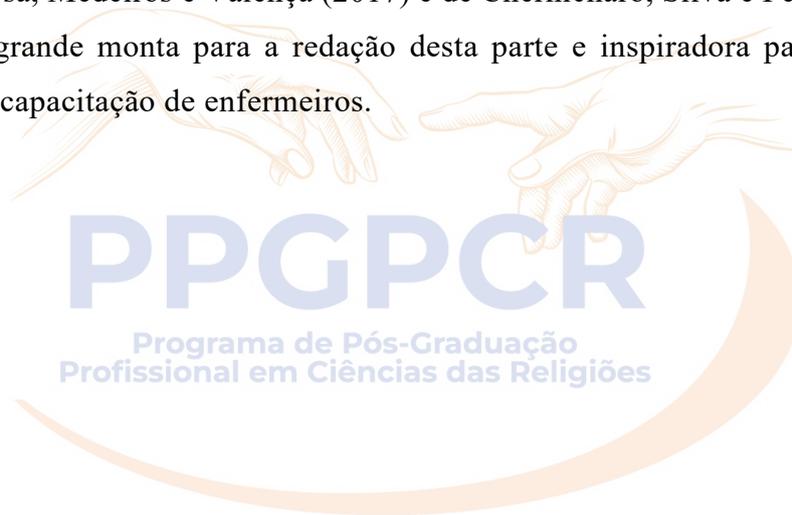
<sup>12</sup> GONSALVES, 2003, p. 36.

<sup>13</sup> GONSALVES, 2003, p. 29.

o grupo de autores Sueli Rufino; Ricardo Silveira Leite; Larissa Freschi; Vanessa Kitizo Venturelli; Elizabeth Siqueira de Oliveira; Diogo Antonio Morato Mastrorocco Filho, com a obra *Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão* (2018).

Em seguida, o conteúdo religiosidade/espiritualidade (principalmente quando se trata de adoecimento) tem sua fundamentação especialmente em autores como Raquel Gehrke Panzini, Neusa Sicca da Rocha, Denise Ruschel Bandeira e Marcelo Pio de Almeida Fleck (2007), Maria Leia Kratsch (2020) e Cândida Pinto e José Luís Pais-Ribeiro (2007).

Por fim, a discussão é centrada no papel do enfermeiro, com propostas exequíveis no seu cotidiano, evidenciando-se aí a importância do estabelecimento de uma interface entre religiosidade/espiritualidade e humanização no tratamento de paciente depressivo. Para tanto, os textos de José de Ribamar Medeiros Lima Jr. (2021), de Santos, Azevedo, Silva, Barbosa, Medeiros e Valença (2017) e de Chernicharo, Silva e Ferreira (2014) foram leituras de grande monta para a redação desta parte e inspiradora para a elaboração da proposta de capacitação de enfermeiros.



## 1 DEPRESSÃO

A depressão – patologia que pode se limitar a apenas um episódio, sendo, porém, mais corrente o episódio se manifestar outras vezes – é abordada neste capítulo a fim de se perfazer o primeiro objetivo desta dissertação, qual seja: *elucidar questões pertinentes (sinais e sintomas, tratamento e outras) à depressão para um melhor entendimento do transtorno*. Para tanto, em 1.1, faz-se um percurso na linha histórica desde as primeiras menções sobre a doença, na antiguidade, depois concepções sobre ela na Idade Média, no Renascimento, no Iluminismo, nos séculos XIX e XX até este novo milênio, apontando-lhe as transformações de definição, entendimento desse transtorno e os estigmas em torno dele ao longo do tempo.

Na sequência, a discussão se volta para o diagnóstico da depressão, o qual se dá a partir de quatro sintomas (emocionais, cognitivos, motivacionais e físicos). Presumivelmente há uma aglutinação de fatores biológicos, genéticos e emocionais (causas), como se pode ver explanado em 1.2, como também situações de maior vulnerabilidade para o acometimento da doença e a sua ocorrência nas várias fases da vida.

O último tópico deste capítulo (1.3) aborda sobre formas de tratamento do paciente com depressão. Faz menção à antiga prática metodológica eletroconvulsoterapia (ECT) – popularmente batizada de “choque elétrico”. Comenta sobre a necessidade do tratamento farmacológico e outros complementares como psicofármaco psicoterápico, atividades físicas e, inclusive, o envolvimento com a religião, religiosidade, espiritualidade, fé – temas a serem aprofundados no segundo capítulo.

### 1.1 Surgimento do termo depressão, definição e seu entendimento como transtorno

A Associação Americana de Psiquiatria criou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, na sigla em inglês) no qual a depressão (termo originado do latim *depressionem*) é classificada como “presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo”. Houve muitas alterações acerca das doenças mentais com a evolução das ciências, especialmente da medicina e, também, da filosofia. Os distúrbios mentais só foram identificados como doença em meados do século XIX. O primeiro DSM data de 1952, quando os tratamentos se tornam mais adequados, específicos, “embora a Associação Psiquiátrica Norte-Americana já se dedicasse a produzir

classificações desde muito tempo antes”<sup>14</sup>. A versão mais atual que se tem é de 2013, o DSM-5.

Na antiguidade havia o conceito de loucura, mas que era relacionado a questões místicas e superstições, a influências religiosas antigas, ambíguas e duradouras perpassando séculos. Houve, enfim, uma transição que demarcou o declínio da “[...] concepção mágico-religiosa da doença para uma compreensão da enfermidade como fenômeno natural [...]”<sup>15</sup>. Foi então que esse modo de associar depressão à falta de religião (ou algo do gênero) é substituído pelo estatuto biológico quando Hipócrates, na Grécia, formula a teoria humoral mostrando que a vida se equilibra sobre quatro humores, quais sejam: bile, fleuma, sangue e bile negra. A predominância deste último tipifica o ser melancólico. E havendo qualquer desequilíbrio nesses pilares, tem-se a doença. “As faculdades racionais do ser são afetadas pelo desequilíbrio humoral, o que se traduz clinicamente como melancolia, hipocondria, histeria e diversas outras afecções”<sup>16</sup>.

No período da idade média, o mundo árabe se aproximou da cultura grega, aprofundando-se e aperfeiçoando-se no conhecimento médico. Enquanto isso, no Ocidente, expandia-se o cristianismo, resultando num aumento significativo das crenças religiosas e ainda mais envolvendo a loucura. O catolicismo distinguia a separação mente/corpo; associava a loucura e melancolia à possessão do demônio, o qual se apoderava da mente do indivíduo tornando-os loucos, raptava a alma dos moribundos em seus leitos. A melancolia é concebida como castigo de Deus e decorrente do sentimento de culpa. “Nessa época, a depressão foi considerada uma força mística de alguma entidade misteriosa”<sup>17</sup>, uma ótica religiosa que substitui o conhecimento médico hipocrático construída sobre a ubiquidade de um ente superior, divino, e um arquétipo maniqueísta. “Os transtornos mentais passam a ser inseridos na demonologia da época”<sup>18</sup>. Esse modo de concepção ainda hoje permeia o pensamento de muitos cristãos quando em face da doença se calam envergonhados; temem ser julgados de fracassados, maus cristãos e sem fé, tendo, por isso, de recorrer à medicina.

No período medieval é introduzido pelo monge Ionnes Cassianus o termo grego *acídia* cujo significado é “estado de descuido”, equivalente à melancolia, que caracterizava estados de enfraquecimento, apatia, negligência, indolência, preguiça. E a acídia passa a ser

<sup>14</sup> COSER, 2023, p. 75.

<sup>15</sup> GOMES, Antonio Maspoli Araujo. Um olhar sobre a depressão e religião numa perspectiva compreensiva. *Estudos de religião*, v. 25, n. 40, p. 81-109, 2011, p. 84.

<sup>16</sup> COSER, 2023, p. 54.

<sup>17</sup> GOMES, 2011, p. 84.

<sup>18</sup> ACIOLY, Thaís Rabanea de Souza; LACERDA, Luiz Tavares de. *Depressão ao longo da história*. [s./d.], [s./l].

incluída, em Roma, entre os sete pecados capitais, estando, portanto, sujeito à penitência. Destoante de tal concepção é São Tomás de Aquino, ou seja, mais compassivo com os melancólicos. Porém, durante a Inquisição eram condenados à morte os doentes mentais por justificativas demonológicas. Nessa época, que também condenava à morte intelectuais/pensadores que destoavam dos dogmas católicos muitos deles se refugiaram “no mundo árabe, onde as principais obras científicas e filosóficas greco-romanas foram traduzidas e continuaram sendo aprimoradas”<sup>19</sup>.

A despeito de no Renascimento se buscar recuperar o conhecimento distanciado no tempo para daí avançar com certas teorias da influência do corpo sobre a mente, no tocante a doenças mentais, aquela concepção religiosa de influências sobrenaturais permaneceu viva, e ainda desenvolve “comportamentos de vergonha, exclusão, medo, isolamento e manutenção da doença em segredo, porque essa traz uma imagem associada à loucura”<sup>20</sup>, como episódios narrados na Bíblia, muitos dos quais caracterizados pela falta de fé. Tal concepção veio a declinar-se (ainda que não em seu todo) com as teorias racionalistas do iluminismo. É quando então emerge a anatomia. “A depressão é atualmente considerada pela Organização Mundial de Saúde como um dos transtornos mais comuns das enfermidades mentais”<sup>21</sup>.

Eis que, ao florescer da idade moderna (Renascimento: de fins do século XIV ao século XVI), uma visão humanista desponta mudando a concepção da doença mental, entendida então sob o prisma biológico, filosófico e psicológico. No entendimento da melancolia, os humores são substituídos pelos nervos. Melancolia e loucura são conceitos distintos. Distintos também são os estados de melancolia: a doença crônica de permanente humor melancólico acrescida de medo, enfado, sofrimento deixando a pessoa amargurada, debilitada, desanimada e incompetente ao trabalho; e a positiva, “fonte de sabedoria e inclinação poética, religiosa e filosófica, do estado melancólico”<sup>22</sup>.

“O século XVIII assinala a ascensão do racionalismo e o início do Iluminismo. As abstrações dedutivas são substituídas pela fundamentação empírica”. Em vez da teoria dos humores, despontam as doenças mentais que estão relacionadas ao sistema nervoso, e aparece o termo neurose. O cérebro é tomado como “[...] o órgão responsável pela

<sup>19</sup> ACIOLY; LACERDA, [s./d.], p. 18-19.

<sup>20</sup> ZANONATO, Estéphy Rodrigues; COSTA, Aline Bogoni; Aosani, Tânia Regina. Precisamos falar sobre a depressão: estigma com relação a este sofrimento psíquico na contemporaneidade. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 10942-10960 jan. 2021, p. 10944.

<sup>21</sup> GOMES, 2011, p. 97.

<sup>22</sup> ACIOLY; LACERDA, [s./d.], p. 19-20.

organização e integração das impressões e ideias, de modo a transformá-las em conhecimento, sendo a loucura entendida como uma falha nesse processo”<sup>23</sup>.

O termo melancolia e as considerações fabulosas a ele relacionados foram perdendo espaço com o panorama científico no século XIX. É quando emerge o termo depressão e que se consolida logo depois, nos decênios subsequentes “como entidade nosológica independente”. A contar dessa época, o desenvolvimento da teoria da depressão alicerçada no estudo científico e na observação clínica que sustenta as práticas médicas foi evoluindo<sup>24</sup>. É próximo ao século XIX que o termo depressão toma o sentido atual, aparecendo nos compêndios de medicina, ocasião em que os tratamentos passam a ser um pouco mais humanizados, mas nessa época era forte a ideia de “purificação”, “higienização” (teoria darwinista) limpeza social, com o fito aprimorar a espécie humana – concepção essa disseminada no século XX. É, pois, em fins do século XIX que a “depressão tornou-se sinônimo de melancolia: uma condição caracterizada pela diminuição do ânimo, de coragem ou iniciativa, e uma tendência a pensamentos tristes”<sup>25</sup>.

Ainda no século XIX, Carl Gustav Jung procurou em sua teoria estabelecer relação entre religião e depressão. O psicólogo considerava a experiência religiosa do paciente depressivo em tempos assinalados pelo materialismo ideológico e pelo liberalismo teológico, culminando com “[...] a teologia da morte de Deus [...]”. “Jung buscou apoio histórico no estudo dos símbolos religiosos encontrados por ele no mais profundo do psiquismo humano”<sup>26</sup>. Sua teoria e concepção de religião foram influenciadas pelos estudiosos Mircea Eliade e Rudolf Otto<sup>27</sup>.

No século XX, Sigmund Freud publicou *Luto e melancolia* (1917). Nesse ensaio o psicanalista assinala que o estado de depressão ou de tristeza sinaliza que algum problema subjetivo está em processo consumando perda do objeto e requerendo uma remodelagem do eu numa aura de luto. O autor arrola alguns traços mentais específicos da melancolia, iniciando pelo desânimo, adjetivando-o como penoso e profundo, resultando num desinteresse total pelo mundo ao redor, extinguindo até mesmo “capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a

<sup>23</sup> ACIOLY; LACERDA, [s./d.], p. 20.

<sup>24</sup> ACIOLY; LACERDA, [s./d.], p. 20.

<sup>25</sup> GOMES, 2011, p. 85.

<sup>26</sup> GOMES, 2011, p. 92.

<sup>27</sup> GOMES, 2011, p. 92.

ponto de encontrar expressão em autorrecriação e autoenvilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição<sup>28</sup>.

Na psicanálise não se configura depressão quando se trata de uma causalidade única diagnosticada no paciente. Ela é identificada como transtorno afetivo, considerando seus “aspectos neuroquímicos, psicossociais e genéticos. [...] No final do século XX, a depressão passa a ser considerada como forma atenuada da melancolia a qual domina a subjetividade contemporânea”<sup>29</sup>.

Hodiernamente, há a tendência de os psicanalistas entenderem o fenômeno depressivo nomeando-o de psicose maníaco-depressiva, resgatando a melancolia referida por Freud no artigo acima referido. Hoje, pode-se afirmar com Carvalho, Jara e Cunha que a depressão é uma patologia desorganizadora “do estado do humor que atinge a esfera dos interesses, da vontade, da capacidade cognitiva e a regulação dos instintos”<sup>30</sup>. Concorde-se com Bauman ao dizer que é “o sentimento da própria impotência, da incapacidade de atuar e particularmente da incapacidade de atuar de maneira racional” nas tarefas cotidianas<sup>31</sup>. Ou ainda com Coser, quando explica desta forma:

[...] são eminentemente estados de alma que escondem o sujeito mais do que o revelam, uma espécie de recuo ético que impede o sujeito – por razões sempre compreensíveis, claro, – de assumir as consequências, digamos assim, da existência do inconsciente, cuja irrupção poderia se resumir com a seguinte descoberta: ‘eu não quero o que desejo’. É o que levou Lacan a chamá-la de “covardia moral”<sup>32</sup>.

Quaisquer estados desorganizadores do pensamento, até mesmo a perda, podem desencadear depressão, tristeza e apatia, que são formas de manifestação do sofrimento psíquico que afetam corpo e alma. Todavia, diferente de tristeza, “desânimo, preguiça, estresse ou mau humor”, estados decorrentes “de uma causa conhecida e duração determinada no tempo e no espaço”, a depressão “envolve uma gama de sentimentos difusos de longa duração no tempo e no espaço, geralmente relacionados à angústia”<sup>33</sup>.

Há uma cobrança do sujeito (ou autocobrança) que o leva à construção de um autorretrato permeado por um vazio – traço cruciante da depressão. Esvaziado do sentido

<sup>28</sup> FREUD, Sigmund. *Luto e Melancolia*. São Paulo: Imago, [1917] 1987, p. 276.

<sup>29</sup> ESTEVES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*, n. 24, p. 127-135, jul./dez. 2006, p. 129.

<sup>30</sup> CARVALHO, Serafim; JARA, José Manuel; CUNHA, Inês Bandeira. A Depressão é uma doença que se trata. *Adeb, Associação de Apoio a Doentes Depressivos e Bipolares*. 10p. mar. 2017.

<sup>31</sup> BAUMAN, Zygmunt. *A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas*. Tradução: José Gradei. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. p. 60.

<sup>32</sup> COSER, 2023, p. 11.

<sup>33</sup> GOMES, 2011, p. 85.

de viver, ele procura encontrar certo sentido, ações que possam preencher sua vacuidade, e muitas vezes ele encontra respaldo fazendo uso do cigarro, álcool, narcóticos dentre outras drogas, alimentando-se de modo irregular e excessivo, ou então se envereda pela trilha insaciável e libertina do sexo, “nas relações afetivas superficiais e efêmeras que se multiplicam, e em uma série de buscas incansáveis por gratificação, acabando por destruir-se com a finalidade de punir o objeto, ou com fantasias de preencher o vazio deixado pelo ‘objeto perdido’”<sup>34</sup>.

Mas qual objeto seria esse, nesta contemporaneidade? Na verdade, qualquer objeto externo, que é apelado com o fim de ocupar satisfatoriamente a vacuidade insustentável. Nessa condição, ainda que não esteja mais na infância, o sujeito depressivo é como o bebê com fome, na busca desesperada pelo seio materno, o objeto que o sustentará, livrando-o do padecimento aflitivo demandado por corpo ainda autoindomável. Há frustração e tortura nessa expectativa ou na transação com o objeto, do qual ele é extremamente dependente e sua perda significa alteração de percepção da imagem traduz-se num embaraço no processo de identificação com os objetos internalizados. O sujeito deprimido em sua subjetividade, carece, portanto, de lapidá-la com as identificações<sup>35</sup>.

Nesta contemporaneidade, marcada pela velocidade, pela “modernidade líquida”<sup>36</sup>, o sujeito está muito mais vulnerável ao estresse do que outrora. São ininterruptas as pressões que o impelem à posse das coisas e ao usufruto delas. Ter/possuir é um imperativo consumidor do tempo das internalizações satisfatórias que leva os especialistas a conjecturarem o que aventara Freud no já referido ensaio dizendo ser “a depressão a perda de um objeto amado ou perda da libido”. Seria tão somente isso? Sugere-se ser “a perda do objeto do qual o sujeito supunha ter posse e que lhe fornecia gratificações”. Então a busca da libido não é pelo objeto do prazer, mas por aquele que enseja gratificação. Enquanto na teoria freudiana os impulsos reduzem a tensão corporal que motiva sentimento de prazer, para os neopsicanalistas tais impulsos são direcionados a objetos externos úteis à redução da tensão<sup>37</sup>. Apesar de Bauman não ser psicanalista, seus estudos sobre as demandas destes novos tempos têm contribuído muito para se entender o indivíduo contemporâneo, influenciado em seu cotidiano por um movimento social que o impele a uma vida

<sup>34</sup> ESTEVES; GALVAN, 2006, p. 131.

<sup>35</sup> ESTEVES; GALVAN, 2006, p. 131.

<sup>36</sup> Metáfora utilizada pelo sociólogo e filósofo polonês Zygmunt Bauman para caracterizar o mundo pós-moderno frágil, fugaz e maleável como os líquido no tocante a relações sociais, econômicas e de produção.

<sup>37</sup> ESTEVES; GALVAN, 2006, p. 131.

excessivamente consumista, insaciável, mutante, sem referenciais duradouros, nem mesmo os familiares.

Os consumidores podem estar correndo atrás de sensações – táteis, visuais ou olfativas – agradáveis, ou atrás de delícias do paladar prometidas pelos objetos coloridos e brilhantes expostos nas prateleiras dos supermercados, ou atrás das sensações mais profundas e reconfortantes prometidas por um conselheiro especializado. Mas estão também tentando escapar da agonia chamada insegurança<sup>38</sup>.

Nesse mundo imperfeito, os especialistas das novas tecnologias criaram o mundo virtual tecnológico e criaram uma realidade perfeita, de realização plena, mas numa vivência representativa, distante da realidade. E a inserção no ciberespaço por tempo indeterminado (dias, meses, anos), como escape para conflitos internos, engendra interrupções na vida social real prejudicando seriamente sua saúde mental, e não resolve o problema da solidão daquele que está por traz de uma tela<sup>39</sup>. Por certo, as novas tecnologias representam um grande avanço para a humanidade, e isso é louvável. O que se critica é o uso patológico dela que, hoje, não escolhe idade, atinge até mesmo as crianças. A globalização tem produzido uma nova infância, a de uma criança consumista e compulsiva. Com o uso indiscriminado das telas fica propensa a apresentar “dificuldades no funcionamento cognitivo e cansaço extremo, transtornos como a ansiedade, e depressão”, no desenvolvimento infantil. Com isso, a criança “tem o seu humor alterado, passa a ter problemas de concentração e estresse constante”<sup>40</sup>.

Nesse passo, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), em suas recomendações, alerta sobre o uso abusivo das telas provocador de “alterações no sono, na concentração e no aprendizado”. Além disso, há o sedentarismo e uma gama de probabilidade de outros problemas: “risco para obesidade e para problemas de ordem psicológica, ansiedade e depressão; dificuldades auditivas, visuais e problemas comportamentais, com perigo de autoagressão ou até tentativa de suicídio”<sup>41</sup>. Verifica-se, pois, que, com os nativos digitais, cada vez mais cedo, a depressão e a ansiedade se manifestam nas pessoas. Com efeito, há um progressivo e alarmante quantitativo de pessoas nesta modernidade líquida com transtorno de ansiedade e depressão, conforme se lê em Gomes:

<sup>38</sup> BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001, p. 104-105.

<sup>39</sup> BAUMAN, Zygmunt. *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2005, p. 47.

<sup>40</sup> GAGNO, Isabela Queiroz; CANTUÁRIA, João Vitor de Oliveira; SCODINO, Thays Hillory Assis; FERREIRA, Bruna Hentze. *Prejuízos do uso de telas na primeira infância*. 29p. Faculdade Capixaba de Nova Venécia 2019, p. 2.

<sup>41</sup> Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019 *apud* GAGNO, Isabela Queiroz; CANTUÁRIA, João Vitor de Oliveira; SCODINO, Thays Hillory Assis; FERREIRA, Bruna Hentze, 2019, p. 14.

Atualmente, mais de 450 milhões de pessoas são afetadas diretamente por transtornos mentais, a maioria delas nos países em desenvolvimento, segundo a OMS. As informações foram divulgadas durante a primeira Cúpula Global de Saúde Mental, realizada em Atenas, na Grécia. Os números da OMS mostram claramente que o peso da depressão (em termos de perdas para as pessoas afetadas) vai provavelmente aumentar, de modo que, em 2030, ela será sozinha a maior causa de perdas (para a população) entre todos os problemas de saúde, afirmou à BBC o médico Shekhar Saxena, do Departamento de Saúde Mental da OMS. Ainda segundo Saxena, a depressão é mais comum do que outras doenças que são mais temidas pela população, como a Aids ou o câncer<sup>42</sup>.

Gonçalves, Assis Pimentel e Francisco Carvalho explicam haver um *continuum* entre o nível saudável e o patológico no funcionamento da personalidade na maior parte da população. Trata-se de depressão quando se constata a intensidade e a persistência do “funcionamento patológico da personalidade”<sup>43</sup>, desviando-se do que se espera do sujeito, considerando o grupo sociocultural ao qual pertence e seus padrões (comportamentos/atitudes) relativamente estáveis e constantes. Por certo, os indivíduos dentro de um grupo têm suas diferenças significativas resultantes dos traços de personalidade.

O que se constata, enfim, é que a depressão é uma patologia avassaladora que, em certas circunstâncias, pode haver necessidade de internação, a depender do quantitativo e da gravidade, em especial quando se constata ideação suicida. Quanto ao grau, ela pode ser leve, moderada e grave. É leve quando transitória permanecendo o máximo de um mês podendo levar o sujeito a certo inconveniente em dar sequência a algum trabalho elementar e a práticas sociais, porém presumivelmente sem perda significativa no funcionamento geral. É moderada quando “o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina” além de apresentar quatro ou mais sintomas da doença. É grave quando há grande comprometimento funcional, “Psicose<sup>44</sup> e catatonia<sup>45</sup> indicam depressão grave”<sup>46</sup>.

A depressão é, pois, um mal destruidor de energia e força de vontade do paciente, perturbador da qualidade do seu sono (que varia entre insônia e hipersonia) e desencadeador

<sup>42</sup> GOMES, 2011, p. 82.

<sup>43</sup> GONÇALVES, André Pereira; ASSIS PIMENTEL, Ruam Pedro Francisco de; FRANCISCO CARVALHO, Lucas de. Funcionamento patológico da personalidade para predição da depressão, qualidade de vida e esperança. *Interação em Psicologia*, v. 24, n. 1, 2020, p. 13.

<sup>44</sup> “A psicose é um estado mental patológico caracterizado pela perda de contato do indivíduo com a realidade, que passa a apresentar sintomas como delírios, alucinações, pensamento e fala desorganizados e comportamento motor inapropriado — incluindo catatonia.” (CIASCA, Saulo. *Psicose: o que é, como se manifesta e tratamento*. *Sanar*. 25 abr. 2023, p. 1.

<sup>45</sup> “A catatonia é uma síndrome clínica caracterizada por anormalidades comportamentais impressionantes que podem incluir imobilidade ou excitação motora, negativismo profundo ou ecolalia (limitação da fala) ou ecopraxia (limitação de movimentos).” (KAPLAN, DSM-V. *Catatonia: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento*. *Sanar*. 25 abr. 2023, p. 1..

<sup>46</sup> CORYELL, William. *Transtornos depressivos*. University of Iowa Carver College of Medicine, 2022, p. 1.

do sentimento de inutilidade (para quê viver nessas condições?), inferioridade (nada é possível fazer para reverter o quadro) e culpa por desestabilizar a situação e a vida de outras pessoas. Para melhor entender esse mal, faz-se no tópico abaixo um apanhado de seus sintomas, bem como se apresenta o que levar em conta em seu diagnóstico, além de apontar as possíveis causas dessa enfermidade e alertar sobre seus riscos para o paciente.

## 1.2 Sintomas, diagnóstico e causas do transtorno depressivo

Quando se trata de uma doença, essencial se faz informar seus sintomas, como se faz neste tópico, deslindar as formas mais comuns de diagnosticá-la, arrolar pretensas causas após apresentar o termo depressão numa perspectiva cronológica até esta contemporaneidade. Esse é o itinerário ora tomado.

Com efeito, a atenção aos sintomas de depressão é essencial para que ela não se torne crônica, rotineira, podendo dificultar significativamente o *modus vivendi* do indivíduo. “Embora os transtornos depressivos, como a maior parte das síndromes psiquiátricas, tenham causalidade multideterminada, a personalidade constitui-se em um dos principais eixos de pesquisa sobre a etiologia dessas disfunções”<sup>47</sup>. Partindo-se do pressuposto de que o comportamento do indivíduo é determinado por sua personalidade<sup>48</sup>, haveria então certos traços desta mais propensos à manifestação da depressão?

De fato, as pessoas são diferentes umas das outras, são indivíduos que comportam em si. Há uma linha de teóricos para quem os traços são aspectos duradouros de grande influência no comportamento e determinante deste, como pensa Gordon Allport, um dos grandes apoiadores do conceito do traço tanto quanto descritor de diferenças individuais quanto de determinantes e causas do comportamento. Para ele, o traço é a unidade básica da personalidade, a qual é uma estrutura interna própria, individual (sistema ideográfico); a

<sup>47</sup> NUNES, Fábio Luiz; REZENDE, Helga Alessandra de; LOPES, Thalita Versiani Pires. Neuroticismo e pensamento ruminativo: constructos preditivos de transtornos depressivos? *Revista Científica da Faminas*, v. 18, n. 1, p. 50-60, 2023, p. 52.

<sup>48</sup> A respeito de personalidade, vale destacar que, só a partir da publicação da obra *Personality: a psychological interpretation*, de Gordon Allport, em 1937, o estudo sobre esta passou a ser sistematicamente organizado na ciência psicológica. Para o teórico, trata-se de uma essência espiritual singular, de completude metodologicamente imensurável; junto a isso reconheceu um entendimento behaviorista de traços, considerando uma sistematização de práticas habituais e padrões como seus elementos essenciais. Conforme ele mesmo disse nessa obra, personalidade é uma “organização dinâmica, dentro do indivíduo, dos sistemas psicofísicos, que determina seu ajuste único ao ambiente” (p. 48). Essa organização dinâmica vinculada a traços de personalidade forma “estruturas neuropsíquicas com a capacidade de incorporar diversos estímulos funcionalmente equivalentes para iniciar e guiar equivalentes (significativamente consistente) formas de comportamento adaptativo e expressivo” (p. 347). ALLPORT, Gordon. W. *Personality: a psychological interpretation*. New York: Holt, 1937.

despeito de se assemelhar com a personalidade de outras pessoas, é o modo como um indivíduo em distintos cenários pensa/reflete/age/se comporta. A personalidade não é passiva; pelo contrário, é uma sistematização dinâmica/ativa elaborada por uma gama de componentes em interação entre si e com a exterioridade. No comportamento, o traço de personalidade é mais do que uma realidade nominal, é mais avultado que o hábito, é dinâmico e determinante. Um traço independe de outros traços; é perceptível no indivíduo ou mesmo numa população. Ações e hábitos incoerentes ao traço não ratificam a inexistência do traço<sup>49</sup>.

Allport apresenta três tipos de traços de personalidade: centrais, secundários e cardinais. Os traços centrais são categorias essenciais da pessoa, são blocos de construção (criatividade, timidez, tranquilidade, honestidade, sociabilidade); cada pessoa tem de cinco a dez desses traços. Já os traços secundários (hábitos/atitudes) retratam a repercussão da personalidade em certos contextos e por isso atuam no comportamento numa menor dimensão, por exemplo, gostar (ou não) de teatro, de práticas esportivas etc.). E os traços cardinais são os que se referem ao senso do próprio indivíduo e à sua filosofia de vida; são a base de sua personalidade; eles não são desenvolvidos pela pessoa, são a ela inerentes (por exemplo, sadismo, heroísmo); são características raras, que se revelam mais tarde na vida<sup>50</sup>.

Com efeito, associadas a aspectos sociais/contextuais, certas particularidades de personalidade comprometem o modo de enfrentamento dos problemas, comprometem nos modos da pessoa enfrentar o estresse “a personalidade é determinante na formação e na escolha de comportamentos perante cada circunstância, especialmente nas situações adversas”<sup>51</sup>. Seus traços afetam o modo como são geridos os problemas e, portanto, se sua tendência é mais na direção *down*, com momentos de tristeza mais prolongados que os de alegria, a possibilidade de se desenvolver um processo de depressão fica facilitada.

Na depressão, os sintomas mais frequentes são a tristeza e o abatimento, que podem resultar na perda do prazer em ocupações/práticas antes diletas. Em relação ao físico, os sintomas podem se manifestar como perturbadores do apetite, sono e energia, resultando em fadiga<sup>52</sup>. No início desse transtorno é comum que seus sinais não sejam reconhecidos

<sup>49</sup> PINHO, Cristina Coutinho Marques de; GUZZO, Raquel Souza Lobo. Taxonomia de Adjetivos Descritores da Personalidade. *Avaliação Psicológica*, v. 2, n. 2, p. 81-97, 2003, p. 83.

<sup>50</sup> PINHO; GUZZO, 2003, p. 83-84.

<sup>51</sup> ALVES, Thamires Pereira. *Coping através do uso de mídias e sua relação com a personalidade e o bem-estar subjetivo*. Dissertação de Mestrado. 117p. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, 2019. p. 36.

<sup>52</sup> RUFINO, Sueli; LEITE, Ricardo Silveira; FRESCHI, Larissa; VENTURELLI, Vanessa Kitizo; OLIVEIRA, Elizabeth Siqueira de; MASTROROCCO FILHO, Diogo Antonio Morato. Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão. *Revista Saúde em foco*, v. 10, n. 1, p. 837-843, 2018, p. 840.

ou mesmo que haja falta de distinção entre tristeza transitória (inerente a qualquer pessoa em face de acontecimentos desagradáveis, decepções, desentendimentos, dificuldades financeiras e demais adversidades) e tristeza patológica sem trégua, às vezes até sem causa definida, desinteresse por atividades proporcionadoras de “prazer e sensação de bem-estar”<sup>53</sup>.

Mais adiante, instaurada a depressão, é muito comum o paciente manter o seu humor rebaixado, a energia reduzida e a atividade diminuída. Há alterações frequentes que perturbam a aptidão de vivenciar o prazer e a concentração. Torna-se difícil manter o interesse por uma ou outra atividade, uma vez que geralmente o paciente se encontra fadigado, ainda que não se tenha esforçado sobre algo. Sono e apetite, em geral, ficam comprometidos, acompanhados de perda de autoestima e autoconfiança, sentimentos de culpabilidade e indignidade, ainda que sem motivos desencadeadores para isso. Geralmente o humor depressivo perdura todos os dias ou de acordo com as eventualidades e pode vir seguido dos chamados sintomas somáticos, tais quais: “perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido”<sup>54</sup>.

Em face de tamanho transtorno, a preocupação com a alimentação não deve ser negligenciada. Nutricionistas como Araújo, Vieira, Silva, Faria, Nunes, Khouri, Souza, Morais e Silveira alertam sobre a influência da ação dos neurotransmissores resultando em maus hábitos alimentares tendo como consequência o surgimento do “processo da depressão, pois rotinas de permanecer em jejum ou alimentar-se demasiadamente podem alterar os níveis de glicose no sangue no qual deixa o indivíduo predisposto à doença”<sup>55</sup>. Nesse sentido, pesquisas científicas identificam relação entre carência nutricional, estilos de vida e “alterações séricas de marcadores inflamatórios”<sup>56</sup>, as quais resultam muitas vezes

<sup>53</sup> RUFINO; LEITE; FRESCHI; VENTURELLI; OLIVEIRA; MASTROROCCHO FILHO, 2018, p. 842.

<sup>54</sup> TMS-BRASIL. Transtornos Afetivos. *Classificação Internacional de Doenças: Décima Revisão (CID X) - F32 – Episódios depressivos*. 2023, p. 1.

<sup>55</sup> ARAÚJO, Alessandra da Silva Freitas; VIEIRA, Ingryd Nathália Urbano; SILVA, Jessica Nayara Fernandes da; FARIA, Suely Pereira de; NUNES, Graciele Lorenzoni; KHOURI, Adibe Georges; SOUZA, Álvaro Paulo Silva; MORAIS, Mariana Cristina de; SILVEIRA, Alexsander Augusto da. Avaliação do consumo alimentar em pacientes com diagnóstico de depressão e/ou ansiedade. *Referências em Saúde do Centro Universitário Estácio de Goiás*, v. 3, n. 01, p. 18-26, 2020, p. 20.

<sup>56</sup> ARAÚJO; VIEIRA; SILVA; FARIA; NUNES; KHOURI; SOUZA; MORAIS; SILVEIRA, 2020, p. 20.

no “inadequado consumo de alimentos ricos em açúcar, gorduras, pouca ingestão de frutas e vegetais”<sup>57</sup>.

Nutrir adequadamente o paciente depressivo traz resultados positivos à sua saúde tanto física quanto mental, mas isso não basta quando se negligenciam demais elementos de seu estilo de vida e variação e criação de hábitos geradores de satisfação pessoal e aliviadores de estresses cotidianos, uma rotina saudável que tolha o avanço e agravamento da doença e que, enfim, potencializam a sua qualidade de vida, aumentam a qualidade de vida e promovem a saúde, prevenindo o aparecimento da depressão<sup>58</sup>. Muitas vezes a depressão está associada à baixa qualidade de vida e à desesperança de mudança desse cenário que abate o doente com um sentimento empobrecido, por perceber maior força nos aspectos negativos, decorrentes de níveis elevados dos traços de neuroticismo<sup>59</sup>.

Nessa linha de intelecção sobre o neuroticismo, há estudiosos a afirmarem uma alta correlação dele com estados afetivos relacionados à depressão. Aqueles que mantêm um nível elevado de neuroticismo são os que têm baixa autoestima a ponto de comprometer o seu bem-estar psicológico. Inclusive, pode haver uma gradação ascendente de “sintomas depressivos e comportamentos de risco ligados ao suicídio”<sup>60</sup>. Assim, a personalidade com o número maior de traços patológicos tende a ter níveis ínfimos de esperança e qualidade de vida<sup>61</sup>.

Melhor explicando: o neuroticismo retrata as distinções dos indivíduos para vivenciar referências emocionais ligadas a um incômodo psicológico – como angústia, aflição e sofrimento, por exemplo –, bem como peculiaridades cognitivas e comportamentais associadas a predisposição. O neuroticismo em alto nível caracteriza aqueles mais tendentes a vivenciar com intensidade elevada sofrimentos emocionais. E isso inclui: “ideias irreais, ansiedade excessiva ou dificuldade para tolerar a frustração causada

<sup>57</sup> ROCHA, Ana Carolina Borges da; MYVA, Livia Mithye Mendes; ALMEIDA, Simone Gonçalves de. O papel da alimentação no tratamento do transtorno de ansiedade e depressão. 22p. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, 2020. p. 4.

<sup>58</sup> BARBOSA, Barbara Postal. Terapia nutricional na depressão – como nutrir a saúde mental: uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 12, p. 100617-100632, 2020, p. 100618.

<sup>59</sup> “O traço de personalidade neuroticismo refere-se ao nível crônico de desajustamento e instabilidade emocional. As pessoas passam a experienciar padrões emocionais associados a um desconforto psicológico causado por aflições, angústias e sofrimentos” (MCCRAE, R. R.; JOHN, O. P. An introduction to the Five-Factor Model and its applications. *Journal of Personality*, n. 6, p. 175-216, 1992).

<sup>60</sup> NUNES; REZENDE; LOPES, 2023, p. 57.

<sup>61</sup> GONÇALVES; ASSIS PIMENTEL; FRANCISCO CARVALHO, 2020, p. 15.

pela não saciação de um desejo e respostas de *coping*<sup>62</sup> (estratégias de enfrentamento) mal desenvolvidas”<sup>63</sup>.

O elevado índice de neuroticismo no indivíduo leva-o a tornar mais acentuado seu sofrimento emocional, impelindo o desenvolvimento de ansiedade em alto grau, gerando frustrações em face da não saciação de desejos ou da inabilidade nas táticas de enfrentamento. Para esse indivíduo, aquilo que lhe é angustiante em demasia, é indiferente para quem tem um nível baixo de neuroticismo. Sempre que houver manifestação em certa constância e intensidade de um conjunto de sintomas, deve-se tomar como premissa a história de vida do paciente e o diagnóstico de um quadro considerando os aspectos:

- 1- emocionais – tristeza, perda de prazer, sentimento de vazio;
- 2- cognitivos – visão negativa de si mesmo, desesperança, enfraquecimento da concentração e memória, redução da capacidade de pensar/concentrar/tomar decisões;
- 3- motivacionais – passividade, falta de iniciativa e de persistência, perda de energia, apatia;
- 4- físicos/fisiológicos – mudança do apetite e do sono, fadiga, aumento de dores e mal-estar nas atividades, desinteresse sexual;
- 5- psíquicos – humor depressivo, perda de capacidade de experienciar regozijo em atividades antes consideradas aprazíveis;
- 6- comportamentais – afastamento social, acessos de choro, condutas suicidas, retardamento psicomotor e lentidão generalizado ou conturbação psicomotora<sup>64</sup>.

Ainda que os transtornos depressivos tendam para a tristeza, sentimento de vazio; para muitos estudiosos, os sintomas frequentes são perda de capacidade de ação, de experienciar regozijo nas suas atividades, às vezes fadiga, perda de energia, apatia. Sendo assim, o diagnóstico dessa patologia, conforme advertem estudiosos precisa ser feito pela escuta atenta às comunicações/reclamações do doente e do exame criterioso/enérgico de

<sup>62</sup> “O *coping* [...] é um conjunto de estratégias usadas pelo indivíduo objetivando sua adaptação diante circunstâncias adversas. [...] busca-se minimizar seus efeitos através de comportamentos que favoreçam o manejo da situação e das reações biopsicossociais relacionadas. Geralmente, a distração é usada para o alívio dos pensamentos e sentimentos negativos relacionados aos eventos estressores, estando as atividades solitárias, como ouvir música, ler e assistir televisão, entre as estratégias de *coping* que podem ser adotados”. (ALVES, 2019).

<sup>63</sup> NUNES; REZENDE; LOPES, 2023, p. 53.

<sup>64</sup> RUFINO; LEITE; FRESCHI; VENTURELLI; OLIVEIRA; MASTROROCCO FILHO, 2018. DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 21, p. 06-11, maio 1999, p. 7.

sintomas passíveis de serem menosprezados ou mesmo não verbalizados<sup>65</sup>. Ressalta-se, enfim, que o diagnóstico precoce se constitui na alternativa mais acertada tanto para tratar a doença quanto para minorar sua gravidade, seus riscos, apesar de até o momento ainda ser desconhecida a causa “exata” da depressão.

O fundamento mais razoável indica tratar-se de um desequilíbrio bioquímico, especificamente “na produção de endorfina e serotonina, responsáveis nas sinapses dos neurônios pela produção e controle do estado de humor”. Sinapse entendida aqui como “transmissão das mensagens elétricas de um neurônio para outro”, que se dá “através do ponto de contacto entre uma célula e outra”. Assim, na alteração dos neurônios (dos sistemas de transmissão entre as células do cérebro), isto é de alguns neurotransmissores pode resultar em transmissões perturbadas, ocasionando a depressão<sup>66</sup>.

Na verdade, o que se pode dizer das causas da depressão é que nem sempre há uma causa evidente para o seu desencadeamento. Sabe-se que é uma doença multifatorial, ou seja, ocorre em meio a uma gama de fatores em interação: perdas de ente querido/emprego, fim de uma relação, problemas conjugais, uso abusivo de drogas, mudanças bruscas e complicadas de vida, dificuldades financeiras, estresses graves e prolongados, luto, isolamento social, abandono, surgimento de doenças somáticas graves, dores crônicas, a própria genética, características de personalidade, alterações hormonais, dentre outros agentes capazes de mexer na fisiologia do cérebro. Ou melhor: hodiernamente, todos esses desempenhos inusitados conferidos ao homem pós-moderno e seus “feedbacks” existenciais às exigências socioculturais da atualidade fomentam seu próprio sofrimento<sup>67</sup>.

Sendo uma doença de característica biopsicossocial, varia de indivíduo para indivíduo, varia também quanto ao gênero e idade, ademais pode resultar de uma predisposição hereditária. Estatísticas apontam para a probabilidade de 70% a 80% de gêmeos separados no nascimento desenvolverem depressão, isto é, mesmo vivendo em ambientes distintos. Sabe-se que cada indivíduo tem seu estilo/atitude distinto/a para o enfrentamento das circunstâncias ordinárias e extraordinárias da vida, e dependendo de seu estilo atitudinal pode haver uma maior inclinação para o surgimento da depressão, ou manutenção desse estado<sup>68</sup>.

<sup>65</sup> BARCELLOS, Mário Tregnago; BURIGO, Ligia Marroni; AGOSTINHO, Milena Rodrigues; KATZ, Natan. *TelessaúdeRS-UFRS*. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre-RS, 2017, p. 3.

<sup>66</sup> GOMES, 2011, p. 86.

<sup>67</sup> TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. *A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010, p. 86.

<sup>68</sup> CARVALHO; JARA; CUNHA, 2017, p. 4.

A depressão, como já se verificou, “pode afetar o ser humano em qualquer idade. Ao longo da vida, 25% das mulheres e 10% dos homens vêm a sofrer de depressão”<sup>69</sup>. O machismo na cultura ocidental por cultuar o arquétipo hegemônico de virilidade sufocou o choro do indivíduo do sexo masculino desde que ele começa a ter a noção do seu comportamento social; com isso, este aprendeu a suspender “a expressão afetiva de fragilidade”, evitando, de toda forma, o choro em público e mesmo em presença de uma ou poucas pessoas. Isento dessa expressão, muitos não percebem a tristeza do ser humano tornando-se bem mais difícil diagnosticá-lo com depressão.

É comum, portanto, as pesquisas apontarem para “um hiperdiagnóstico de depressão entre mulheres e a um subdiagnóstico no caso dos homens”, como se lê em Tavares. No mundo todo, “os deprimidos são milhões. As estatísticas mais recentes da OMS indicam que 5% da população sofre de depressão, com prevalência das mulheres (4,5 a 9,3%) sobre os homens (2,3 a 3,2%)”<sup>70</sup>. Essa diferença proporcional entre os gêneros não se dá apenas pela falta de manifestação de muitos homens acerca de sua subjetividade. Há “especificidades genéticas e hormonais” (menstruação desregulada constantemente, gravidez, parto, menopausa) que deixam a mulher mais vulnerável à depressão do que o homem sem contar “a sobrecarga nas tarefas domésticas” não raro conjugada com emprego fora de casa e demais fatores específicos desse sexo<sup>71</sup>.

Hoje, com maior visibilidade social de várias minorias, pesquisas vêm sendo frequentes sobre a comunidade LGBTQIA+, inclusive sobre saúde mental registrando variantes agravatórias para a impulsão e a progressividade de patologias mentais como a depressão, por exemplo, em um quantitativo muito superior se comparado com a heterossexualidade, isso sem contar os elevados índices de intenções suicidas. De modo generalizado, “tanto os homens (48%) quanto as mulheres (69%) pertencentes à comunidade LGBT evidenciaram maior propensão ao desenvolvimento de problemas de saúde mental, além de distúrbios de humor e abuso de substâncias”<sup>72</sup>.

Na fase de envelhecimento os cuidados com a saúde primordialmente não consideram identidade de gênero, orientação sexual e sexualidade experienciadas por esse contingente, de modo que o interesse por essa temática na velhice, quando o há, se restringe

<sup>69</sup> CARVALHO; JARA; CUNHA, 2017, p. 4.

<sup>70</sup> GOMES, 2011, p. 82.

<sup>71</sup> OMS. Organização Mundial da Saúde. *Relatório mundial da saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: WHO, 2001, p. 4.

<sup>72</sup> BERNARDO, Juliana Matos Ferreira; MELLO, Allycia Janylle Nogueira de; MIRANDA, Ana Beatriz Soares de; SÁ, Leticia Moura Lisboa de; SANTOS, Silmara Mendes Costa. Incidência de agravos à saúde mental na comunidade LGBTQIA+. *SEMPESq-Semana de Pesquisa da Unit-Alagoas*, n. 8, 2020, p. 1.

à pesquisa acadêmica, dificilmente atinge as vias de fato. Entretanto, essas pessoas de mais idade “vivenciam dupla carga de estigmas e preconceitos: o etarismo e a hostilização pela orientação sexual e identidade de gênero, além da maior probabilidade de sofrer maus-tratos, discriminação, depressão e, conseqüentemente, prejuízos à saúde física”. Situações de hostilidade levam-na a vivenciarem “uma fragilização superdimensionada, carregada ao longo da vida – um padecimento propício ao desenvolvimento de depressão e que ainda pode conjuntamente levar à piora dos estados crônicos de saúde preexistentes”<sup>73</sup>.

Independente de idade, a minoria LGBTQIA+ quase sempre é vítima de “rejeição familiar, estigma social e bullying” pela não aceitação de seu comportamento, que não se enquadra nos ditames sociais “normais” de gênero, numa sociedade voltada à conjuntura heterossexual, isto é, à dicotomia do formato feminino X masculino. A situação dessa minoria se agrava também quando se trata daqueles que estão vivenciando a fase da adolescência. Aí, os índices de depressão, principalmente os que descambam em suicídio, se tornam mais alarmantes, configurando-se “um problema de saúde pública”<sup>74</sup>.

Em se tratando de adolescência, sabe-se que se trata de um período, por si mesmo, já marcado por transformações físicas, comportamentais, cognitivas e emocionais e, portanto, mais propenso a alterações de humor. Em face desse conglomerado de mudanças que o adolescente tem de suportar em seu cotidiano individual e social, sendo algumas visíveis como as respeitantes às dimensões físicas, cria-se uma conjuntura que se abre à depressão. “Nos últimos anos, estudos demonstram o acometimento de cerca de 20% dos adolescentes, especialmente no sexo feminino”<sup>75</sup>, segundo pesquisa realizada em busca de conhecer as causas provocadoras de depressão na fase da adolescência. Nesse empenho, o estudo indicou alguns achados, sendo os mais evidentes estes: “relação/conflito interpessoal e familiar, atividade física e sedentarismo, vício na internet e tabagismo”<sup>76</sup>.

A depressão é uma doença altamente corrente também na terceira idade, quando então o indivíduo, de um modo geral, passa por problemas como falta de memória, dores generalizadas, fadigas, doenças incapacitantes – reverses às vezes conjugados com negligência respeitante ao autocuidado, sofrimento psíquico e outras questões que lhe

<sup>73</sup> SILVA, Leticia Alcântara da; SANTOS, Ester Lima dos; SOUZA, Helena Kellen Barbosa de; PODEMELLE, Rubenya Martins; SOARES, Renê Ribeiro; MENDONÇA, Sarah de Souza. Envelhecimento e velhice LGBTQIA+: repercussões sobre a saúde física e mental de pessoas de meia-idade e idosas. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 33, p. 1013-1013, 2022, p. 1013.

<sup>74</sup> BERNARDO; MELLO; MIRANDA; SÁ; SANTOS, 2020, p. 1.

<sup>75</sup> FRANÇA, Enmilly Oliveira; FERNANDES, Maria Luiza Alves; SANTANA, Nivia Milena Carneiro; DUNNINGHAM, William Azevedo. Fatores de risco para depressão na adolescência: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, v. 26, n. 1, p. 49-57, jan./abr. 2022, p. 50.

<sup>76</sup> FRANÇA; FERNANDES; SANTANA; DUNNINGHAM, 2022, p. 55.

baixam a autoestima, principalmente quando o idoso fica isolado, longe de interação social, aí ele se torna mais vulnerável a agravos de depressão e ansiedade. Devido à coexistência de diversos males, é muito comum nessa fase da vida o uso contínuo de muitos medicamentos (polifarmácia) gerar um julgamento negativo da própria saúde, como constatado neste relato. Inclusive, as chances de desenvolver depressão nos idosos que disseram tomar medicamento contínuo – conforme pesquisa de Corrêa, Carpena, Meucci e Neiva-Silva – apresentaram cinco vezes maior<sup>77</sup>.

E, em se tratando das idosas, em especial aquelas com menor índice de massa corporal (IMC), portadoras de mais de uma doença crônica, de uso regular de muitos medicamentos “e com pior percepção de saúde apresentaram maiores chances de desenvolver sintomatologia depressiva, de modo que estão mais sujeitas aos efeitos negativos da depressão”<sup>78</sup>. Independente de gênero dos idosos, pessoas com doenças crônicas estão mais vulneráveis a desenvolverem depressão do que indivíduos saudáveis, inferindo-se então ser muito comum a coexistência doença crônica e depressão<sup>79</sup>.

Sobre a depressão infantil, é recente e muito complexa a investigação. Isso porque a infância foi considerada por muito tempo como uma fase liberta de sofrimento. Entretanto, os sintomas são demonstrados desde a mais tenra idade – “sinais bioquímicos de que a doença já é presente no cotidiano do indivíduo”<sup>80</sup>. A doença nessa fase gera confusão com outras psicopatologias e é reforçada pela inadmissibilidade de sua existência, ainda que se trate de uma patologia com possibilidades de deixar o indivíduo incapacitado, traduzindo-se numa atribulação de saúde pública. A carência de procedimentos definidos e a heterogeneidade no tratamento retratam a falta de compreensão mais definida do fenômeno<sup>81</sup>.

Assim que nasce a pessoa está sujeita ao mundo social em que vive, um mundo exterior a ela, do qual não pode escapar de ser por ele influenciada. E, por isso mesmo, os fatores de criação e os hereditários são gatilhos de engendramento da depressão. Eles se encontram indiretamente articulados “à maturação fisiológica da criança que, se de alguma

<sup>77</sup> CORRÊA, Mariana Lima; CARPENA, Marina Xavier; MEUCCI, Rodrigo Dalke; NEIVA-SILVA, Lucas. Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 6, p. 2083-2092, 2020, p. 3089.

<sup>78</sup> CORRÊA; CARPENA; MEUCCI; NEIVA-SILVA, 2020, p. 3090.

<sup>79</sup> CORRÊA; CARPENA; MEUCCI; NEIVA-SILVA, 2020, p. 3089.

<sup>80</sup> ATAÍDE, Bruno Miranda; MISSI, Eduardo Minine; FREITAS, Mayara Silva; SILVA JÚNIOR, Robertino Batista da; LOPES, Tatiana da Silva. *Depressão: alterações fisiológicas na infância. Cadernos Camilliani*, São Camilo. Cachoeiro de Itapemirim/ES, v. 16, n. 2, p. 1276-1293, jun. 2019, p. 1279.

<sup>81</sup> LIMA, Maria Odila Finger Fernandes; SCHÜNKEA, Lídia Käfer; MOSMANN, Clarisse Pereira. Instrumentos de avaliação da depressão infantil: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, Porto Alegre/RS, v. 22, n. 1, p. 53-69, 2020, p. 65.

maneira forem negligenciados, ou possuírem algum gene que cause a inibição da homeostasia do corpo, podem ser considerados como influência para o diagnóstico da depressão”<sup>82</sup>. Também “maus tratos, abusos, abandonos, que possuem algum transtorno comportamental ou de aprendizagem, e/ou possuem doenças crônicas são mais vulneráveis à depressão” – em se tratando de vítimas infantis. O principal fator para a manifestação da depressão, entre prováveis casos, é o abuso sexual<sup>83</sup>.

Pensamentos, memória, afetos, emoções, sentimentos e funções do corpo” abalados comprometem/incapacitam a vida pessoal, social/interpessoal e profissional do indivíduo depressivo, daí a necessidade de sua família manter-se bem-informada acerca do estado do paciente e ficar atenta aos riscos que ele corre de sofrer novos surtos, mesmo quando a crise está controlada. Até mesmo quando há melhora nas crises, os pacientes permanecem com alto risco de sofrerem novos surtos depressivos, por isso se faz necessário o acompanhamento médico<sup>84</sup>. Tais surtos de confusão mental pode levar o doente a “uma crise, chorar, ter piora dos sintomas e da tristeza, ficar em silêncio/não reagir, tentar explicar-se, comportamentos de isolamento/fuga, ignorar a situação e ficar com raiva”<sup>85</sup>.

A depressão pode então desencadear situações diversas: comprometimento nas relações interpessoais, desencadeamento de um sentimento de autoestigmatização, bloqueio nos planos profissionais e de vida e até mesmo interferência na continuação do tratamento, piorando drasticamente o seu estado de saúde. Em suma, é uma patologia geradora de preconceito responsável por diversos impactos psicológicos, mais ainda no que se refere ao pioramentos dos sintomas, à recusa ao tratamento, à percepção negativa de si próprio e aos embaraços nas relações laborais, familiares e sociais<sup>86</sup>. Vê-se que o agravamento dos sintomas pode ocasionar acrescimento do vazio existencial; portanto, a própria existência se torna insignificante e a pessoa se convence de que sua condição é insuperável, ocorrendo, não raro, a renúncia da vida.

Esse mal pode alavancar outros problemas de saúde no paciente como alterar a fisiologia do sistema nervoso autônomo, provocar desordens no sistema cardiovascular: infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), doença arterial periférica e de mais doenças crônicas, em especial as motivadas por maus hábitos

<sup>82</sup> ATAÍDE; MISSI; FREITAS; SILVA JÚNIOR; LOPES, 2019, p. 1281.

<sup>83</sup> ATAÍDE; MISSI; FREITAS; SILVA JÚNIOR; LOPES, 2019, p. 1285.

<sup>84</sup> RUFINO; LEITE; FRESCHI; VENTURELLI; OLIVEIRA; MASTROROCCHO FILHO, 2018, p. 842.

<sup>85</sup> ZANONATO; COSTA; AOSANI, 2021, p. 10950.

<sup>86</sup> ZANONATO; COSTA; AOSANI, 2021, p. 10956.

alimentares, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo dentre outras<sup>87</sup>. Por razões como essas e pelo que se expôs até aqui, a credibilidade a seu tratamento com as várias formas de operá-lo é indiscutível – conteúdo do item a seguir.

Após o exposto sobre sintomas/diagnóstico/causas da depressão, a abordagem se volta para o tratamento do paciente acometido desse transtorno.

### 1.3 Tratamento de paciente depressivo<sup>88</sup>

Ao se discorrer sobre um transtorno tão presente no dia a dia da humanidade pós-moderna como a depressão, é esperado que se coloque na pauta da discussão formas de seu tratamento. Nesse passo, o marco legal da reorientação do modelo assistencial, a Lei Federal Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, assegurando-lhes um tratamento com humanidade e respeito, em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, ficando a internação, como medida excepcional a ser adotada apenas quando os demais recursos estiverem esgotados<sup>89</sup>. Sobre depressão, um avanço que se registra é da Lei 14.543 ser sancionada instituindo a Semana Nacional de Conscientização sobre a Depressão – um marco que passou a ser comemorado todo ano na semana que inclui o dia 10 de outubro<sup>90</sup>. Essa decisão é louvável num país em que 5,8% da população, isto é, 11,5 milhões de brasileiros sofrem de depressão, configurando-se num problema de saúde pública<sup>91</sup>.

Mas, antes de se discorrer sobre formas de tratamento, convém adiantar esclarecendo que a depressão é curável. Conforme Nunes, Alencar e Castro é que ela “felizmente, é tratável e tem cura”<sup>92</sup>. Há, entretanto, uma preocupação: sua reincidência é um fato. Recaídas são normais e a doença pode voltar. Sendo uma patologia, como outra qualquer, a

<sup>87</sup> LUCENA, Carlos Yuri Ferreira. *Depressão compreendida como distúrbio e doença do século*. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras/PB, 2019.

<sup>88</sup> Faz-se aqui a seguinte ressalva: o tratamento ora abordado não inclui religiosidade/espiritualidade, uma vez que a subseção 2.3 discute especificamente essa questão.

<sup>89</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Legislação em saúde mental 1990-2002*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. 3. ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

<sup>90</sup> AGÊNCIA SENADO. *Sancionada lei que promove a Semana de Conscientização sobre a Depressão*. 04 abr. 2023.

<sup>91</sup> NUNES, Jonatha Rospide; ALENCAR, Geovana Lemes Ribeiro; CASTRO, Mariana Garcia Martins. Revisão integrativa de literatura acerca do tratamento de depressão na atenção primária de saúde. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 12, p. 97677-97691, 2020.

<sup>92</sup> LOPES, Dayane Cristina; OBARA, Francis W. Hiroiro; AVILA, Renato Nogueira Perez. Um levantamento do tratamento da cura da depressão como única patologia neurológica emocional curável. 15p. *Revista Eletrônica Inesul*. Instituto de Ensino Superior de Londrina/PR, v. 51, 2020, p. 1.

depressão não é curada apenas pelo esforço do próprio doente, necessita de consulta do profissional específico, psicólogo ou médico. “Tratamento medicamentoso constitui o fundamento da intervenção terapêutica para reduzir a duração e a intensidade dos sintomas do episódio atual e, principalmente, para prevenir sua recaída”<sup>93</sup>.

O mais comum do tratamento é o farmacoterápico, podendo muitas vezes associar-se à psicoterapia. Mas todo e qualquer tratamento para essa doença é duradouro e, em se tratando dos fármacos e psicoterápicos, o fato de serem de alto custo leva muitos pacientes a desistirem de se tratar. Somam-se a isso os efeitos colaterais declarados por muitos usuários de serem desestimulantes. Por isso, asseveram Lopes, Obara e Avila que “O tratamento antidepressivo deve ser considerado os aspectos psicológicos, biológicos e sociais do paciente, levando em conta a intensidade e frequência dos episódios depressivos”<sup>94</sup>, pois “uma interrupção precoce ou a redução das doses sem o consentimento médico resulta num fracasso do tratamento”<sup>95</sup>.

Nunes, Alencar e Castro (2020) pesquisaram trabalhos científicos publicados entre os anos 2015-2020 sobre o tratamento dessa doença na Atenção Primária de Saúde no Brasil e constataram que “Os resultados demonstram boa eficiência no tratamento não farmacológico” e despreparo da maioria das unidades de saúde quanto ao tratamento farmacológico”<sup>96</sup>. O pior é que este é o tratamento mais indicado pelos médicos, “principalmente, à escassez de outras ferramentas na Rede de Saúde”<sup>97</sup>. Além do mais, a pesquisa revelou que falta ao paciente apoio e incentivo familiar – achados esses considerados pelos autores como motivo para se buscar uma diretriz comum no tratamento da doença no concernente a “aperfeiçoamento da equipe de Saúde da Família e Comunidade, desde acolhimento até o seu acompanhamento adequado, enriquecer as redes de apoio com palestras motivacionais de pacientes curados da depressão, incentivar a prática de atividade física acompanhado da família”<sup>98</sup>.

Um dos grandes problemas intervenientes ao tratamento da depressão é o sentimento de vergonha em razão dos tabus gerados desde a antiguidade (já comentados aqui em 1.1) de se tratar de uma derrota humana ultrajante, falha de caráter, loucura, perda da libido. Isso sem contar que não dá para disfarçar a doença perante a fisionomia transtornada do paciente

<sup>93</sup> LOPES; OBARA; AVILA, 2020, p. 12.

<sup>94</sup> LOPES; OBARA; AVILA, 2020, p. 1.

<sup>95</sup> CARVALHO; JARA; CUNHA, 2017, p. 4.

<sup>96</sup> NUNES; ALENCAR; CASTRO, 2020, p. 97677.

<sup>97</sup> NUNES; ALENCAR; CASTRO, 2020, p. 97688.

<sup>98</sup> NUNES; ALENCAR; CASTRO, 2020, p. 97689.

com depressão. O que também contribuiu em muito para aumentar o estigma é um tipo de tratamento que foi muito utilizado na primeira metade do século XX: a eletroconvulsoterapia (ECT), conhecida popularmente como eletrochoque. Ainda hoje, para pacientes “que sofrem com doenças mentais graves, tais como o transtorno afetivo bipolar, o transtorno obsessivo compulsivo, a esquizofrenia e a depressão”, que correm o risco de catatonia e suicídio e que sejam refratários à medicação farmacológica, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza a ECT.

A ECT é uma terapia de resposta mais rápida do que a medicamentosa. Após o tratamento o paciente fica sujeito a certos efeitos colaterais: “desorientação logo após o tratamento, dor de cabeça e amnésia anterógrada ou retrógrada, que geralmente se resolve em algumas semanas ou meses”. Mas há ainda certo preconceito no uso dessa técnica por parte da população, que a relaciona a instrumentos de tortura e acreditam em publicações midiáticas equivocadas/adulteradas de leigos. Sem dúvida, de todos os tratamentos esse é o mais questionável e controverso. Desde 1938 essa técnica é utilizada no Brasil, porém, nos anos 1960-1970, a introdução de fármacos e psicoterápicos mais eficazes a refrearam, principalmente pela queixa de pacientes problemáticos e rebeldes serem a ela submetidos sem sedação e a várias sessões por dia, sendo que o indicado é de no máximo três sessões por semana em dias alternados<sup>99</sup>.

O problema da vergonha de ser acometido por essa doença também pode levar o paciente a um isolamento, postergando o tratamento. Nesse sentido, preconiza o Relatório Mundial da Saúde: “[...] políticas são necessárias para assegurar o fim do estigma e da discriminação bem como a implantação da prevenção e do tratamento eficaz, com financiamento adequado”<sup>100</sup>. Por óbvio a investida contra esse estigma por parte de autoridades competentes e afins é urgente começando “com pequenas ações, como: falar mais abertamente sobre a depressão na sociedade, na mídia e na internet, além de promover a educação e a conscientização da população e dos profissionais de saúde sobre esse tema”<sup>101</sup>.

Quando a depressão evolui para um estado crônico, havendo “alterações de substâncias no Sistema Nervoso Central, principalmente a noradrenalina e a serotonina”, o tratamento é mais prolongado. Os antidepressivos são indicados em situação de crise de casos graves, “e com reflexo negativo sobre a vida afetiva, familiar e profissional e em

<sup>99</sup> CARVALHO; JARA; CUNHA, 2017, p. 5.

<sup>100</sup> OMS, 2001, p. 13.

<sup>101</sup> ZANONATO; COSTA; AOSANI, 2021, p. 10946.

sociedade”. Já o tratamento apenas psicoterápico pode ser suficiente para quadros leves<sup>102</sup>. Em todo e qualquer caso não se deve adotar os medicamentos antidepressivos como pílulas miraculosas e únicas nesse tratamento. Outros setores da saúde podem trazer resultados efetivos também, como a intervenção psicológica. Mas, quando o envolvimento de fatores genéticos e hereditários provocam no cérebro uma disfunção bioquímica, é imprescindível a utilização do tratamento farmacoterápico, inclusive, muitas vezes, associado ao psicológico, na restauração do equilíbrio de modo que o paciente obtenha uma compensação bioquímica<sup>103</sup>. Enfim, para melhor eficácia do tratamento medicamentoso é preciso contar com outros determinantes: custos da medicação, tolerância a efeitos colaterais, rede de apoio familiar e social, dentre outros.

Considerando que a depressão resulta da persistente recorrência de pensamentos nocivos e excessivamente profundos (e não, como dizia Freud, de forças inconscientes) foi desenvolvida a terapia cognitivo-comportamental (TCC), processada em duas instâncias: aprendizagem e cognição. De caráter pedagógico, o empenho se direciona à modificação de pensamentos distorcido e crenças disfuncionais. É o próprio paciente o fornecedor dos dados, o que o tornam um sujeito ativo no decurso de sua transformação<sup>104</sup>. A investigação de revisão e metanálises realizada por Oliveira evidenciou “eficácia dessa abordagem tanto nos casos de recidiva quanto na remissão e redução dos sintomas depressivos”, tanto nas terapias de grupo quanto individuais<sup>105</sup>.

Pode-se associar ao tratamento psicofármaco a psicoterapia e atividades físicas<sup>106</sup>, as quais apresentam efeitos antidepressivos, uma vez que a prática do exercício físico ativa o desenvolvimento de sintomas de humor e modifica os mecanismos psicológicos e biológicos da doença. E quando realizada coletivamente libera endorfinas, que, além de minimizar a sensação de dor, pode instaurar um estado de euforia. É de consenso que as atividades físicas se constituem num significativo recurso para a reversão do transtorno depressivo. Ocorre que nem todos os indivíduos têm predisposição genética a reagirem da mesma forma em face de agentes que operam como estopim para as crises: “acontecimentos traumáticos na infância, estresse físico e psicológico, algumas doenças sistêmicas (ex:

<sup>102</sup> RUFINO; LEITE; FRESCHI; VENTURELLI; OLIVEIRA; MASTROROCO FILHO, 2018, p. 842.

<sup>103</sup> GOMES 2011, p. 86.

<sup>104</sup> OLIVEIRA, Antoniel Campos. Eficácia da terapia cognitivocomportamental no tratamento da depressão: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 15, n. 1, p. 29-37, 2019, p. 31.

<sup>105</sup> OLIVEIRA, 2019, p. 35-36.

<sup>106</sup> RUFINO; LEITE; FRESCHI; VENTURELLI; OLIVEIRA; MASTROROCO FILHO, 2018, p. 837.

hipotireoidismo), consumo de drogas lícitas e ilícitas, certos tipos de medicamentos (ex: as anfetaminas)”<sup>107</sup>.

As atividades físicas associadas a uma dieta equilibrada e a um acompanhamento profissional podem promover o restabelecimento no quadro de ansiedade e depressão, pois assim o paciente está sendo tratado de forma mais integral. Daí a necessidade de uma equipe multiprofissional, afinal “as bases moleculares das doenças envolvem os aspectos nutricionais e o tratamento com fármacos específicos são potencializados com medidas complementares, como uma alimentação balanceada”<sup>108</sup>. Portanto, o enfoque nutricional é de grande relevância na condução dos alimentos que podem propiciar mais energia, manter o corpo mais saudável e produtor da homeostase<sup>109</sup>. Infere-se, logo, ser importante que o tratamento antidepressivo se realize sob as perspectivas biológica, psicológica e social de modo a alterar o estilo de vida do doente, o cuidado para consigo próprio. Ele precisa ser orientado acerca de boas referências/padrões de vida saudáveis no tocante à alimentação equilibrada, higiene pessoal e interação com pessoas que lhe fazem bem<sup>110</sup>.

Verdadeiramente, o que mais se verificou sobre tratamento de depressão na literatura mais recente são as terapias complementares, dentre as quais citam-se mais estas:

[...] o uso de probióticos<sup>111</sup>, suplementos e curcumina, e a realização de auriculoterapia, musicoterapia, *mindfulness* [atenção plena], terapia comunitária, yoga, Reiki, meditação, eletroacupuntura, acupuntura, aromaterapia, *biofeedback*, hipnoses, homeopatia, terapia de luz, massagem terapêutica, dança, intervenção espiritual e religiosa, terapia baseada em movimentos chineses, pilates e treino aeróbico<sup>112</sup>.

Clemente, Souza e Farias explicam haver uma interdependência, uma interação complexa entre “nutrição humana e eixo intestino-cérebro com a prevalência de transtornos depressivos”; também existe e é complexo o envolvimento da comunicação neural no “sistema nervoso entérico, mediadores químicos e vias neurais”. Então é importante entender os procedimentos comunicativos entre esses eixos a fim de produzir técnicas terapêuticas próprias para males pertinentes a transtornos de humor<sup>113</sup>. O paciente

<sup>107</sup> RUFINO; LEITE; FRESCHI; VENTURELLI; OLIVEIRA; MASTROROCCHO FILHO, 2018, p. 841.

<sup>108</sup> ARAÚJO; VIEIRA; SILVA; FARIA; NUNES; KHOURI; SOUZA; MORAIS; SILVEIRA, 2020, p. 24.

<sup>109</sup> Manutenção do estado de equilíbrio interno independente de transformações ocorridas no meio externo.

<sup>110</sup> RUFINO; LEITE; FRESCHI; VENTURELLI; OLIVEIRA; MASTROROCCHO FILHO, 2018, p. 842.

<sup>111</sup> Probióticos são micro-organismos vivos com capacidade de otimizar o equilíbrio da microbiota intestinal (flora intestinal).

<sup>112</sup> MAIA, Jéssica Daiane de Melo; DOLABELA, Maria Fâni; MAIA, Müller Pereira. Contribuições de terapias complementares e outras estratégias para o tratamento de depressão: uma revisão integrativa. 8p. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 10, 2022, p. 7.

<sup>113</sup> CLEMENTE, Thiago Dantas; SOUZA, Ewerton Vinicius Carvalho de; FARIAS, Eduardo Henrique Cunha de. Uso de probióticos no tratamento da depressão. 12p., 2022, p. 3.

depressivo precisa ter uma alimentação saudável, em especial o “cuidado da microbiota intestinal e seu equilíbrio”, não só para prevenir o quadro de depressão, mas também para melhorar sua condição. Para tal, uma dieta que inclui probióticos tem se apresentado proveitosa como terapia adjuvante, proporcionando resultados efetivos no bem-estar físico e emocional do paciente e conseqüentemente sua recuperação<sup>114</sup>.

Na área da saúde mental, informa Koenig, tem havido muitas transformações desde 1990 com investigações sistemáticas demonstrando que a religião tem sido um recurso de abrandamento do estresse resultante de transtornos de ansiedade/depressão e ideias suicidas. Nas muitas pesquisas, aqueles que se revelaram ter fé não permaneciam por longo tempo neuróticos/instáveis; os dotados de “fé religiosa profunda na realidade pareciam lidar melhor com estresses da vida, recuperar-se mais rapidamente de depressão e apresentar menos ansiedade e outras emoções negativas que as pessoas menos religiosas”<sup>115</sup>.

Conforme Koenig, a religião fornece recursos para lidar com o estresse, pode aumentar a frequência de emoções e reduzir a probabilidade de que o estresse resulte em distúrbios emocionais como depressão, transtorno de ansiedade, suicídio e abuso de drogas. É comum se recorrer ao *coping* religioso no enfrentamento da depressão, situação em que o paciente busca entender sua vida, seus traumas, por meio da religião/fé/crenças religiosas, a fim de assim contribuir para a resolução de problemas e obstar ou amenizar os corolários emocionais negativos de contingências estressantes da vida”<sup>116</sup> – tópico este a ser discutido na parte 2 desta dissertação, na seção 2.3.

Enfim, tem havido preocupação por parte de muitos estudiosos acerca de se estudar e pesquisar a depressão a fim de encontrar uma forma de melhor tratá-la, evitar seu agravamento a partir da compreensão de suas causas e melhor modo de combatê-las; até mesmo sua manifestação. O paciente vem sendo tratado numa visão holística, vem sendo compreendido nos seus múltiplos aspectos: físico, psicológico, biológico, social, cultural, religioso, dentre outros – sendo este último o tema que se aborda na segunda parte desta dissertação.

<sup>114</sup> CLEMENTE; SOUZA; FARIAS, 2022, p. 1.

<sup>115</sup> KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental (Prefácio). Tradução: Alexander Moreira-Almeida. *Revista de Psiquiatria Clínica*, n. 34, supl. 1, p. 5-7, 2007, p. 5.

<sup>116</sup> BRITO, Hérica Landi de; SEIDL, Eliane Maria Fleury; COSTA-NETO, Sebastião Benício. *Coping* religioso de pessoas em psicoterapia: um estudo preliminar, p. 202-215. *Contextos Clínicos*, v. 9, n. 2, jul./dez. 2016, p. 204.

## 2 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

O propósito deste capítulo é atingir o segundo objetivo específico delineado neste trabalho (*identificar de que modo a religiosidade tomada como prática da espiritualidade atua na saúde do indivíduo*), a fim de estabelecer uma conexão com o capítulo anterior (cujo foco é a depressão), isto é, averiguar o que dizem os teóricos sobre a influência da religiosidade/espiritualidade auxiliando (ou não) no embate do tratamento da depressão. Antes, porém, se faz indispensável estudar tal influência na qualidade de vida da pessoa, sem se centrar no paciente depressivo; depois, o ponto de focagem é em pessoas com problemas quaisquer de saúde (menos depressão); por fim é que o enfoque recai sobre intervenções religiosas/espirituais como prática coadjuvante no tratamento de paciente depressivo. Vai-se, pois, confirmar por meio de literatura pertinente se se trata de um dispositivo favorável ou não nesse ensejo.

Insta esclarecer que a divisão conceitual entre religião, religiosidade e espiritualidade não é consenso nas Ciências das Religiões. Ademais,

Lembra-se que o conceito de religião, como ocorre com demais conceitos, transforma-se ao longo do tempo. Nas palavras de Masuzawa<sup>117</sup>, o conceito de religião está engendrado na vida das comunidades e sempre girando em torno de crenças, práticas e rituais sistematicamente organizados e alusivos ao sagrado. Como instituição social e cultural que é, a religião envolve dogmas, regras de condutas dos membros religiosos/fiéis, orientações de procedimento individual e social, tudo isso cingido por um sistema simbólico constituído de valores e doutrinas que tracejam os ritos e as convenções litúrgicas de cada religião<sup>118</sup>. Considerando a(s) religião(ões) na perspectiva de um produto social e cultural, depreende-se que seu(s) deus(es) foi(ram) construído(s) à imagem e semelhança dos fiéis inseridos na comunidade religiosa a que pertencem<sup>119</sup>.

Lembra-se também que, no mesmo campo semântico se encontram a religiosidade e a espiritualidade, ocupando um espaço especial na vida das pessoas, por atuarem nas formas como estas pensam, agem, interpretam o mundo circundante e a si próprias; também por apoiá-las na vida afetiva e social e no entendimento da própria existência. Religiosidade

<sup>117</sup> MASUZAWA, Tomoko. *The invention of world religions: or, how european universalism was preserved in the language of pluralism*. Chicago: University of Chicago, 2005, p. 20.

<sup>118</sup> MASUZAWA, 2005, p. 20.

<sup>119</sup> MARQUES, Luciana Fernandes. Religiosidade/espiritualidade na educação e na saúde: ensino e extensão. *Pistis & Praxis*, n. 9, v. 1, p. 189-203, 2017.

e espiritualidades abrangem fenômenos valorativos, comportamentais, emocionais, de credos formadores da organização sociocultural da subjetividade da pessoa<sup>120</sup>.

A religiosidade implica práticas ritualísticas (orações, rezas, por exemplo) em ambiente propício (templos, igrejas e outros), mas pode estar desvinculada de instituições formais. Refere-se “à maneira pela qual os indivíduos e grupos vivem sua relação com entidades transcendentais”<sup>121</sup>, ao modo de como as pessoas particularmente experienciam possibilidades de intimidade com o sagrado; pode ser explicada como a “abertura existencial que o ser humano tem em relação ao mistério transcendente, que o inunda, perpassa e transpassa”<sup>122</sup>. Em suma, a religiosidade é o modo particular de vivenciar religião, práticas religiosas, crenças, a sós ou acompanhado. Ela produz sentidos lógicos e coerentes aos olhos do crente relacionados ao cotidiano muitas vezes permeado de intempéries de toda ordem (doenças, tragédias, mortes, problemas laborais e familiares) possibilitando-lhe adaptações/respostas a tais contingências<sup>123</sup>.

Já a espiritualidade (intimamente relacionada à religiosidade) traduz-se numa vinculação íntima com o ser metafísico, transcendente, superior, com o qual o crente apela por significados e providências essenciais para si e/ou para outrem, sem, em tese, estar demarcada por uma instituição religiosa; é, pois, uma experiência particular capaz de assistir a pessoa em suas turbulências existenciais e de, mesmo nessas adversidades, encontrar sentido na vida e esperar por situações melhores. Nessa conjuntura harmônica, “a espiritualidade é uma dimensão importante do homem que, a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui aquilo que determina a sua singularidade como pessoa”<sup>124</sup>.

Na verdade, esses conceitos ora são utilizados indistintamente. Muitas vezes a religião busca por sentido para além da institucionalização podendo se confundir com a espiritualidade, cuja essência é mais abrangente. Enfim, religiosidade, espiritualidade e fé

<sup>120</sup> ZERBETTO, Sonia Regina; GONÇALVES Angélica Martins de Souza; SANTILE, Nátaly; GALERA, Sueli Aparecida Frari; ACORINTE, Ana Carolina; GIOVANNETTI, Gisele. Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista. 8p. *Escola Anna Nery* 21(1) 2017, p. 2.

<sup>121</sup> JODELET Denise. A perspectiva interdisciplinar no campo de estudo do religioso: contribuições da Teoria das Representações Sociais. In: FREITAS, Marta Helena de; PAIVA, Geraldo José de; MORAES, Célia Carvalho de (Orgs.). *Psicologia da religião no mundo ocidental contemporâneo: desafios da interdisciplinaridade*, p. 89-111. Brasília-DF: Universa, 2013, p. 91.

<sup>122</sup> PANASIEWICZ, Roberlei. Categorização de experiências transcendentais: uma leitura da religiosidade, da fé e da religião. *Revista Pistis & Praxis: Teologia e Pastoral*, v. 5, n. 2, p. 587-611, 2013. p. 607.

<sup>123</sup> MARQUES, 2017.

<sup>124</sup> PINTO, Cândida; PAIS-RIBEIRO, José Luís. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007, p. 51.

são abstrações tão próximas (ainda que distintas) que são empregadas neste texto, por vezes, indiscriminadamente, também pelo fato de que, em certos contextos, elas se equivalem.

Nas últimas décadas, a literatura acadêmico-científica tem valorizado a religiosidade e a espiritualidade em contextos de doença, cura, situações conflituosas, de sofrimento – questões a serem tratadas nesta parte da dissertação, que envolve qualidade de vida, situações de adoecimento, em especial da depressão.

## 2.1 Interferências religiosas/espirituais na qualidade de vida do indivíduo

Nesta seção, o estudo está canalizado para a concepção atual de qualidade de vida (que tanto difere de outrora), uma interpretação subjetiva e que pode ou não estar, dentre outros constituintes, regado de crenças, fé, religião, religiosidade e/ou espiritualidade. A literatura científica vem abrindo espaço para dimensões substanciais norteadoras de ações humanas como a religiosidade/espiritualidade a fim de melhor entender o homem holisticamente. Há décadas que essa tem sido a preocupação de teóricos/pesquisadores. É uma área até então um tanto escassa de estudos mais objetivos e ainda assim o que se tem de resultados/conclusões já podem ser considerados como padrões. É sabido, pois, que este conteúdo se presentifica nos estudos acadêmico-científicos indicando, na maior parte dos casos, para resultados benéficos de ingerências na qualidade de vida das pessoas<sup>125</sup>.

Historicamente o conceito de qualidade de vida esteve vinculado “à satisfação de um indivíduo com a vida, e tem suas raízes no pensamento grego clássico e nos ensinamentos religiosos. O conceito inicial é atribuído a Aristóteles para quem a qualidade de vida foi definida como felicidade, a boa vida ou o produto de uma vida de virtude”<sup>126</sup>. Já no século XX, posterior a Segunda Guerra Mundial esse conceito se pautava de modo direto a condições econômicas capitalistas, considerando os dotes/riquezas materiais na avaliação da qualidade de vida das pessoas<sup>127</sup>.

Foi na década de 1960 que o conceito de qualidade de vida passou a ter evidência, a ser tema de aferição sistemática e científica na área da saúde e seus cuidados, diante de

<sup>125</sup> BARRIO, Laura. Religião e espiritualidade influenciam índices de qualidade de vida. *Jornal da USP*. 05 dez. 2017. p. 1.

<sup>126</sup> RUIDIAZ-GÓMEZ, Keydis Sulay; CACANTE-CABALLERO, Jasmin Viviana. Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. *Revista Ciencia y cuidado*, v. 18, n. 3, p. 86-99, 2021, p. 101.

<sup>127</sup> MELO, Cynthia de Freitas; SAMPAIO, Israel Silva; SOUZA, Deborah Leite de Abreu; PINTO, Nilberto dos Santos. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia Rio de Janeiro* v. 15 n. 2 p. 447-464, 2015, p. 449.

mudanças paradigmáticas dos modelos epidemiológicos – é o que informam Ruidiaz-Gómez e Cacante-Caballero e ainda acrescentam:

Nesse novo cenário, os indicadores de morbimortalidade foram subestimados, para favorecer a qualidade de vida humana, aliviar sintomas, melhorar o nível de funcionamento, alcançar melhores relações sociais e autonomia pessoal. Esse novo paradigma procurou mudar o conceito de atenção à saúde e qualidade de vida, começando a inserir nele o impacto das doenças, seus tratamentos em termos de bem-estar, a satisfação dos indivíduos, sua capacidade física, psicológica e social<sup>128</sup>.

Na verdade, os parâmetros a esse respeito vêm se alargando de modo que saúde não mais se restringe à ausência de morbimortalidade. Assim, “o interesse no desenvolvimento de medidas de desfecho como ‘bem-estar’ e ‘qualidade de vida’ tem tido notável crescimento e indícios de associação com espiritualidade/religiosidade têm sido encontrados”<sup>129</sup>. Entretanto, há definições distintas sobre qualidade de vida entre os diversos estratos e cultura de uma sociedade. Sim, “é um conceito multidimensional influenciado pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, condições de vida e relações sociais do indivíduo”<sup>130</sup>.

A falta de consenso nessa definição levou os especialistas da OMS de várias partes do mundo a se reunirem para chegarem a uma definição do termo, qual seja: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>131</sup>. É oportuno esclarecer a distinção conceitual que há entre qualidade de vida (“parâmetros que se referem à percepção subjetiva dos aspectos importantes da vida de uma pessoa, os quais podem ou não com indicadores de padrão de vida”) e padrão de vida (“indicadores globais das características relevantes do modo de viver das sociedades e indivíduos, em termos socioeconômicos, demográficos e de cuidados básicos de saúde disponíveis”)<sup>132</sup>.

Com essas mudanças prototípicas, a preocupação com a qualidade de vida passou a ser mais intensa nas ciências humanas e biológicas do que outrora, quando se concentrava mais na saúde do corpo e sua longevidade. Hoje seu conceito envolve a percepção subjetiva, “na qual intervêm fatores ‘não clínicos’, como família, amigos, crenças religiosas, trabalho,

<sup>128</sup> RUIDIAZ-GÓMEZ; CACANTE-CABALLERO, 2021, p. 97.

<sup>129</sup> PANZINI, Raquel Gehrke; ROCHA, Neusa Sicca da; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, n. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007, p. 106.

<sup>130</sup> RUIDIAZ-GÓMEZ; CACANTE-CABALLERO, 2021, p. 86.

<sup>131</sup> WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

<sup>132</sup> PANZINI; ROCHA; BANDEIRA; FLECK, 2007, p. 107.

renda e outras circunstâncias de vida”<sup>133</sup>. Também a distância que durante muito tempo colocou em polos opostos ciência e religiosidade/espiritualidade vem sendo diminuída a partir de estudos mais recentes.

No protocolo da QHOQOL-100<sup>134</sup> há o domínio VI intitulado *Espiritualidade, Religiosidade e Crenças pessoais* cujo propósito é que seja desenvolvido em distintas culturas e religiões a fim de que sejam tomadas medidas mais sensíveis e completas na área da saúde quando for necessário. Não se trata de religião específica, e sim de quaisquer formas de religiosidade/espiritualidade praticadas pelo paciente. Não sendo este afiliado a nenhum credo e nem voltado à dimensão espiritual, o domínio será canalizado a crenças/códigos comportamentais<sup>135</sup>. Com efeito, “há uma relação de continuidade entre as noções de espiritualidade, religiosidade e religião<sup>136</sup>, ao mesmo tempo reconhecendo suas especificidades, mas sem caracterizar uma dicotomia que as tomem como necessariamente opostas entre si”, afirmam Nwora e Freitas<sup>137</sup> – mas, vale lembrar, essa continuidade não torna esses termos sinonímicos.

Culturalmente, de um lado sempre estiveram pensamentos racionalistas, cartesianos e mecanicistas desmerecendo o imensurável, concebendo como verdade o que calculado e calculável, verificado e verificável, controlado por técnicas e razão. De outro lado, a “não ciência” (religião, estudos do mundo subjetivo dentre outros que não podem ser submetidos ao crivo quantitativo). E a qualidade de vida nem sempre era concebida em seus aspectos subjetivos como o é agora quando então se verifica uma quebra de paradigmas ao abranger uma noção interdisciplinar, componentes complexos, até mesmo herméticos, de difícil mensuração, com foco na compreensão do sujeito em sua complexidade e particularidades<sup>138</sup>.

Em 2015, Melo, Sampaio, Souza e Pinto ao realizarem uma pesquisa de revisão bibliográfica de metanálise com três descritores (“religiosidade”/“qualidade de

<sup>133</sup> RUIDIAZ-GÓMEZ; CACANTE-CABALLERO, 2021, p. 98. Grifo nosso.

<sup>134</sup> World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). “O instrumento WHOQOL-100 consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais”. FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. p. 35.

<sup>135</sup> WHO (World Health Organization). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. Report on WHO consultation. MNH/MAS/ MHP/98.2 WHO, Genebra, 1998. 22 p.

<sup>136</sup> Religião aqui entendida conforme definição registrada no *Dicionário Oxford*: “crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo” (PANZINI; ROCHA; BANDEIRA; FLECK, 2007, p. 106).

<sup>137</sup> NWORA, Emmanuel Ifeka; FREITAS, Marta Helena de. Relações entre religiosidade e saúde mental na concepção de capelães. *Rever*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 199- 217, maio/ago. 2020, p. 202.

<sup>138</sup> MELO; SAMPAIO; SOUZA; PINTO, 2015, p. 450.

vida”/”espiritualidade”) ficou evidente haver íntima correlação entre eles atuando em especial no enfrentamento de contextos adversos, levando esses pesquisadores a inferirem a relevância “desses fenômenos para as práticas de saúde, ressaltando-se a necessidade de valorizá-los e incluí-los nas formações profissionais”<sup>139</sup>. Ademais, alertam esses pesquisadores que, embora façam parte do dia a dia, esses fenômenos, na esfera acadêmico-científica, são desprezados, em especial, devido à carência de fundamentação empírica <sup>140</sup>.

A religiosidade e a espiritualidade são fatores que – ao atuarem na forma de as pessoas se interpretarem/compreenderem e ao mundo a seu redor – promovem vínculos afetivos e interações sociais coadjuvantes dos fiéis na instauração de sentidos para a existência. Com efeito, o envolvimento nessa seara está concatenado de modo positivo a critérios favoráveis à boa disposição psicológica (como felicidade, bem-estar no *modus vivendi*, afeto auspicioso e moral elevado), à mobilização de energias e sua materialização configuradas cognitivamente e emocionalmente na geração de sentidos para o estar no mundo<sup>141</sup>.

Vê-se, pois, que os fenômenos arrolados nesse domínio extrapolam o âmbito transcendental e atingem a “constituição sociocultural da subjetividade dos indivíduos, manifestando-se em crenças, valores, emoções e comportamentos”<sup>142</sup>. Adverte-se, porém, a existência de práticas religiosas de efeitos negativos. Há as que induzem o sujeito a se sentir culpado, envergonhado, temeroso em face de certos comportamentos/ações – a depender do credo, uns mais coercitivos e controladores que outros, podendo inclusive afetar a qualidade de vida<sup>143</sup>.

Mesmo em idosos, a despeito de certas comorbidades resultantes da senilidade, a qualidade de vida “é um reflexo do nível de bem-estar biopsicossocial, espiritual e até econômico do indivíduo”<sup>144</sup>. Inclusive, estudos tem-se intensificado recentemente, na literatura médica e psicológica, indicando a religiosidade/espiritualidade como uns dos atributos mais expressivos da subjetividade da pessoa, descobrindo sua relação na construção de sentido e estruturação da própria vida além de influenciar positivamente na saúde. Evidenciou-se que “maiores níveis de envolvimento religioso estão associados

<sup>139</sup> MELO; SAMPAIO; SOUZA; PINTO, 2015, p. 447.

<sup>140</sup> MELO; SAMPAIO; SOUZA; PINTO, 2015, p. 458.

<sup>141</sup> JODELET, 2013.

<sup>142</sup> COSTA, Larissa dos Santos; XIMENES, Bruna da Conceição; DUTRA, João César Anes; FONSECA, João Victor da Costa; MARTINS, Alberto MESAQUE. Religiosidade e espiritualidade no enfrentamento à pandemia de Covid-19: revisão integrativa. *Revista de Psicologia da Imed*, Passo Fundo, vol. 14, n. 1, p. 157-175, jan./jun. 2022, p. 160.

<sup>143</sup> JODELET, 2013.

<sup>144</sup> MENEZES, Giovanna Raquel Sena; SILVA, Alexciana Santos da; SILVÉRIO, Leandro Carlos; MEDEIROS, Ana Cláudia Torres de. Impacto da atividade física na qualidade de vida de idosos: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 2, p. 2490-2498, 2020, p. 2492.

positivamente com indicadores que contribuem para o bem-estar psicológico, como felicidade, satisfação com a vida, afeto positivo e moral elevado”, além do destaque à “correlação entre religiosidade e qualidade de vida geral”<sup>145</sup>.

Nesse sentido vale mencionar a pesquisa elaborada por Ferriss (2002) que relaciona religião e qualidade de vida valendo-se dos indicadores objetivos e subjetivos de qualidade de vida, quando então emergiu a variável “*felicidade* associada à frequência/presença em serviços religiosos, a preferências proselitistas e a preferências doutrinárias, bem como a certas crenças relacionadas à religião, como a crença de que o mundo é bom ou mau, mas não à crença na imortalidade”<sup>146</sup>. Enfim, a conclusão a que chegou estão sumarizadas nestes tópicos:

- 1) organizações religiosas contribuem para a integração da comunidade, consequentemente aumentando a QV;
- 2) como a frequência/presença em serviços religiosos esteve imperfeitamente associada com QV, outros fatores deveriam estar atuando;
- 3) a concepção americana de “vida boa” se baseia fortemente em ideais judaico-cristãos;
- 4) os princípios da religião podem atrair pessoas com disposição para a felicidade;
- 5) a religião pode explicar um propósito na vida que promova bem-estar<sup>147</sup>.

Por certo, o ser humano não vê a sua vida como limitada e finita. Essa percepção, porém, pode levá-lo a certo desejo de superação de tal determinismo por meio de uma vivência permeada de celebrações e gozos, e de algo mais que lhe dê respostas sobre o sentido da vida e sobre dúvidas existenciais, afetando sua vida tangível. Eis que a religiosidade (com ou sem comprovação empírica) o abastece dessa vacância transcendental, levando-o à autorreflexão, a um olhar mais à frente do mundo objetivo podendo com isso vivenciar um sentimento de intimidade existencial não necessariamente vinculado a credo/religião, à espiritualidade, a qual “é entendida como a sede das demandas de sentido existencial, impulsionando a busca de respostas para as grandes questões da vida”<sup>148</sup>; ela se relaciona “com o sagrado ou transcendente que podem (ou não) levar a ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade”; ela “tem sido apontada como uma importante dimensão da qualidade de vida”<sup>149</sup>.

A religiosidade, por seu turno, está envolta numa gama de práticas, cultos, rituais, crenças alusivas a certo cânon/doutrina de adoração compartilhado/seguido por um coletivo

<sup>145</sup> MELO; SAMPAIO; SOUZA; PINTO, 2015, p. 449.

<sup>146</sup> PANZINI; ROCHA; BANDEIRA; FLECK, 2007, p. 108.

<sup>147</sup> PANZINI; ROCHA; BANDEIRA; FLECK, 2007, p. 108.

<sup>148</sup> NWORA; FREITAS, 2020, p. 202.

<sup>149</sup> PANZINI; ROCHA; BANDEIRA; FLECK, 2007, p. 105-106.

de pessoas cingido em fé. Vale lembrar a celebrada classificação, no meio acadêmico, de religiosidade – extrínseca e intrínseca, respeitante à maturidade/imaturidade psíquica – dada pelo psicólogo estadunidense Gordon Willard Allport (1897-1967), em seu estudo da personalidade relacionado à dimensão moral. Enquanto a religiosidade extrínseca se externaliza na religião, é publicizada com propósito de alcançar determinados alvos (benefícios próprios, status, distração, segurança), sendo, portanto, usada nessa orientação; a religiosidade intrínseca é vivenciada, amadurecida, harmonizada à crença da pessoa<sup>150</sup> com a qual ela mantém um relacionamento saudável, pleno de significados à sua existência<sup>151</sup>.

Sobre religiosidade, Nwora e Freitas estabelecem a seguinte síntese:

A religiosidade [...] caracteriza-se por uma forma específica de busca de respostas ancoradas na crença de uma dimensão transcendente, além do humano, e que, conforme as variações subjetivas, intersubjetivas e culturais, podem ser designadas como “Deus”, “Divino”, “Último”, “Sagrado”, “Criador”, “Jeová”, “Tupã”, dentre tantos outros termos. Essa religiosidade pode estar ou não ancorada em uma religião, a qual, por sua vez, fica reservada para se referir àqueles modos de respostas formuladas coletivamente, sob a forma de dogmas, doutrinas e instituições que sistematizam maneiras específicas de crer, referendar e adorar algumas daquelas modalidades de transcendente e que variam conforme as culturas e épocas<sup>152</sup>.

Em suma, há de se concordar mais uma vez com Panzini, Rocha, Bandeira e Fleck quando afirmam que “religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais não são temas alheios ao conceito de QV [qualidade de vida], sendo, na verdade, uma de suas dimensões”<sup>153</sup>. Pode-se comprovar essa assertiva por intermédio de pesquisas de rigor metodológico plausível, “utilizando diversas variáveis para avaliar espiritualidade (por exemplo: afiliação religiosa, oração e *coping* religioso/espiritual). Também existem vários instrumentos de qualidade de vida válidos e fidedignos que avaliam a dimensão espiritual/religiosa”<sup>154</sup>. O que interessa saber mais sobre essa dimensão é seu vínculo em circunstâncias de adoecimento

<sup>150</sup> “Crenças pessoais podem ser quaisquer crenças/valores sustentados por um indivíduo e que caracterizam seu estilo de vida e comportamento. Pode haver sobreposição com espiritualidade, pois crenças pessoais não necessariamente são de natureza não material, como o ateísmo” (PANZINI; ROCHA; BANDEIRA; FLECK, 2007, p. 106).

<sup>151</sup> NWORA; FREITAS, 2020.

<sup>152</sup> NWORA; FREITAS, 2020, p. 202.

<sup>153</sup> PANZINI; ROCHA; BANDEIRA; FLECK, 2007, p. 107.

<sup>154</sup> PANZINI; ROCHA; BANDEIRA; FLECK, 2007, p. 105.

## 2.2 Situação de adoecimento e sua relação com a religiosidade/espiritualidade

Enquanto a medicina oriental empenha-se explicitamente na integração do binômio dimensão religiosa/espiritual e saúde/doença, a medicina ocidental (mais especificamente a psiquiatria) veio por muito tempo apresentando dois posicionamentos demarcados nessa esfera: 1) “negligência, por considerar esses assuntos sem importância ou fora da área de interesse principal; ou 2) oposição, ao caracterizar as experiências religiosas dos pacientes como evidência de psicopatologias diversas”<sup>155</sup>.

Mesmo que estudos científicos venham confirmando relevantes impactos da religião/religiosidade/espiritualidade na vida das pessoas, o enfoque restrito na doença ainda faz parte de especialistas da saúde mais resistentes a transformações, enquanto outros mais abertos a avanços científicos vêm aderindo à pesquisas de características adaptativas como resiliência, coragem/enfrentamento/*coping*, criatividade, sabedoria, esperança, fé, religiosidade/espiritualidade<sup>156</sup>, em busca de melhor controlar situações estressoras, de encontrar relativa paz em meio a situações limite.

Com efeito, pesquisas (inclusive as mais recentes) confirmam o *coping* religioso como “recursos de ordem religiosa para interpretar e lidar com processos e momentos difíceis, como as doenças físicas ou mentais quando associadas ao uso prudente da religiosidade e espiritualidade, deixando de lado aspectos ligados ao fanatismo”<sup>157</sup>, quando então ele funciona negativamente com a adoção de condutas e estratégias cognitivas duvidáveis, inócuas, levando à piora do quadro com o doente vencido pelo estresse. *Coping* religioso pode, portanto, agir negativa ou positivamente.

Em contexto de adoecimento, segundo a psicóloga Maria Leia Kratsch, é propício que ele seja tomado, durante o tratamento, não concentrado na vertente de um fenômeno negativo vivenciado, e sim como uma contingência de “ressignificação da própria existência”, já que é possível ao ser humano ser “agente transformador de algo negativo, como o adoecimento, em algo positivo e possível de encontrar um sentido”, inclusive quando se está diante de uma fatalidade, isto é, de “um destino inevitável e inalterável”<sup>158</sup>. Consoante Kratsch, “O adoecimento é uma experiência que reflete na existência humana

<sup>155</sup> PANZINI; ROCHA; BANDEIRA; FLECK, 2007, p. 106.

<sup>156</sup> PANZINI; ROCHA; BANDEIRA; FLECK, 2007, p. 107.

<sup>157</sup> COSTA; XIMENES; DUTRA; FONSECA; MARTINS, 2022, p. 161.

<sup>158</sup> KRATSCH, Maria Leia. A vivência do adoecimento: reflexões sobre liberdade e busca de sentido à luz da Psicologia Existencialista. *Faculdade Sant’Ana em Revista*, Ponta Grossa, v. 4, p. 53-64, 1. Sem. 2020, p. 53.

processos de esgarçamento, dor, sofrimento e medo, sentimentos negativos que tendem encapsular as possibilidades de enfrentamento e busca de sentido”<sup>159</sup>.

Depreende-se daí que, diante de um fenômeno (doença) imutável, a possibilidade de mudança está no próprio doente, que pode mudar a si próprio, definindo e redefinindo seus valores, sua compreensão de si próprio como ser capaz de enfrentamento e superação de tribulações, ampliando e fortalecendo a resiliência no embate de um luto decorrente da perda da saúde. Em situações como essa, uma parte considerável de teóricos tomam as crenças espirituais como estruturadoras de “um quadro do tipo ativo-cognitivo, que permite às pessoas enfrentarem as crises existenciais ameaçadoras, favorecendo o suporte social e emocional”<sup>160</sup>. Afinal, o corpo doente é mais que uma matéria biológica, tem sua história, é permeado de perspectivas ainda que lhe reste tão somente a da contiguidade imediata da morte que se faz acompanhar da concepção de “fracasso do corpo”<sup>161</sup>.

“A participação religiosa e a espiritualidade parecem relacionar-se com uma melhor saúde e uma expectativa de vida mais prolongada, menor ansiedade, depressão e suicídio, mesmo após o controlo de variáveis como comportamentos de saúde e apoio social” – refletem os articulistas Pinto e Pais-Ribeiro. Entretanto, a despeito da admissão da relevância da influência espiritual no bem-estar da pessoa e, por conseguinte, na sua saúde, os autores verificaram em seu estudo que, na prática clínica, essa abordagem não é, ainda, tomada como relevante<sup>162</sup>.

É preciso considerar que

A religiosidade/espiritualidade está ancorada na cultura dos brasileiros e faz parte do senso comum, influenciando as crenças, comportamentos e visão de mundo. Assim, consiste no caminho que a pessoa encontra para transcender o adoecer, as perdas, a internação e o vazio existencial. Consiste em uma importante estratégia de resiliência no existir do indivíduo e contribui para o enfrentamento de patologias, da solidão, entre outras demandas significativas, que colaboram para a instauração do bem-estar<sup>163</sup>.

É possível ao homem transcender as realidades deterministas de adversidades trágicas irreversíveis, em situações limite, até mesmo na finitude da vida com a presença da

<sup>159</sup> KRATSCH, 2020, p. 62.

<sup>160</sup> PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007, p. 47.

<sup>161</sup> GAMA, Maria Georgeana Marques da. *O luto profissional nos enfermeiros*. 236 f. Tese de Doutorado em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, 2013. p. 23..

<sup>162</sup> PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007, p. 48.

<sup>163</sup> NOVAES, Fernanda Sampaio; SANTOS JÚNIOR, Claudio Luiz Anunciação; PEIXOTO, Paula Silva Peixoto; SANTOS, Gabriel Leonardo de Jesus Lima; MOURA, Thaís Marques; RODRIGUES, Gilmar Ribeiro Santos. Adoecimento e religiosidade/espiritualidade uma possível reflexão. Salvador/BA, *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 8, n. 2, p. 190-194, out. 2019, p 192.

morte. Segundo Krastsch, “a pessoa é constitutivamente livre para enfrentar as situações e tomar uma atitude de aceitação, autodistanciando-se desta situação, autotranscendendo-se”<sup>164</sup>. Nesse sentido, a relação terapêutica se instaura circunstância indispensável promotora de transformações na pessoa com o fito de conduzi-la a encontrar sentido na vida, isto é, um itinerário para a autotranscedência<sup>165</sup>. Ou, conforme Gama, que considera a morte “como um acontecimento natural, universal, inevitável que desafia a pretensa onipotência humana, podendo-lhe ser atribuídos vários significados, de acordo com a formação estrutural, cognitiva, espiritual e religiosa de cada um”<sup>166</sup>.

Assim o tratamento psicológico não dispensa o *coping* religioso como suporte no confronto com o sofrimento sobrepujante, forjando um ordenamento interno circunspecto, em especial em situações graves com ameaça de morte. Sem alternativas, o ser humano tende abraçar a fé/religiosidade/espiritualidade em busca de um bálsamo para a mortificação, para o acatamento de terapias dolorosas e da própria morte iminente. Incluem-se recursos como “orações, promessas, peregrinações, exercícios ascéticos e ações rituais de acordo com as várias religiões, bem como a busca de suporte material, afetivo e espiritual junto ao grupo religioso e lideranças”<sup>167</sup>. Em última instância, pode-se considerar que o sofrimento provocado por doença ou outras circunstâncias infortunadas encerram em si a probabilidade de uma escalada na direção mais suprema no sentido de sua vida<sup>168</sup>.

A propósito, a História registra desde a Idade Média a demanda por ajuda espiritual e religiosa para suportar e ultrapassar reveses decorrentes da perda da saúde, da dor e da proximidade da morte. No texto dos articulistas Cândida Pinto e José Luís Pais-Ribeiro lê-se que

A interligação entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde, remonta aos primórdios da história, em que os poderes da “cura” estavam nas mãos dos que lidavam com o espírito (sacerdotes, xamãs etc.), a quem era reconhecido saber para tratar dos males do corpo. A atribuição de causalidade de doença assim como a sua cura foi muitas vezes atribuída a fatores religiosos, existindo ainda nos dias de hoje, em alguns contextos socioculturais, esta associação. A ignorância sobre os “males” que acometiam a humanidade levou à divinização do desconhecido<sup>169</sup>.

Então, quando o destino não pode ser alterado, restam ingerências capazes de atenuarem a premência da fatalidade: a mudança do próprio indivíduo. Tal mudança pode

<sup>164</sup> KRATSCH, 2020, p. 61.

<sup>165</sup> KRATSCH, 2020, p. 53.

<sup>166</sup> GAMA, 2013, p. 19.

<sup>167</sup> COSTA; XIMENES; DUTRA; FONSECA; MARTINS, 2022, p. 161.

<sup>168</sup> KRATSCH, 2020, p. 62.

<sup>169</sup> PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007, p. 47.

envolver a espiritualidade, “uma dimensão importante da existência do ser humano, desde os primórdios da humanidade. A sua relevância nos contextos de saúde está relacionada com a preocupação crescente em compreender o Homem na sua globalidade”<sup>170</sup>. Nessa tomada de posição, religiosidade/fé/religião, segundo Panasiewicz, cada qual a seu modo, “tem forte atuação e responsabilidade na organização e construção da vida com sentido. A sintonia entre elas favorece a dinâmica existencial de cada pessoa e contribui para a transformação constante da vida”<sup>171</sup>.

Nessa mesma linha de intelecção, Maik Souza de Souza Castro averiguou em sua pesquisa que, embora a prática clínica não reconheça a relevância da religiosidade/espiritualidade no estado de adoecimento do sujeito doente, essas dimensões contribuem para o fornecimento de recursos de adaptação a eventos. Ele ressalta um paradigma assentado em duas orientações: vertical (associada a crenças) e horizontal (associada a esperança/otimismo). Na primeira há “uma relação com o transcendente e, numa sociedade judaico-cristã, está muito relacionada com a prática da religião”; a segunda é existencialista, nela “se enquadra o sentido da esperança, a atribuição de sentido e significado da vida decorrente da relação com o eu, os outros e o meio”<sup>172</sup>.

Estar doente, dependendo da gravidade do estado, pode gerar um confronto tangível com a condição humana e uma convergência de emoções, afetos e desempenhos a demandarem a tomada de indagações e uma autoavaliação em face do vivenciado, que extrapola o ato de sofrer quando se avizinha com a morte, esse “acontecimento natural, universal, inevitável, que incomoda e desafia a pretensa onipotência humana” e que, em geral, é “silenciada e escondida no seio das sociedades modernas e industrializadas”<sup>173</sup>. A morte é um evento, quase sempre, relacionado à perda, derrota, frustração; o sentido da vida, por sua vez, no discurso positivista, ainda carece de resposta – uma perquirição milenar do ser humano.

O estar doente pode oportunizar uma revisão da existência, do estar-no-mundo, a partir de questionamento de certos valores pessoais anteriormente despercebidos, relevando outros eventos/relações/conceitos até então banais. A competência de lidar com a doença permeada de sofrimento é, segundo Kratsch, “o mais alto dos valores a realizar”, na medida

<sup>170</sup> PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007, p. 47.

<sup>171</sup> PANASIEWICZ, 2013, p. 588.

<sup>172</sup> CASTRO, Maik Souza de. *Espiritualidade: relação com as atitudes acerca da morte e a solidão em adultos*. 104 f. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 2016. p. 22.

<sup>173</sup> GAMA, 2013, p. 19-20.

em que demanda um propósito existencial de base transcendente à “vontade racional e cognitiva, mas na vontade intuitiva”, originada no “inconsciente espiritual”, no cerne existencial do sujeito. Ao lançar mão de valores atitudinais frente ao sofrimento, há uma aproximação do sentido de si próprio e uma ressignificação do modo de enfrentamento em situação de doença<sup>174</sup>.

A chegada inesperada da doença costuma abalar a perspectiva de vida tornando o futuro duvidoso; pode se instaurar a angústia que confronta o sujeito com a temporalidade e que representa uma relação fundamental de homem, mundo e liberdade. Assim, “O futuro, que poderia ser constituído de planos, sonhos e buscas, torna-se distante e questionável”<sup>175</sup>. Mas a vivência do adoecimento não deve ser camuflada, “pois no contraponto, poderá ser ela o impulso para o uso da liberdade de escolha e a reconstituição da tessitura existencial”, reflete Kratsch<sup>176</sup>.

Pode-se, enfim, inferir que o adoecimento é uma condição usurpadora da saúde; é factual, o que leva o doente à busca de expedientes potenciais para gerenciar o sofrimento dele decorrente e, ao mesmo tempo, se apoiar em valores que o levem a ressignificar a vida. Nessa alçada, a influência da religiosidade/espiritualidade é de grande relevância na constituição da singularidade do ser humano ao lado de outros aspectos consideráveis (biológico, cultural, social, intelectual, emocional e outros).

Entretanto, advertem Novaes, Santos Júnior, Peixoto, Santos, Moura e Rodrigues que “a experiência religiosa/espiritual do indivíduo aos cuidados em saúde carece de sistematização prática fundamentada e reconhecida organizacionalmente, principalmente ao valorizarmos a saúde baseada em evidências”. É, portanto, imprescindível, dar mais visibilidade a essa questão a partir de publicações acadêmicas, em especial as empíricas, envolvendo religiosidade/espiritualidade e suas intervenções na saúde do doente com vista a que os profissionais da saúde tenham um olhar mais sensível nessa direção.

### 2.3 Intervenções religiosas/espirituais como aliadas (benéficas ou conflitantes) no tratamento de depressão

Pesquisadores, intelectuais influentes no meio acadêmico-científico, em especial do setor de saúde mental, no decurso do século XX, imputaram à religiosidade uma repercussão

<sup>174</sup> KRATSCH, 2020, p. 62.

<sup>175</sup> RIBEIRO, Viviane dos Santos Gonçalves (*apud* KRATSCH, 2020, p. 58).

<sup>176</sup> KRATSCH, 2020, p. 62.

negativa para o funcionamento psicológico. Esse pensamento de base opinativa, isento de estudos epidemiológicos sistematizados, fomentou a disseminação pressuposta, que passou a ser concebida como certa. Até recentemente, a despeito da relevância da religião e da espiritualidade na vida das pessoas, esses conteúdos não faziam parte do currículo de profissionais de saúde, sequer eram ventilados na prática clínica, como revelam Stroppa e Moreira Almeida<sup>177</sup>:

Mesmo no final dos anos 1980, o psicólogo Albert Ellis, fundador da Terapia Racional Emotiva, que teve uma grande influência sobre a Terapia Cognitiva, apontava a religiosidade como equivalente ao pensamento irracional e ao distúrbio emocional. Defendia que a solução adequada para problemas emocionais era tornar-se não religioso, pois quanto menos religiosas as pessoas fossem, mais emocionalmente saudáveis elas seriam. No entanto, essas enfáticas declarações acerca da espiritualidade e religiosidade em saúde mental não eram baseadas em estudos bem controlados, mas somente em experiência clínica e opinião pessoal.

E foi então – segundo Panzini, Rocha, Bandeira e Fleck – que muitos especialistas da saúde mental e física negligenciaram a religião por muitos anos. Mas transformações vêm alterando esse posicionamento em função também de uma “espiritualidade baseada em evidências”, que tem gerado muita publicação acadêmica associando “espiritualidade/religião e saúde”, como “estatisticamente válida e possivelmente causal”. Dado o benefício da espiritualidade, há indicação científica para esses especialistas explorarem no tratamento de qualquer que seja a doença. Isso vem evidenciando que “A parede entre medicina e espiritualidade está ruindo: médicos e demais profissionais de saúde têm descoberto a importância da prece, da espiritualidade e da participação religiosa na melhora da saúde física e mental, bem como para responder a situações estressantes de vida”.

Hoje, existem muitas pesquisas que avaliam essa questão. Do ponto de vista clínico e epidemiológico, importa avaliar o impacto que religião, religiosidade e espiritualidade possam ter sobre a saúde física e mental de uma pessoa ou uma comunidade, sua grande probabilidade de intervir positivamente em tratamento de doenças, na qualidade de vida, resultando em menos ansiedade, menos depressão, menos suicídio. Marakami e Campos<sup>178</sup> também asseveram sua efetividade “no tratamento do paciente com doença mental, por proporcionar continência emocional e social e ensinamentos de costumes que incentivam a qualidade de vida”.

<sup>177</sup> STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson. (Orgs.). *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*, p. 427-443. Belo Horizonte: Inede, 2008, p. 427.

<sup>178</sup> MARAKAMI, Rosa; CAMPOS, Claudinei José Gomes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília/DF, mar./abr. n. 65, v. 2, p. 361-367, 2012, p. 361.

Ocorre que, muitas vezes, as intervenções podem se dar de modo a prejudicar mais do que a contribuir para a melhora do paciente. Nesse sentido, explicam Stroppa e Moreira-Almeida:

A religiosidade pode proporcionar à pessoa maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e perdão, e uma imagem positiva de si mesmo. Por outro lado, dependendo do tipo e uso das crenças religiosas, podem gerar culpa, dúvida, ansiedade e depressão por aumento da autocrítica<sup>179</sup>.

Isso pode acontecer geralmente quando a cosmovisão salvífica do tipo de religião/religiosidade enfatiza pecados, culpa e ritos de purificação. E essa culpa, quando mal resolvida, ou quando reprimida, gera múltiplas reações “no organismo e na mente, tais como angústia, depressão, irritação, intranquilidade, apatia e até falta de sentido na vida, resultado de uma verdade não assumida com consequência e responsabilidade”<sup>180</sup>.

Em sua tese de doutorado, Lima Júnior comenta sobre estudos que expuseram conexões prejudiciais da religião, verificadas por profissionais da saúde, como o sentimento de abandono ou sequela punitiva por parte divina. Nesse sentido, da prática da religião/religiosidade pode advir maior estresse, ansiedade, depressão e até mesmo letalidade, resultando em cenários destrutivos à saúde humana<sup>181</sup>. A propósito, a depressão é um mal que não escolhe faixa etária, etnia, sequer respeita os detentores de uma fé praticante: pastores, padres, gurus e demais líderes religiosos podem ser suas vítimas.

Quando a própria OMS<sup>182</sup> especifica que a qualidade de vida envolve o homem em suas múltiplas dimensões (física/psíquica/social/espiritual), ela orienta que, na preservação de sua saúde física e mental, a espiritualidade não deve ser negligenciada, que, distinta da religiosidade, é própria da natureza da pessoa, da sua vivência mental com o metafísico/transcendente, um fenômeno individual. Já “A natureza religiosa do homem existe como fato social total e revela um aspecto essencial e social da humanidade”<sup>183</sup>. Como essencial que é, não deve ser ignorada no tratamento da depressão.

<sup>179</sup> STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008, p. 433.

<sup>180</sup> PEREIRA, Gylmara de Araújo. *A Culpa e suas relações com a religiosidade e com o sentido da vida*. Dissertação de Mestrado em Ciências das Religiões. 101p. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PR, 2012, p. 34.

<sup>181</sup> LIMA JÚNIOR, José de Ribamar Medeiros. *Religiosidade, espiritualidade, ansiedade, depressão e bem-estar subjetivo de pacientes submetidos à cineangiocoronariografia*. 124f. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Maranhão. São Luís/MR, 2021, p. 27.

<sup>182</sup> WHO (World Health Organization). *Fifty-second World Health Assembly*, Geneva, 17-25, May 1999: verbatim records of plenary meetings and list of participants. Geneva: WHO; 1999.

<sup>183</sup> GOMES, 2011, p. 92.

Vale (re)lembrar que a espiritualidade tanto pode ser entendida sob a perspectiva do sagrado/transcendental, quanto no que se refere a “manifestações humanas que buscam a superação de si, ou de obstáculos, no qual não há necessariamente uma ligação com o sagrado”<sup>184</sup>, mas naquilo que dá sentido à vida, no fomento para a confrontação e superação de atribulações/privações. Nesse modo de interpretação ela é substancial à personalidade, implica autonomia, por não estar necessariamente ligada a grupos e instituições. Sobre a religiosidade, na esfera social, ela “tende a superar a espiritualidade no apoio à saúde mental e física das pessoas”, ainda que ambas “costumam aparecer nos momentos de crises e adversidades”<sup>185</sup>, como em caso de depressão, por exemplo. Assim, a religião/religiosidade pode tender para influências negativas (quando desestimula o paciente a se tratar com especialistas da saúde) e para influências positivas (quando motiva o paciente a aderir ao tratamento).

O psiquiatra Bruno Paz Mosqueiro, em seu a tese de doutoramento em Psiquiatria, ao avaliar a importância e o efeito da religiosidade/espiritualidade em pacientes com depressão atendidos tanto no ambulatório quanto na internação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 2020, constatou que “Os resultados apresentados reforçam a relevância do estudo da R/E na psiquiatria, apresentam possíveis mediadores de efeito da R/E sobre a depressão e salientam a importância clínica de sua abordagem em pacientes com sintomatologia grave de depressão”<sup>186</sup>.

O médico demonstra estes dados dos pacientes referentes à religiosidade/espiritualidade: 82.1% apresentam interesse; 63% nunca lhes fizeram pergunta nesse sentido em seus atendimentos; 68.3% “gostariam de participar em uma psicoterapia integrada à espiritualidade no seu tratamento para depressão”. Mosqueiro arrolou como prováveis interventores de implicações positivas “resiliência, propósito, esperança, fé”. Por seis meses esses pacientes tiveram “uma maior frequência a encontros religiosos”<sup>187</sup>. Eis os resultados apresentados:

Em seguimento prospectivo de 6 meses, uma maior frequência a encontros religiosos foi relacionada a chances 80% maiores de remissão de sintomas depressivos [...]. Diversas dimensões da R/E, por sua vez, como religiosidade

<sup>184</sup> FORTI, Samanta; SERBENA Carlos Augusto; SCADUTO, Alessandro Antonio. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 25, v. 4, p. 1463-1464, 2020. p. 1464.

<sup>185</sup> PEREIRA, 2012, p. 43.

<sup>186</sup> MOSQUEIRO, Bruno Paz. *Religiosidade, espiritualidade, desfechos clínicos e marcadores biológicos na depressão*. 154f. Tese de Doutorado em Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, PortoAlegre/RS, 2020. p. 9.

<sup>187</sup> MOSQUEIRO, 2020. p. 9-10.

intrínseca [...], frequência a encontros religiosos [...] e escore total de qualidade de vida ligada a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais [...] demonstraram correlações negativas com risco de suicídio. Ademais, em pacientes com depressão internados, efeitos positivos e protetores da religiosidade intrínseca foram correlacionados a maiores níveis do fator neurotrófico<sup>188</sup> derivado do cérebro (BDNF, *brain-derived neurotrophic factor*) na alta hospitalar, possível marcador de neuroplasticidade cerebral e mediador dos efeitos da R/E sobre depressão.

Os resultados apresentados reforçam a relevância do estudo da R/E na psiquiatria, apresentam possíveis mediadores de efeito da R/E sobre a depressão e salientam a importância clínica de sua abordagem em pacientes com sintomatologia grave de depressão.

Como se observa, pelos fragmentos acima, a religiosidade/espiritualidade, como estratégias de complementação no tratamento do paciente depressivo pode funcionar favoravelmente; entretanto, há de se alertar para casos de correlações nefastas com possibilidade de suicídio e outras situações de risco. Stroppa e Moreira-Almeida relatam que também Koenig, Pargament e Nielsen depararam com certas espécies de *coping* religioso vinculados diretamente à depressão. É quando, por exemplo, acredita-se num Deus punitivo, vivencia-se uma “religiosidade passiva e submissa”, permeada de descontentamento com a própria religião ou com o grupo religioso de pertencimento. É quando, ainda, se interpreta o próprio sofrimento/estresse/depressão advindos da “evidência da ausência, castigo e conflito com Deus. Tais formas de *coping* podem aumentar o estresse psicológico”<sup>189</sup>.

Coser critica os grandes problemas criados na esfera da depressão (seja qual for a condição/tendência) no que toca a convites e promessas lançados nas redes sociais garantidores de uma análise de soluções terapêuticas para as mais diversas índoles. Essas medidas com diversidade de ofertas têm gerado mais distúrbios do que benefícios no domínio da psicanálise, “dado o messianismo que veiculam tanto na sua vertente esotérico religiosa quanto na vertente científico-farmacológica. O potencial de ilusão que contabilizam dificulta seriamente o tratamento analítico”<sup>190</sup>. Em defesa da psicanálise, Coser não crê que por via química ou religiosa se possa tratar a depressão, sendo estas tão somente “próteses passíveis de serem produzidas”, isto é, um elemento artificial para suprir aquele elemento que não mais se tem, neste caso, a saúde mental.

Diferente de Gomes, para quem a depressão deve passar por uma análise de diversos pontos de vista, incluindo-se a espiritualidade, mesmo que isenta de religião. Apoiado em

<sup>188</sup> “tem como função promover a sobrevivência dos neurônios”. RAMOS, J. M.; GALDEANO, D. S. Educação física e o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) na aprendizagem escolar: estudo de revisão sistemática. *Conexões*, Campinas, SP, v. 17, p. e019005, 2019.

<sup>189</sup> STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008, p. 432.

<sup>190</sup> COSER, 2003, p. 18-19.

leituras do psicólogo Ken Wilber (um dos fundadores da psicologia transpessoal), o autor considera como bem-vinda no tratamento da depressão uma possível harmonia nas estratégias de tratamento que respeitam crenças religiosas, pois “Os benefícios de uma associação entre os recursos da medicina convencional e outras tradições devem ser considerados em nome do bem-estar de muitas pessoas com crenças religiosas e espirituais”<sup>191</sup> – afirma Gomes.

Gomes também menciona Pérsio Gomes de Deus, em cuja pesquisa, o psiquiatra acompanhou por seis meses cinquenta prontuários de seus pacientes portadores de depressão, todos estes religiosos, evangélicos. As estratégias utilizadas pelo psiquiatra foram anamnese e uma entrevista semidirigida. A pesquisa revelou o seguinte: a maioria desses cristãos “não enxergam a depressão como doença; antes, a compreendem como problema espiritual<sup>192</sup>”. Mais que isso, a pesquisa arrola estas considerações:

- a) Os cristãos aqui pesquisados, em sua grande maioria, não enxergam a depressão como doença; antes, a compreendem como problema espiritual.
- b) A totalidade dos pentecostais e neopentecostais desta amostragem atribui a causa da doença a problemas espirituais; em sua esmagadora maioria, diretamente ligadas à ação do demônio (100% dentro da amostra).
- c) Dentre os cristãos históricos representados neste estudo de caso, mais da metade referiu como causalidade para a depressão a problemas espirituais (pecado, falta de fé); o restante referiu causas devidas a estresse profissional, problemas conjugais, hereditariedade e também desconhecimento da causa – mesmos estes tiveram dificuldade na procura por tratamento especializado.
- d) Esta dificuldade em compreender a depressão enquanto doença causou prejuízo quanto à procura por tratamento especializado e consequente alívio da doença e das limitações por ela imposta.
- e) A doença depressiva, verificada neste levantamento, pôde causar comprometimento da fé no sentido de seu enfraquecimento. Houve influência positiva da fé quanto aos resultados dos tratamentos (92% desta amostra).
- f) Porcentagem significativa de religiosos (pastores), na amostra, apresenta particularidades que necessitam mais estudos para melhor compreensão dos dados encontrados (Grifos nossos).

O estudo de Nery, Cruz, Faustino e Santos<sup>193</sup> sobre depressão em idoso constatou como benéfica a intervenção da religiosidade e espiritualidade possibilitando-lhes sensação de bem-estar, redução de graus de angústia e inutilidade, um reforço à resiliência quando diante de adversidades, limitações físicas e impasses próprias do envelhecimento quase sempre acompanhado de comorbidades. Nesse sentido é bem-vinda a religiosidade/espiritualidade no propósito de contribuir para a compreensão do processo de doença

<sup>191</sup> GOMES, 2011, p. 100.

<sup>192</sup> GOMES, 2011, p. 103.

<sup>193</sup> NERY, B. L. S.; CRUZ, K. C. T.; FAUSTINO, A. M.; SANTOS, C. T. B. Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 10p. 2018.

levando o paciente idoso à reflexão de que a vida, por mais dura que tenha sido, teve faces e fases benfazejas no seu decurso.

Esses estudiosos orientam sobre a conveniência do estímulo à religiosidade nos idosos depressivos, argumentando que a própria velhice já costuma ser marcada por isolamento; por isso então a internalização da própria religiosidade tende a facultar mais resiliência no confronto com os dilemas da vida. Religiosidade aqui entendida como um vínculo auspicioso, capaz de proporcionar ao idoso depressivo “a ter melhor bem-estar físico, mental e conseqüentemente diminuições de agudizações de morbidades”<sup>194</sup>. Entretanto, os pesquisadores não verificaram na população estudada “uma associação entre os níveis de religiosidade e ausências de sinais depressivos”<sup>195</sup>. Concluindo, eles alertam: “alguns autores afirmam que esperança e espiritualidade são fatores mais fortemente constituintes de um eu resiliente, e englobam significados mais amplos que religiosidade”<sup>196</sup>.

Em casos de doença mental, “à medida que o adoecimento psiquiátrico determina piora prognóstica e baixa adesão terapêutica, o apego à fé mostra-se como fator determinante para menores índices de suicídio e depressão, melhores respostas a planos terapêuticos” – é o que corroboram alguns estudiosos<sup>197</sup>. A qualidade de vida do indivíduo é minimizada em situação de adoecimento psíquico, como a depressão; não há interesse (às vezes há repulsa) ao tratamento, piorando significativamente seu quadro com possibilidades de acumulação de doenças orgânicas. Continuam os articulistas:

Em relação aos fatores de proteção, a religiosidade organizacional atua de forma considerável, principalmente em quadros de pacientes portadores de ansiedade grave e do gênero feminino. Sendo assim, e considerando a significativa prevalência de transtornos depressivos e ansiosos entre a população pesquisada, as práticas religiosas devem ser respeitadas e incentivadas, uma vez que representam importante fator protetor contra o adoecimento mental, além de aumentarem a resiliência dos pacientes para o enfrentamento de suas comorbidades<sup>198</sup>.

Os estudos revelam a influência da religiosidade/espiritualidade na vida dos indivíduos impactando em diversas dimensões de sua vida, ordenando-a de modo mais

<sup>194</sup> NERY; CRUZ; FAUSTINO; SANTOS, 2018, p. 8.

<sup>195</sup> NERY; CRUZ; FAUSTINO; SANTOS, 2018, p. 9.

<sup>196</sup> NERY; CRUZ; FAUSTINO; SANTOS, 2018, p. 9.

<sup>197</sup> FERREIRA, Alexandre de Aguiar; SALGADO, Ana Carolina Sarquis. Avaliação de transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade e religiosidade em pacientes com doença renal crônica em tratamento nas unidades de nefrologia e transplante renal em hospital universitário de Belo Horizonte. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba/PR, v. 4, n. 5, p. 21232-21246, set./out. 2021, p. 21235.

<sup>198</sup> FERREIRA; SALGADO, 2021, p. 21243.

significativo; elas constituem razão bastante para que os especialistas que tratam da depressão considerem tal influência na saúde mental e nas carências espirituais do paciente ao longo de seu tratamento. Na verdade, essa prática já vem sendo confirmada em pesquisas acadêmico-científicas<sup>199</sup>, como já se comentou mais acima.

O que se pode deduzir dessa discussão polêmica sobre benefícios/malefício da religião/religiosidade/espiritualidade aliadas ao tratamento do paciente depressivo é que é prejudicial quando a religião/religiosidade é voltada a dogmas de proibições incondicionais exigindo do crente um comportamento obsessivo de perfeição em conexão com o credo que pratica, o qual impõe castigos a quem infringir seus preceitos, gerando no religioso medo da desobediência, da liberdade, gerando, portanto, mais conflitos ao paciente depressivo. Esse extremismo religioso tem resultados compulsivos, negativistas.

Numa outra direção, agora propositiva, está a espiritualidade (com ou sem crença religiosa), na medida certa, longe de fanatismo, de crença asfixiante, desintegradora, mas sim aquela que unifica pela fé, que ordena a vida para uma melhor vivência, e que, embora anteceda a religião, pode ser manifestada pela religiosidade. Essa, sim, é benéfica no tratamento da depressão até porque, o tecido da vida é urdido, também, pela doença, a qual demanda um entendimento singularizado, considerando cada indivíduo que passa pela vida.

Pelo que fora abordado neste capítulo (religiosidade/espiritualidade, qualidade de vida) e no anterior (depressão), passa-se ao último capítulo, quando então se apresenta o enfermeiro como um profissional da saúde, que deve assistir o paciente depressivo, reunindo em seu cuidado competências, sensibilidade e suporte, uma atenção holística na qual, quando possível (e necessário), vivenciar com ele a religiosidade/espiritualidade.

---

<sup>199</sup> NWORA; FREITAS, 2020, p. 200.

### 3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE DEPRESSIVO

Neste último capítulo, o enfoque se volta à assistência médica do enfermeiro, sublinhando a importância de sua prática cotidiana humanizada (conforme o tópico 3.1). Em 3.2, tal assistência do enfermeiro para com o paciente depressivo, contemplando dessa forma o terceiro objetivo específico (*descrever o papel do enfermeiro no trato com o doente depressivo*). Para finalizar o capítulo (3.3) arrolam-se algumas propostas que evidenciam possibilidades para que esse atendimento seja possível, conveniente e promissor. É quando, pois, se responde de forma mais objetiva, a partir destas propostas, a questão-problema delineada na introdução desta dissertação (*na relação assistente/assistido no cotidiano da enfermagem, de que forma a religiosidade/espiritualidade pode influenciar positivamente no tocante a paciente depressivo?*). Procurou-se neste capítulo estabelecer uma conexão permanente com os que foram apresentados até aqui.

Antes de adentrar nessas seções, vale mencionar que a missão do enfermeiro é bastante ampla e diversificada, pois ao mesmo tempo em que assiste o paciente em locais específicos (hospitais, clínicas, postos de saúde, ambulatórios, por exemplo), também há situações de assisti-lo no domicílio dele. Ademais, cabe-lhe prescrever procedimentos, empreender ações que visem à promoção da saúde na comunidade, enfim planejar, sistematizar e avaliar a assistência no seu todo para que assim o tratamento seja auspicioso. É óbvio que cada profissional da saúde (médico, nutricionista, psicólogo, técnico da enfermagem, farmacêutico e outros) precisa estar alinhado nessa empreitada de cuidado com o paciente, sendo que o papel específico do enfermeiro é o cuidado assistencial e, por extensão, a ponte entre os demais profissionais responsáveis pela saúde do paciente, o que faz crer está em evolução a definição de seu papel<sup>200</sup>. Tal evolução, inclui que se desenvolva nos profissionais da saúde um tratamento humanizado, como se passa a discutir na sequência, tendo como ponto de convergência o enfermeiro.

#### 3.1 A importância do cuidado humanizado do enfermeiro na assistência clínica

Na enfermagem, o *olhar humanizado* é uma expressão que sugere uma íntima relação entre enfermeiro e paciente efetuada com zelo e cuidado voltados a uma assistência

---

<sup>200</sup> SHAMIAN, Judith. O papel da enfermagem na atenção à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*. Editorial, v. 67, n. 6, p. 869-870, nov./dez. 2014, p. 869.

interessada no desenvolvimento de atenção/suporte integral à pessoa adoecida. É essencial ao profissional da saúde a efetivação de uma análise contextual, indo, pois, além do significado de relações humanas e atingindo outras alçadas (biológica, social, psíquica, espiritual e outras mais, isto é, tem aspecto holístico) que contribuem para o olhar humanizado no trato com o paciente<sup>201</sup>. É sobre essa perspectiva que esta seção se desenvolve, tendo como alvo do enfermeiro.

A humanização exerce o protagonismo para engendrar uma aura de bem-estar a quem se encontra com baixa autoestima, necessitando do outro. Atitudes acolhedoras, como delicadeza e afeto, propiciam apoio, conforto e até novas perspectivas para o assistido; elas podem também contribuir na amenização do estresse e da dor. O enfermeiro precisa manter-se atento com sua equipe nesse tratamento humanizado considerando valores humanos e éticos para melhor absorção do real sentido da vida, o que inclui o cuidado.

A propósito, em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização<sup>202</sup> para atuar de modo transversal nas políticas de saúde. Um de seus princípios mais relevantes é o de colocar em prática técnicas metodológicas e dispositivos de comunicação/informação com o fito de viabilizar a otimização, a autonomia e a liderança das equipes e da população a fim de aumentar o engajamento social e a corresponsabilização de todos os implicados no processamento de desenvolvimento da saúde. Nota-se, entretanto, que em saúde a humanização é uma temática relativamente recente.

Lembra-se que só em meados do século XX, o homem passou a discutir sobre direitos humanos, ecologia e cidadania, surgindo assim a Bioética, voltada a reavivar valores humanos olvidados em consequência de um capitalismo selvagem, multinacional numa conjuntura de globalização econômica. Essas questões em pauta atingem a área da saúde nos anos 1980 e ganham força, inclusive na luta antimanicomial (Saúde Mental) e na humanização do parto e do nascimento (Saúde da Mulher) e se alargou para o domínio geral da saúde.

Foi quando então os hospitais começaram a transformar seu ambiente com uma aparência física mais jovial, atividades lúdicas, entretenimento, arte e outras atividades, porém sem atingir a própria organização e gestão. Agora, a humanização inclui conduta dos profissionais da saúde, políticas públicas, uma gestão participativa, tecnologia do cuidado

---

<sup>201</sup> SILVA, Amanda Cristina da; SANTOS, Karoline Alves dos; PASSOS, Sandra Godoi de. Atuação do enfermeiro na assistência ao parto humanizado: revisão literária. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, ano 5, v, n.10, p. 113-123, jan./jul. 2022.

<sup>202</sup> BRASIL. *Política Nacional de Humanização (PNH)*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013. 16p.

dentre outras ações<sup>203</sup>, nas quais está inserido o enfermeiro com o seu protagonismo inalienável. Todavia – indicam pesquisas –, nos cursos de graduação em Enfermagem, o investimento no estudo “da humanização no processo de ensino-aprendizagem” é ínfimo, mesmo havendo movimentos de políticas públicas nessa direção. Resultado: falhas referentes à humanização na formação do profissional, pois “nem todos os profissionais estão conscientes sobre tal situação e para tanto torna-se ainda mais difícil modificar suas práticas, que são enraizadas de valores, conceitos e atitudes compatíveis à formação que tiveram”<sup>204</sup>.

Urge que todos os profissionais da saúde se reconheçam como elementos corresponsáveis da saúde dos outros, se conscientizem de que a humanização é o elemento essencial nesse setor específico de atendimento a pessoas, em geral, fragilizadas, em estado de adoecimento. A humanização nessa perspectiva significa assistência de empatia, respeito, qualidade, boa comunicação, carece de ser institucionalizada de modo integral, que abarque dos gestores ao paciente, envolvendo tanto questões clínicas quanto políticas. “Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado”<sup>205</sup> – razão pela qual não se concebe que o atendimento da enfermagem se dê sempre de forma igual para tratar indivíduos tão desiguais em sua constituição.

É necessário entender, respeitar, proteger e acolher o diferente, o singular, como indivíduo autônomo e digno que é. É necessário empenhar-se na aplicação de ações de valorização das competências relacionais. Tem havido grandes evoluções no processo saúde/doença emergindo daí um olhar comprometido com a subjetividade da pessoa e com a complexidade social de suas relações – um posicionamento avesso ao pensamento/conhecimento científico positivista/reducionista/ fragmentado<sup>206</sup>.

Ocorre que esse avanço não pode se restringir ao nível teórico/discursivo, conforme pesquisa realizada no Rio Grande do Norte com enfermeiros em atendimento a pacientes que tentaram suicídio. Evidenciou-se que parte de enfermeiros entrevistados atuam centrados na doença (e não no doente), não superaram o padrão biomédico voltado à doença, diagnóstico e conduta terapêutica; há, pois, carência do olhar humanizado, holístico

<sup>203</sup> CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery*, v. 18, n. 1, p. 156-162, 2014.

<sup>204</sup> CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014, p. 159-160.

<sup>205</sup> BRASIL, 2013, p. 4.

<sup>206</sup> SANTOS, Emelyne Gabrielly de Oliveira; AZEVEDO, Ana Karina Silva; SILVA, Glauber Weder dos Santos; BARBOSA, Isabelle Ribeiro; MEDEIROS, Rodrigo Rebouças de; VALENÇA, Cecília Nogueira. O olhar do enfermeiro emergencista ao paciente que tentou suicídio: estudo exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 16, n. 1, p. 6-16, 2017, p. 11.

(sociocultural, psicológico, história de vida e outros)<sup>207</sup>. No entanto, explicam os pesquisadores, existe uma conjuntura desfavorável para a realização do cuidado humanizado devido à sobrecarga de trabalho do enfermeiro obstando-lhe um desempenho profissional mais efetivo. E assim, o contato empático se torna definhado e aligeirado dificultando uma assistência terapêutica eficaz.

Também em outra pesquisa com enfermeiros, seus autores creem que a aplicação dos preceitos de humanização no atendimento em pacientes internados encontra empecilhos nas normas hospitalares. Nem sempre é possível atender as vontades manifestadas do paciente, pois o hospital tem suas rotinas que, quando não respeitadas, podem tumultuar o serviço geral. Por exemplo: o paciente está completamente indisposto a tomar banho no horário determinado pela coordenação de enfermagem, pode não haver outro momento de realização do banho. O enfermeiro reconhece a autonomia do paciente e seus direitos, mas não consegue efetivar o cumprimento deles. “Assim, o cuidado humanizado pode não acontecer quando o paciente tem desrespeitado o seu direito de exercer sua autonomia”<sup>208</sup>.

Como se observa não se está aqui fazendo referência a questões complexas, grandes dilemas, mas a situações triviais da atividade do enfermeiro. Só mesmo tendo em si os princípios bioéticos ele contornará essas situações da melhor forma possível, de modo que o respeito ao paciente se dê naturalmente, mas que também o cuidado não se restrinja à aplicação de técnicas de Enfermagem, já que é uma prática complexa/multifacetada, pois envolve o outro, “um Ser digno, com necessidades não apenas biológicas, mas psicológicas, sociais e espirituais”<sup>209</sup>. Por isso então o envolvimento familiar no processo de tratamento é importante. E o enfermeiro pode/deve estabelecer esse trânsito quando ele não existe e mantê-lo em caso de já existir, especialmente no contexto hospitalar.

Afinal a família é tida como fundamento basilar de apoio quando há coparticipação de informações/dados, participação ativa no procedimento de tomada de decisões resultando nesse processo o estabelecimento do respeito mútuo. Todo o trabalho do enfermeiro precisa de ser efetivado com percepção e observação para que possa haver validade na interpretação de suas formulações, tomar decisões a partir do delineamento do campo de ação, “planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo. Essas ações fazem parte do processo de enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e

<sup>207</sup> SANTOS; AZEVEDO; SILVA; BARBOSA; MEDEIROS; VALENÇA, 2017.

<sup>208</sup> BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem* (REBEn), v. 60, n. 5, p. 546-551, set./out. 2007, p. 547.

<sup>209</sup> BARBOSA; SILVA, 2007, p. 551.

terapêutico”<sup>210</sup>. À vista disso, afirma-se a relevância da humanização advinda do enfermeiro, em especial quando o paciente está hospitalizado. E o mais importante está no fortalecimento que articula cuidado acolhedor com cuidado técnico-científico.

Em vários artigos analisados Gomes, Araújo e Souza<sup>211</sup> corroboram o que afirmaram os pesquisadores acima apontando o papel primordial dos enfermeiros na assistência ao paciente que deve se realizar com empatia, de forma holística e integral, levando em conta os familiares com os quais deve estabelecer vínculo em consenso com os preceitos da plenitude assistencial e da humanização. Nesse processo de cuidar, o enfermeiro deve se manter ciente de que a comunicação é um dos instrumentos que não pode ser negligenciado, ela há de se estabelecer em linguagem adequada para o entendimento da mensagem pelo(s) ouvinte(s). As autoras<sup>212</sup> também registraram desafios e dificuldades no desempenho da enfermagem, tais como: sobrecarga de trabalho pela carência de profissionais para dar conta da demanda, falta de tempo para uma atenção humanizada, condições desfavoráveis de trabalho, falta de autonomia e de reconhecimento profissional, despersonalização do enfermeiro, insatisfação profissional e baixa remuneração. Esses problemas no cotidiano laboral do enfermeiro podem resultar em falta de motivação e desumanização no serviço da assistência, impedindo o cuidado com excelência.

Afora essas questões arroladas pelos pesquisadores, sublinha-se a troca de plantões que normalmente ocorre com os enfermeiros – uma rotina dificultadora da manutenção de continuidade assistencial, do cuidado ao paciente. Isso sem contar quando é costume do enfermeiro não se integrar com a equipe para a promoção de uma assistência continuada, resultando em falta de referência do paciente para demais serviços após sua alta, em cuidado fragmentado, em vez de contínuo nos serviços de saúde. A depender da enfermidade, não basta o olhar clínico e de urgência. Importa ainda o “olhar diferenciado, humanizado, continuado e global”<sup>213</sup>. Nesse propósito, sobressaem “escuta qualificada, diálogo, informação e emprego de atitudes que reflitam positivamente a assistência, como, por exemplo, o toque ao paciente, que pode influenciar, de forma significativa, a tomada de

<sup>210</sup> FREITAS, Neire Alves de; MARQUES, Flávia Martins; SIQUEIRA, Ellanny de Loiola; OLIVEIRA, Eliany Nazaré; LIMA, Francisca Dalila Paiva Damasceno de; FREITAS, Mikaele Alves. Assistência de enfermagem a uma paciente com transtorno depressivo recorrente, baseada na avaliação familiar: estudo de caso à luz do Modelo Calgary. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 12, n. 33, p. 143-165, 2020, p. 157.

<sup>211</sup> GOMES, Ana Paula Regis Sena; SOUZA, Vanessa Costa; ARAUJO, Mariana de Oliveira. Atuação do enfermeiro no cuidado humanizado em unidades de terapia intensiva no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *HU Revista*, v. 46, p. 1-7, 2020.

<sup>212</sup> GOMES; SOUZA; ARAUJO, 2020.

<sup>213</sup> SANTOS; AZEVEDO; SILVA; BARBOSA; MEDEIROS; VALENÇA, 2017.

decisão do profissional durante uma emergência”<sup>214</sup>. E assim, outras possibilidades/encaminhamentos poderão ser aventadas em prol da prevenção de agravo do quadro do paciente. Daí a importância de ouvir atentamente o paciente na concretização de um cuidado acolhedor, procurando compreender ainda agentes socioculturais circundantes à vida dele.

É na escuta atenta com o paciente que o enfermeiro se torna uma peça fundamental “no planejamento efetivo do cuidado humanizado”; é quando ele precisa atuar “com segurança, prontidão e qualidade e deve envolver um trabalho multiprofissional para, conseqüentemente, ajudar a minimizar a angústia e o sofrimento presentes frequentemente nas famílias”<sup>215</sup>. O respeito pela individualidade do enfermo, a escuta sensível, a valorização/reconhecimento dos valores e crenças e a comunicação/interação se constituem componentes basilares da humanização.

Cuidar com humanização é, segundo Gomes, Souza e Araújo<sup>216</sup>, tomar o enfermo como um agente biopsicossocial, não apenas como o ser que está sendo submetido a uma técnica condizente com seu quadro patológico, como insinua o padrão biomédico. Isso significa que o foco do tratamento não se centra apenas no enquadramento diagnóstico, uma vez que ele se alarga para constituir uma aliança terapêutica envolvendo outros profissionais da saúde e a família do doente, o que lhe traz, em geral, diminuição do estresse até mesmo no tempo de internação. Outrora, a família era afastada do doente. Hoje não. Muitas questões distintas das farmacológicas e técnicas são “ferramentas significativas para uma assistência de qualidade, visando a reabilitação do paciente, sua socialização e melhora da autoestima, na perspectiva da promoção da saúde”<sup>217</sup>.

Cabe ao enfermeiro respeitar e valorizar o paciente, em vez de criticá-lo ou censurá-lo, ou verbalizar algo negativo que tende a piorar a sua autoimagem. Em vez disso, o conveniente é discutir aquilo que possa esparecê-lo (vivências, relacionamentos, eventualidades e sentimentos) nos quadros de dificuldade; é praticar uma comunicação terapêutica que ajude o enfermo a verbalizar o que pensa/sente/quer lhe oportunizando crescimento, amadurecimento, equilíbrio mediante uma atenção voltada a suas necessidades; é ter uma atitude compreensiva, uma aceitação incondicional da pessoa do jeito que ela é, e não do jeito que ela procede. Assim o foco está no enfermo, e não em sua enfermidade<sup>218</sup>. Entretanto, muitas vezes o profissional da enfermagem não fora preparado

<sup>214</sup> SANTOS; AZEVEDO; SILVA; BARBOSA; MEDEIROS; VALENÇA, 2017, p. 12.

<sup>215</sup> SANTOS; AZEVEDO; SILVA; BARBOSA; MEDEIROS; VALENÇA, 2017, p. 14.

<sup>216</sup> GOMES; SOUZA; ARAUJO, 2020.

<sup>217</sup> FREITAS; MARQUES; SIQUEIRA; OLIVEIRA; LIMA; FREITAS, 2020, p. 162.

<sup>218</sup> TAVARES; RODRIGUES; SCATENA, 1998.

para dar uma assistência biopsicossocial, como pontuam Santos, Azevedo, Silva, Barbosa, Medeiros e Valença, afirmando que frequentemente há uma carência nessa formação profissional. Por isso, “acredita-se que os cursos de graduação em enfermagem necessitam incorporar, cada vez mais, à grade curricular disciplinas capazes de gerar uma maior discussão e um melhor olhar sobre a dimensão biopsicossocial das doenças e do doente”<sup>219</sup>.

Cuidar de modo humanizado demanda atuar de acordo com os preceitos bioéticos; é por exemplo, quando o enfermeiro age respeitando o paciente, ouvindo-o, sendo-lhe atencioso, considerando-o em sua individualidade/subjetividade, cuidando-o com deferência. Nesse sentido, o primeiro passo é a prática da comunicação humanizada, que considera e transcende palavras (linguagem verbal). São pequenos gestos, atitudes regadas de educação nos mínimos detalhes, expressões faciais e posturas corporais afáveis em busca de um entendimento melhor da sofrimento do paciente<sup>220</sup>.

Há uma gama de intervenções terapêuticas voltadas à recuperação do paciente envolvendo técnicas de comunicação para o desenvolvimento de relações interpessoais produtivas ao aspecto humanístico, à prática do cuidado “em que o enfermeiro utiliza habilidades de comunicação objetivando apoiar, informar e promover educação e capacitação do indivíduo no processo de transição de saúde/doença”<sup>221</sup>. Hoje, com as novas tecnologias, fica mais fácil um contato direto entre paciente e enfermeiro com família. Mesmo havendo os que criticam que a “tecnologia está fortemente entrelaçada com a desumanização, estudos vêm desconstruindo tal ideia, demonstrando que a humanização e a tecnologia devem ser indissociáveis e complementares em prol da assistência”<sup>222</sup>.

Ainda assim, adverte-se que o aparato tecnológico não deve ser priorizado (não substitui o olho no olho), ele é apenas um aliado ao cuidado, com um enfoque técnico. Na verdade, cada momento de contato é único, por isso deve ocorrer com atenção especial do profissional. E toda intervenção precisa ser imediata, porém agindo com bastante normalidade, fazendo com que o paciente aceite ajuda, a qual deve ser dada com afeto na comunicação oral sem, contudo, tratá-lo como vítima, e sim valorizar a sua autoestima e sua responsabilidade com a própria saúde<sup>223</sup>. A enfermagem é interventora, junto a outros profissionais da saúde, pela manutenção da saúde e pelo equilíbrio das energias.

<sup>219</sup> SANTOS; AZEVEDO; SILVA; BARBOSA; MEDEIROS; VALENÇA, 2017, p. 13.

<sup>220</sup> BARBOSA; SILVA, 2007, p. 550.

<sup>221</sup> SANTOS; AZEVEDO; SILVA; BARBOSA; MEDEIROS; VALENÇA, 2017, p. 13.

<sup>222</sup> CERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014, p. 162.

<sup>223</sup> CARLOS, Fernanda Shayonally Araújo; FARIAS, Marineide de Oliveira; BARBOSA, Larissa Nogueira de Siqueira; CASTRO, Paula Almeida de. Assistência de enfermagem ao paciente com depressão. 7p. *Anais I. Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde (Conbracis)*. Campina Grande: Realize, 2016, p. 4.

Com efeito, a humanização envolve uma alteração nas formas de atenção, que deve se adequar às necessidades e singularidades de cada assistido e de familiares, considerando seus discursos e interpretações, dialogando com eles de modo empático, respeitoso, ético e objetivo a fim de se instaurar uma aproximação para o reconhecimento de suas aflições e elucidação de suas dúvidas. Cuidar de modo humanizado é uma inevitabilidade ao distinguir que o sujeito que está sendo cuidado é um ser biopsicossocial. “Conseguindo respeitar o paciente apesar das rotinas, o enfermeiro caminha em direção à humanização; e cuidar de forma humanizada constitui-se um desafio”<sup>224</sup>. Entretanto, há um desacerto para com o enfermeiro: se humanizar é um processo que está incluso no modo de recuperar/produzir saúde, e se nesse desempenho o enfermeiro tem a sua preeminência, não há por que de essa profissão ser vez ou outra desvalorizada por quem está fora dela, carecer de humanização.

Ao pesquisarem 70 enfermeiros, as pesquisadoras Chernicharo, Silva, Ferreira evidenciaram que

[...] a frieza do ato mecânico e o desequilíbrio entre a técnica e o fator humano, aliados a problemas institucionais (como a carga horária de trabalho exaustiva e a qualidade e quantidade de recursos materiais), fazem com que o indivíduo seja esquecido em sua identidade, em sua história, caracterizando um cuidado despersonalizado, fragmentado e desumano que de nada facilita a implementação da humanização<sup>225</sup>.

Entretanto, os pesquisados supramencionados têm ciência do que é humanização, pois a caracterizaram como uma atividade de todo e qualquer profissional, pelo fato de estar fundamentada “em uma relação profissional/cliente, por incluir características pessoais, por olhar para as necessidades, pelo diálogo, escuta atenta, visão holística, empatia, valores morais e éticos”, além dos fatores subjetivos tais quais o amor, “o pensamento, a valorização do ser, estabelecimento de vínculo, atenção, o querer, compreensão e carinho”<sup>226</sup>.

Após as considerações desta seção depreende-se que não basta que o profissional da enfermagem tenha consciência de seu atendimento humanizado em sua profissão. Para laborar nessa vertente, ele precisa estar bem consigo próprio, o que inclui saber que está sendo valorizado, não ser explorado em sua carga horária e ser devidamente preparado no curso de graduação. Em se tratando de enfermeiro formado sem essa preparação, o próprio hospital ou entidade na qual trabalha deve fornecer um curso complementar de humanização, principalmente quando deverá lidar com paciente depressivo, o qual se

<sup>224</sup> BARBOSA; SILVA, 2007, p. 549.

<sup>225</sup> CHERNICHARO, SILVA, FERREIRA, 2014, p. 161.

<sup>226</sup> CHERNICHARO, SILVA, FERREIRA, 2014, p. 162.

encontra em situação de maior vulnerabilidade, carecendo de ser ouvido, compreendido, aceito segundo suas crenças, religião, religiosidade/espiritualidade – discussão da seção 3.2.

### 3.2 Assistência humanizada da enfermagem ao paciente depressivo

Neste segmento a discussão continua centrada no papel do enfermeiro, porém no tratamento dispensado ao paciente depressivo que carece de uma assistência humanizada e holística (o que inclui a religiosidade/espiritualidade) – um procedimento que pode ser aprendido e aperfeiçoado, que se dá mediante uma comunicação interpessoal terapêutica. É inquestionável que nessa circunstância a base do tratamento se dá por medicamentos antidepressivos prescritos por um médico especialista, que vão desde os mais fracos, que não causam dependência, aos conhecidos como tarjas pretas que podem causar no paciente uma demência quando usados por muito tempo e em doses altas. Porém esse tratamento nem sempre é suficiente. É aí que entra a assistência da enfermagem conhecedora dos protocolos no atendimento, como responsável pelo ato de cuidar, de avaliar o paciente numa perspectiva holística, a qual não separa o transtorno mental de outros fatores de sua vida. Daí o envolvimento familiar para melhor entendê-lo para que receba um tratamento digno, o ideal para sua recuperação. E assim vem se transformando o modelo assistencial do enfermeiro, realizando também visitas domiciliares, estabelecendo vínculos com a família do portador do transtorno da depressão.

A enfermagem – setor da saúde de contato mais próximo com o doente, com a responsabilidade de prescrever e prestar cuidados – há de estar atenta a sintomas principais do paciente depressivo: sentimentos de desamparo e desesperança, perda de interesse nas atividades diárias, alterações no apetite ou no peso, alterações do sono, irritabilidade ou inquietação, perda de energia, problemas de concentração e dores inexplicáveis. Indivíduos que sofrem problemas de saúde precisam do cuidado da enfermagem, e muito mais quando se trata do portador da saúde mental. O enfermeiro de plantão, em geral, é o primeiro profissional da saúde a entrar em contato direto com o doente, o qual deverá acolhê-lo bem como a seu(s) familiar(es) que estiver(em) ali presente(s), esclarecendo a este(s) seu papel importante no tratamento do doente com depressão (uma doença que pode ser hereditária e atingir outros familiares) para que o resultado seja eficaz<sup>227</sup>.

---

<sup>227</sup> CARLOS; FARIAS; BARBOSA; CASTRO, 2016, p. 4.

Cuidar é, pois, um exercício do enfermeiro que há de se manter sempre atento para intervir imediatamente em face de quaisquer estranhezas observadas no paciente – seja relatando ao médico, seja entrando em contato com a família, seja lidando com o próprio paciente, seja tudo isso –, com o fim de colaborar para um tratamento bem-sucedido, como bem explicam Carlos, Farias, Barbosa e Castro quando dizem da necessidade de o enfermeiro “atuar no bem-estar físico, mental e social visando, fundamentalmente, melhorar a qualidade de vida do paciente e da família” e, assim, atenuar o padecimento decorrente da depressão, entender os incômodos e as atitudes do paciente psíquico e ser hábil e perspicaz nessa assistência. É preciso que o enfermeiro atente para o fato de que a relação interpessoal é um dispositivo que ele pode/deve utilizar na identificação, descrição e avaliação dos efeitos de seus cuidados “ao paciente, à família e comunidade, com vista a promover, prevenir ou enfrentar a experiência da família”<sup>228</sup>.

Visitas domiciliares são de extrema importância para estreitar os laços com o paciente e sua família, conhecer o dia a dia da casa, o que facilita a esquematização de estratégias terapêuticas – isso sem contar quando o lar se transforma num ambiente de estímulo e apoio terapêutico. O portador de depressão carece de assistência rotineira, contínua e em todos os cenários da vida cotidiana devido a sua carência de “energia (motivação e animação)”<sup>229</sup>. É indispensável a ele um tratamento de abordagem holística, que, além de considerar suas singularidades de pessoa que é, conheça o contexto no qual ele se insere, “o relacionamento interpessoal, permeando a coparticipação no processo da reabilitação e a promoção do autocuidado como forma de responsabilizar o sujeito pela sua saúde”<sup>230</sup>.

Mesmo que demande tempo, a comunicação do enfermeiro com o portador de transtorno depressivo deve ser realizada com calma, estimulando repostas deste. É sempre imprescindível muita paciência – elemento importante no cuidado – e crença no potencial do indivíduo em prol de seu crescimento e transformação. Porém, é comum se observar limitação de tempo para escutá-lo, bem como atenção ausente ou inadequada direcionada a ele<sup>231</sup>. Percebendo ideação suicida, o enfermeiro deve agir imediatamente informando toda a equipe terapêutica e família/acompanhante para haver facilitação e aceitação da terapia.

<sup>228</sup> CARLOS; FARIAS; BARBOSA; CASTRO, 2016, p. 1..

<sup>229</sup> FREITAS; MARQUES; SIQUEIRA; OLIVEIRA; LIMA; FREITAS, 2020, p. 156.

<sup>230</sup> FREITAS; MARQUES; SIQUEIRA; OLIVEIRA; LIMA; FREITAS, 2020, p. 157.

<sup>231</sup> CANDIDO, Mariluci Caduvidarmargo F. S.; FUREGATO, Antonia Regina F. Atenção da Enfermagem ao portado de transtorno depressivo. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Smad)*, v. 1, n. 2, p. 1-13, 2005.

O tratamento nessa especialidade precisa mirar no aperfeiçoamento da qualidade de vida para se evitar o internamento hospitalar; precisa da ingerência com práticas de transformação da resposta do cérebro a fim de mitigar o problema instaurado. Em se tratando de paciente depressivo, o enfermeiro deverá estar preparado e se atentar para o desencadeamento posterior de “manifestações somáticas (p. ex., alteração de peso, distúrbios do sono) e cognitivas (p. ex., dificuldade de concentração), que são comuns”<sup>232</sup> e requer diálogos frequentes com a equipe de trabalho ao desconfiar de quaisquer alterações sintomáticas e comportamentais do sujeito para o qual ele figura como alguém de segurança.

É seu papel estar vigilante se os transtornos depressivos e a ansiedade são decorrentes de certas doenças crônicas, muitas das quais acompanhadas de dor e até mesmo perda de autonomia. Nessa diligência adequada, há possibilidades de amenizar o quadro de sofrimento e evitar que surjam mais situações que possam intensificar fatores nefastos, como dependência de drogas (etilismo, tabagismos etc.) comprometedoras da cognição e desencadeadoras de hipertensão arterial sistêmica, por exemplo<sup>233</sup>. Para tanto, é preciso habilidades técnicas e capacidade no atendimento das necessidades específicas e singulares de cada enfermo. O enfermeiro há de ter uma luta diária para manter o bem-estar subjetivo do paciente depressivo, o que é extremamente necessário a fim de conectá-lo ao estado de felicidade, a aspectos que possam promovê-la em suas diversas faces tais como a incitação de relato de incidentes passageiros bem-humorados, memórias divertidas e outros momentos de leveza que possam afastar quaisquer perspectivas negativas. A constância da satisfação é o ponto chave do bem-estar, por isso ela precisa ser sempre motivada<sup>234</sup>.

Nessa investida fica claro o encargo do enfermeiro que transcende assistir a população com uma conduta particular e medicinal. Na sua tarefa de cuidar, fica, então, em primeiro plano, a de ser intérprete do enfermo, atento a seu menor gesto, palavra, expressão facial/corporal; a de ser, então, instaurador de conexões com vista a auxiliar o doente em suas necessidades, apoiá-lo emocionalmente, inclusive na sua reabilitação. Desse modo, ele estará no rumo adequado para exercitar a educação em saúde e exercer com efetividade o cuidado da enfermagem psiquiátrica, a qual requer ainda outras mediações, dentre as quais o relacionamento interpessoal terapêutico, mantendo uma influência mútua com seu

---

<sup>232</sup> LIMA JR., 2021, p. 29.

<sup>233</sup> LIMA JR., 2021.

<sup>234</sup> LIMA JR., 2021.

paciente, de modo que se instaure confiança e esperança de resistir circunstâncias complexas com o mínimo de estresse<sup>235</sup>.

Em pesquisa realizada por Vilne Jean Santos de Lima<sup>236</sup>, em 2017, o articulista verificou haver, na área de saúde mental, poucos estudos envolvendo o cuidado interativo e holístico do enfermeiro ao paciente depressivo estabelecendo uma ponte com os demais especialistas responsáveis por esse indivíduo, ainda que a função do enfermeiro seja a de colaborar com o diagnóstico dessa enfermidade e ser também o expediente especialista para cuidar do depressivo. Conforme Vine, a obscuridade desse profissional decorre quando o paciente é tratado basicamente com fármacos amenizadores dos sintomas, sem haver preocupação com as inquietudes que permanecem após o efeito medicamentoso isento de terapias complementares, as quais são indispensáveis para que o enfermo se sinta útil em algum(ns) aspecto(s) da vida. Essa maneira de o profissional atuar não é humanística, pois o paciente não é ouvido em seus relatos, negligencia-se o foco no reforço da autoestima e não se realiza a relação interpessoal entre enfermeiro e paciente/família/comunidade.

Com a eficácia da assistência da enfermagem, muitos problemas podem ser evitados para que não agrave o quadro da depressão, inclusive pode ocorrer o diagnóstico precoce, que poderia se dar em serviços de atenção primária, nas emergências e em atendimentos àqueles mais vulneráveis da população, evitando-se, assim, “carga excessiva de sofrimento, elevada morbidade e mortalidade, além do contínuo risco de suicídio”<sup>237</sup>. Por isso, esse profissional precisa entender o ritmo da pessoa deprimida, comunicar-se ponderadamente com ela a fim de que haja tempo suficiente para respostas; deve tratá-la “pelo nome e escutá-la”, pois a audiência de seus relatos possibilita ao cuidador “selecionar tópicos que permitam a criação de comunicações que despertem seu interesse”<sup>238</sup>. Porém, não basta aos enfermeiros a responsabilidade dessas ações de cuidado para contribuir com os cuidados do médico ou de outros profissionais; cabe-lhes responsabilizar-se “por novas tecnologias de cuidado como, a elaboração de projetos terapêuticos, participação em oficinas, grupos terapêuticos, sala de espera para diminuir ansiedade dos pacientes, atendimento às famílias, entre outros”<sup>239</sup>.

<sup>235</sup> RODRIGUES, Rosângela de Aguiar; VIEIRA, André Guirland; SOARES, Bruna Santana de Souza; SILVA, Cristhianny Almeida e; COUTINHO, Adriano de Aguiar. O papel do enfermeiro acerca dos usuários depressivos na unidade básica de saúde: uma revisão literária. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 3, p. 20986-20998, 2021, p. 2021.

<sup>236</sup> LIMA, Vilne Jean Santos de. Cuidados de enfermagem à pessoa com depressão atendida na atenção primária de saúde. *Revista Científica da Fasete*, n. 3, p. 327-335, 2017.

<sup>237</sup> CANDIDO; FUREGATO, 2005, p. 2.

<sup>238</sup> CANDIDO; FUREGATO, 2005, p. 9.

<sup>239</sup> FREITAS; MARQUES; SIQUEIRA; OLIVEIRA; LIMA; FREITAS, 2020, p. 146.

A presença da dor e/ou da ansiedade pode resultar em “sentimentos de medo, de insegurança, de intranquilidade, de excesso de preocupações”<sup>240</sup>, podendo levar o paciente à depressão. E, nessas circunstâncias é conveniente a intimidade com um quê transcendental, superior (religiosidade/espiritualidade) direcionando o seu modo de estar-no-mundo e o ser devir, despontando a premência do entendimento da fusão de vários sentimentos: “amor, compaixão, dor, medo, ansiedade, saúde, doença, resgate do bem-estar, desejo de ser feliz, coragem, esperança, solidariedade, criatividade, satisfação pessoal, moral, ética, cuidado, humanização, vida, finitude, espiritualidade, entre outros”<sup>241</sup>.

É sabido que a depressão e a ansiedade se reduzem à proporção do aumento de níveis de espiritualidade e vínculos com religiões, conforme atesta pesquisa em que se analisaram 129 pessoas na Base de Estudos do Pantanal, incluindo fazendas da região<sup>242</sup>. Verificou-se o quão importante é levar em conta as individualidades de cada paciente, respeitar, considerar e explorar fé/espiritualidade/religião dele a fim de promover seu bem-estar e saúde, já que há várias confirmações que tal prática é uma via terapêutica, devendo, pois, fazer parte da atenção à saúde. É preciso insistir na força interior do ser humano, na força espiritual, que tem o potencial de transverter, de possibilitar cura. Por isso, essa força precisa estar primeiro no enfermeiro para depois contribuir com “a terapêutica do controle e redução da dor e ansiedade”<sup>243</sup>. Entretanto, a despeito desse reconhecimento, o aspecto religiosidade/espiritualidade ainda não está presente o suficiente nos cuidados dos profissionais da enfermagem, em especial no trato com o paciente depressivo.

Considerando a espiritualidade como inerente ao ser humano, ela precisa se presentificar na atuação do enfermeiro, tanto em sua vida pessoal quanto no cuidar, integrando corpo/mente/espírito partindo da evolução da saúde até sua restauração. Afinal, ela é a própria essência do ser, que o instiga na orientação de uma existência intensa. Nesse sentido, tem-se verificado hodiernamente uma concepção diferenciada da intervenção da religiosidade/espiritualidade no comportamento, modos de pensar e viver das pessoas, mais ainda quando elas adoecem. Nesse contexto, há de haver um apego mais intenso a práticas e crenças e de afirmação da fé, pois esse modo de vivenciar esses fenômenos multidimensionais e complexos vem despertando o interesse cada vez maior das academias

<sup>240</sup> MOREIRA, Regina de Souza; SANTANA JUNIOR, Rui Nei de Araújo; POSSO, Maria Belén Salazar. Espiritualidade, enfermagem e dor: uma tríade indissociável. *Br.JP.* São Paulo out./dez., v. 4, n. 4, p. 344-352, 2021, p. 344.

<sup>241</sup> MOREIRA; SANTANA JUNIOR; POSSO, 2021, p. 345.

<sup>242</sup> BUENO, Letícia. Espiritualidade e religiosidade podem diminuir os riscos de ansiedade e depressão, aponta estudo. *Fundação Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.* 30 ago. 2018.

<sup>243</sup> MOREIRA; SANTANA JUNIOR; POSSO, 2021, p. 351.

em pesquisar o tema agregando-lhe mais consistência, ampliando novos saberes e conhecimentos na saúde que estabelecem relação corpo/mente.

Enfermeiro e enfermo devem se unir na implementação de um programa de intervenção terapêutica a fim de auxiliar no embate dos reveses estressores e no restabelecimento do conforto e bem-estar – situação propícia para o domínio da dor, da ansiedade e da depressão<sup>244</sup>. O cuidado espiritual é bem-vindo, uma vez que ele faculta possibilidades para a instauração do diálogo entre enfermeiro e paciente, de modo que aquele conduza a conversa sutilmente para uma dimensão espiritual sem, contudo, controle ou manipulação. Nesse cuidado, cabe ao enfermeiro perceber se há certa relutância do paciente quando abordado sobre sua espiritualidade; caso haja, não deve haver insistência de se manter um discurso espiritual. Em todo caso, insta, pois, que o enfermeiro tome conhecimento das carências biopsicoespirituais dos enfermos que estão submetidos à sua assistência para então intervir com um atendimento humanizado, permeado da eficácia e dos benefícios da espiritualidade/religiosidade, independentemente da fé professada tanto do cuidador quanto do assistido, sempre com foco na promoção de seu bem-estar em todos os ângulos: psicológico, espiritual, social e físico.

Inclusive, a literatura vem apontando a necessidade do entendimento dos enfermeiros no âmbito da espiritualidade em seus mais distintos matizes (“fé e crença religiosa; crença em uma força/poder superior; bem-estar espiritual; busca de sentido e significado para a vida humana; postura ética e humanística e recurso terapêutico para os pacientes”). Ainda assim eles se sentem despreparados – razão pela qual “é importante a inclusão de temas voltados à dimensão espiritual dos indivíduos nos currículos de Graduação em Enfermagem” – como já se pronunciou nesta dissertação<sup>245</sup>. Embora no curso da história da enfermagem a religião e a espiritualidade estejam entranhadas no modo de cuidar e pensar desse ofício, o lidar com essas questões vem hoje dificultando o cotidiano de muitos profissionais, deixando de atuar na promoção da saúde espiritual do enfermo – um valioso dispositivo interno que auxilia as pessoas para o enfretamento de tribulações, em especial os vinculados à saúde/doença. Por isso, insiste-se que a “abordagem sobre espiritualidade durante a graduação é importante para a formação do enfermeiro”<sup>246</sup>.

<sup>244</sup> MOREIRA, Regina de Souza; SANTANA JUNIOR, Rui Nei de Araújo; POSSO, 2021, p. 350.

<sup>245</sup> JURADO, Sonia Regina; BASSLER, Thais Carolina; MOREIRA, Adailson da Silva; SILVA, André Valério da; DETTMER, Silvia Araújo; SANCHEZ, Andrea; A espiritualidade e a enfermagem – uma importante dimensão do cuidar espiritualidade. *Revista Nursing*, 2019; v. 22 n. 259, p. 3447-3451, 2019. p. 3449.

<sup>246</sup> JURADO; BASSLER; MOREIRA; SILVA; DETTMER; SANCHEZ, 2019, p. 3448.

Pesquisa de revisão integrativa da literatura realizada por Jurado, Bassler, Moreira, Silva, Dettmer e Sanchez<sup>247</sup>, constando de 31 publicações para análise envolvendo os descritores espiritualidade e enfermagem, indicou benefícios da espiritualidade (incluindo comunicação verbal e não verbal) no ato cuidar dos pacientes em sofrimento. Porém, houve queixas dos enfermeiros referentes à falta de tempo e de conhecimento deles gerando desconforto na abordagem desta temática. É uma situação que carece de ser superada uma vez que o cuidado espiritual dedicado ao paciente, segundo a pesquisa, teve como resultado “melhor enfrentamento da doença, calma, paz interior, alívio da dor, diminuição da ansiedade e sintomas depressivos”<sup>248</sup>. Porém, nem sempre os iniciantes da enfermagem conseguem ter essa percepção<sup>249</sup>, ser perspicazes o suficiente para entender os sinais da depressão e ter habilidades para assistir o sujeito deprimido, como, por exemplo, estabelecer com ele uma relação interpessoal a qual se constitui um dispositivo indispensável nesses contextos, pois pode facultar ao próprio paciente encontrar alternativas mais adequadas/construtivas, possíveis soluções e itinerários para seus problemas.

Os pesquisadores Rodrigues, Vieira, Soares, Silva e Coutinho avaliaram 32 artigos publicados sobre a atuação de enfermeiros atuantes na Unidade Básica de Saúde e constataram o despreparo e a incapacidade destes no atendimento aos portadores de depressão. Muitos não têm formação específica de qualidade, não têm especialização em saúde mental, o que dificulta o diagnóstico piorando o quadro da depressão<sup>250</sup>. É óbvio que o enfermeiro não atua terapêuticamente sobre o diagnóstico da depressão. O centro de sua atenção é o ser que manifesta comportamento depressivo; seu papel é usar adequadamente a comunicação, mediante atitude compreensiva, fornecendo ao doente suporte indispensável ao paciente a fim de que este se conscientize de seu problema e encontre nele mesmo soluções para a situação vivenciada<sup>251</sup>. Os pesquisadores verificaram que há enfermeiros que sequer “conseguem identificar pacientes com sintomatologia depressiva”, mesmo em se tratando de um problema de saúde pública, que atinge milhões de pessoas no mundo inteiro; “sendo assim, a assistência a estes pacientes fica prejudicada, não alcançando os pressupostos da integralidade que inclui a promoção, prevenção e reabilitação da saúde”<sup>252</sup>.

---

<sup>247</sup> 2019, p. 3447-3451.

<sup>248</sup> JURADO; BASSLER; MOREIRA; SILVA; DETTMER; SANCHEZ, 2019, p. 3447.

<sup>249</sup> CARLOS; FARIAS; BARBOSA; CASTRO, 2016, p. 4-5.

<sup>250</sup> RODRIGUES; VIEIRA; SOARES; SILVA; COUTINHO, 2021, p. 20987.

<sup>251</sup> TAVARES; RODRIGUES; SCATENA, 1998, p.107.

<sup>252</sup> RODRIGUES; VIEIRA; SOARES; SILVA; COUTINHO, 2021, p. 20987.

Isto é a repercussão da insuficiência de programas voltados à saúde mental. Tal situação leva muitos pacientes a temerem cair nas mãos desses profissionais, a duvidarem de sua assistência limitada, carente de uma escuta humana e afetuosa, exatamente em contextos que lhes cabe a responsabilidade de acompanhar e amparar o enfermo depressivo no decurso de seu tratamento e reabilitação, proporcionando-lhe cuidados especiais – da prevenção à promoção da saúde –, incitando-o à sua reinserção social. Porém, uma das “barreiras que impedem o tratamento eficiente, está na falta de profissionais treinados, um dos elementos que afeta potencialmente o acompanhamento e tratamento do transtorno”<sup>253</sup>.

É óbvio que nos serviços de saúde o peso das falhas/deficiências não pode incidir apenas e diretamente sobre os enfermeiros. É imprescindível o estabelecimento de uma articulação entre serviços de saúde e gestores com o fito de qualificar todos os profissionais. Ademais, o modelo assistencial hoje impõe a implementação gradual e “crescente de uma rede de cuidados cuja organização exige complexa estrutura de serviço comunitário articulado a recursos territoriais, culturais, sociais; enfermaria de saúde mental em hospital geral; residência terapêutica e cooperativa social”<sup>254</sup>. E a tarefa de cuidar deve contar com empatia, cognição, emoção, compassividade, religiosidade/espiritualidade como mecanismo de apoio e ajuda. Afinal, a saúde está envolta intrinsecamente em todas as etapas e formas de viver, de preservar o equilíbrio homeodinâmico e o “reequilíbrio das necessidades humanas básicas psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais e seus diversos significados”<sup>255</sup>.

Harmuch, Cavalcante e Zanoti-Jeronymo realizaram uma pesquisa a fim de averiguarem na visão de estudantes de Enfermagem a perspectiva da religião e da espiritualidade e verificaram que os acadêmicos reconhecem o valor de um cuidado humanizado envolvendo a espiritualidade na qualidade de vida do assistido e que, por isso mesmo, eles consideram a necessidade de que em sua formação acadêmica essa abordagem seja mais ampla, principalmente pelo fato de que não há custo nessa conduta, ainda tão carente de visibilidade no exercício dos profissionais da saúde<sup>256</sup>. Inclusive, na revisão de

<sup>253</sup> SOUZA, Jéssica Kayane de; MENDES, Daniela do Carmo Oliveira; SILVA, Grasielle Cristina Lucietto da; VEDANA, Kelly Graziani Giacchero; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; FIORATI, Regina Célia; FERREIRA, Luana Vieira Coelho. Percepções de enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde quanto a atuação frente aos casos de depressão. 14p. *Cogitare Enfermagem*, v. 28, 2023, p. 2.

<sup>254</sup> XIMENES NETO, F. R.; FÉLIX, R. M. S.; OLIVEIRA, E. M. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária à saúde. *Enfermería Global*, n. 16, jun. 2009, p. 2.

<sup>255</sup> MOREIRA; SANTANA JUNIOR; POSSO, 2021, p. 345.

<sup>256</sup> HARMUCH, Camila; CAVALCANTE, Marília Daniella Machado Araújo; ZANOTI-JERONYMO, Daniela Viganó. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem na visão dos estudantes: uma revisão. *Revista Uningá*, Maringá, v. 56, n. S2, p. 243-254, jan./mar. 2019.

literatura realizada por essas pesquisadoras, elas atestam o mesmo sobre a invisibilidade da questão religiosa no curso de Enfermagem. Por isso os acadêmicos se sentem inseguros para desenvolverem na prática esse tipo de cuidado; alguns buscam o conhecimento para a assistência espiritual fora do mundo acadêmico, na própria religião, pois na faculdade esse tema não é aprofundado, quando vem à tona permanece na superficialidade, com raras discussões teóricas e práticas indispensáveis para um bom desempenho deles<sup>257</sup>.

Entendida a assistência de enfermagem referente ao paciente depressivo como uma prática que ultrapassa a técnica rotineira por demandar do profissional um cuidado humanista, de observador atento em prol do bem-estar físico/mental/social, de olhar/escuta sensível e holística, no papel de comunicador compreensivo, um intérprete do paciente e articulador entre este e a equipe terapêutica/família/comunidade; e entendida que essa assistência nem sempre está preparada para tamanhas funções – quer seja devido à má qualidade do curso de graduação, quer seja pela inabilidade de fornecer um atendimento espiritual, holístico e integral ao enfermo, especialmente o que tem depressão –, o item 3.3 apresenta algumas formas de despertar a sensibilização do enfermeiro para atuar para além das técnicas, isto é, holística e humanisticamente no seu cotidiano laboral, tendo a religiosidade/espiritualidade como recurso para ultrapassar dificuldades no cuidado do paciente com depressão. Também é certo que o tempo, a vontade de aprender, o estudo contínuo é que vai paulatinamente preparando esse profissional, dando-lhe *know-how* para a sua performance.

### 3.3 Proposta para o enfermeiro inserir fé, espiritualidade e religiosidade aliadas no tratamento da depressão

Após embasamento teórico sobre depressão (surgimento, definição, causas, sintomas, tratamento, dentre outros aspectos); sobre religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida da pessoa, em situações de adoecimento e como *coping* para o enfrentamento da depressão (sua intervenção que pode ser promissora ou prejudicial ao enfermo); sobre condutas e responsabilidades do enfermeiro, nesta última seção do trabalho, o intuito é o de apresentar possibilidade(s) de se desenvolver no profissional de enfermagem a sensibilidade no trato do doente. Já se viu nesta dissertação sobre a necessidade de se associar ousadia/criatividade/alegria num atendimento de qualidade. Mas para tanto,

---

<sup>257</sup> HARMUCH; CAVALCANTE; ZANOTI-JERONYMO, 2019.

primeiro é preciso desenvolver nestes “profissionais condições de descobrirem distintas modalidades terapêuticas que gerem a inclusão e compromisso ao tratamento e reabilitação desses pacientes”<sup>258</sup>. Por isso, então, a proposta aqui é de apresentar sugestão(ões) de como preparar o enfermeiro por meio de uma capacitação especificamente de interações sociais, que reforçam/criam vínculos sociais de comunicação/interação com o suporte da religiosidade/espiritualidade. Dotados dessa base lhes será mais fácil suavizar o sofrimento do enfermo.

O psiquiatra Enrique J. Pichon-Rivière, um suíço que viveu na Argentina, criou uma estratégica metodológica de pesquisa de intervir nos grupos, à qual deu o nome de Grupo Operativo (GO). Sua intenção aí foi a de encaminhar os participantes a melhor entender a vida lançando mão da dialética, que, segundo Bornheim, “seria aquilo que faz possível todo discurso, embora permaneça em si mesma o não dito, algo de refratário a qualquer empenho de explicitação”. Na sua origem, esse termo (*dialectica*, do latim, e *dialektike*, do grego) quer dizer discussão (*dia* – reciprocidade; *lêgein/logos* – teoria/estudo/razão = discurso da razão). O conceito de dialética de Pichon-Rivière, como método científico, envolve totalidade (visão de conjunto, é a síntese que um sujeito ativo faz sobre algo permeada de contradições e mediações concretas), contradição (vai além da aparência imediata do fenômeno), mediação (todo fato é perpassado de várias ações humanas, tem história, contexto, está em conexão com aquilo que está fora dele, não pode ser compreendido isoladamente) e as leis da dialética (da conexão entre os fenômenos, do movimento universal e do desenvolvimento incessante, da passagem de quantidade à qualidade, da interpretação dos contrários)<sup>259</sup>.

O termo dialética na proposta desta dissertação é referente à natureza do ser humano e a seu pensar, ou seja, se coaduna com a linha de Pichon-Rivière, do diálogo permanente das coisas vinculadas entre si, da natureza humana inacabada e dinâmica, em perene transformação operando sobre a realidade. O psiquiatra propõe “um modo de compreender a estrutura e o funcionamento dos grupos, como também modos de intervenção objetivando instrumentalizá-los para a aprendizagem e para a transformação”<sup>260</sup>. Realiza-se aqui apenas um recorte das ideias de Pichon-Rivière referente à dialética dos sujeitos e dos grupos, onde estão as contradições inerentes a todo e qualquer grupo reunidas em cinco: “(a) Velho X

<sup>258</sup> RODRIGUES; VIEIRA; SOARES; SILVA; COUTINHO, 2021, p. 20995.

<sup>259</sup> PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo* (Spagesp), v. 14, n. 1, p. 21-29, 2013.

<sup>260</sup> PEREIRA, 2013, p. 25.

Novo; (b) Necessidade X Satisfação; (c) Explícito X Implícito; (d) Sujeito X Grupo; (e) Projeto X Resistência à mudança”<sup>261</sup>.

Os GO são compostos de coordenador, observador e integrantes, e eles sempre têm tarefa(s) a desempenhar. O que é apresentado nesta proposta precisa ser ajustado à realidade de cada circunstância. São apenas direções a serem complementadas/ajustadas de acordo com as necessidades e possibilidades da situação real. Sugere-se que, para os eventos, a instituição contrate pessoas de fora habilitada (profissionais da saúde mental já com certa experiência no ramo) para a realização da dinâmica e que atuem no GO como coordenador e observador. Já os integrantes, necessariamente, serão enfermeiros recém-admitidos e os que ainda não desenvolveram sua sensibilidade no ato de cuidar envolvendo a religiosidade/espiritualidade para a melhora do enfermo<sup>262</sup>. Sugere-se que, na admissão de enfermeiros, eles tenham, por exemplo, cinco dias consecutivos de participação em dinâmicas de GO. Aproveita-se a oportunidade para que enfermeiros já admitidos que não tenham desenvolvido ainda o olhar/escuta humanizada e holística participem também das dinâmicas. É interessante que assim ocorra a semana de dinâmicas:

- 1) Contratação de dois profissionais que estejam preparados para realizar as dinâmicas mais abaixo apresentadas e atuem como coordenador e observador dos GO.
- 2) Participantes: enfermeiros recém-admitidos e os já admitidos que necessitam desenvolver sensibilidades no cuidado com o enfermo depressivo.
- 3) Duração: cinco dias consecutivos.

No caso aqui é como se houvesse 12 participantes, já estando incluídos o coordenador (preparador da dinâmica, “orientador, favorecendo a comunicação intergrupar e tentando evitar a discussão frontal”<sup>263</sup>) e o observador (anotador de pequenas eventualidades e da visão panorâmica para ajustes no próximo encontro). Cada encontro tem a duração de quatro horas.

<sup>261</sup> PEREIRA, 2013, p. 25.

<sup>262</sup> Por certo, essa oportunidade é propícia para repassar conhecimentos e técnicas de enfermagem, mas nesta dissertação de Mestrado Profissional de Ciências das Religiões, as dinâmicas são específicas para a religiosidade/espiritualidade.

<sup>263</sup> PICHON-RIVIÈRE, Enrique J. *O processo grupal*. Tradução Marco Aurélio Fernandes Velloso; Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 123

### 3.3.1 Primeiro encontro – criação do perfil do enfermeiro

Objetivo: criar com o grupo uma comunicação ativa e construtora da imagem do enfermeiro.

1º momento (1h30min) – apresentação de todos, começando pelo coordenador/orientador que também esclarecerá sobre esses encontros; depois, o observador (que não deverá apresentar-se com essa nomenclatura, mas com a de *auxiliar*). Na sequência, cada um fará a sua apresentação e quais suas expectativas de participação nesse evento (se está ali apenas por determinação da instituição ou se há algo mais – explicar).

Intervalo de 15min (água/cafezinho e toailete).

2º momento (1h30min) – um caso de paciente depressivo é apresentado, conforme a citação abaixo.

Para Lenburg, Klein, Abdur-Rahman, Spencer e Boyer (2009), as competências [do enfermeiro] encontram-se agrupadas nas seguintes dimensões:

1. Habilidades de avaliação e intervenção: incluem a monitorização e colheita de dados, avaliação física e intervenções terapêuticas.
2. Comunicação: inclui a Oral – interação, escuta, colheita de anamnese, transmissão de informação a outros prestadores de cuidados e argumentação; a Escrita – anotações, escrita de relatórios, análise de documentos e as Tecnologias de Informação – inserção de dados, pesquisa de fontes de conhecimento e interação com outros prestadores de cuidados.
3. Habilidades de julgamento crítico: utilização de evidência na prática clínica, integração de teoria na prática, resolução de problemas, tomada de decisão e investigação científica.
4. Habilidades de relação e cuidado: respeito cultural do outro, advogar pelo cliente, cuidados centrados no cliente, ética, privacidade e confidencialidade;
5. Habilidades de ensino: transmissão de informação, demonstração de cuidados, instrução de pares e supervisão clínica;
6. Habilidades de gestão: planeamento, delegação e coordenação do trabalho de outros, utilização de recursos humanos e materiais e trabalho em equipe;
7. Habilidades de liderança: colaboração, construção de alianças, assertividade, assunção de risco de forma informada, criação de alternativas, responsabilidade profissional e desenvolvimento contínuo;
8. Habilidades de integração do conhecimento: basear os cuidados no conhecimento e em padrões, utilização de fontes de conhecimento baseadas na evidência para a tomada de decisão e a sintetização da informação<sup>264</sup>.

Os participantes se reúnem para comentar como eles se sentem em face dessas exigências que se espera de um enfermeiro. Depois o coordenador pergunta a cada um quais são suas maiores dificuldades para se sentir um enfermeiro dotado dessas competências. Ao final dessas falas, o coordenador intervém com orientações e palavras de incentivo a buscar

<sup>264</sup> COSTA; António; GASPAR, Pedro João Soares. Perfil de competências do enfermeiro no Serviço de Urgência. Leiria, Portugal, p. 49-67, 2017. p. 51.

melhorias na profissão evidenciando que se trata e um processo permeado de pequenas conquistas/avanços.

Intervalo de 15min (água/cafezinho e toalete).

3º momento (30min) – despedida distribuindo aleatoriamente frases sobre enfermeiro/enfermagem. Cada um dê, resumidamente, o seu parecer sobre a mensagem recebida.

1 “Algumas vezes carinho e dedicação são mais eficazes que um remédio.”

2 “Enfermeiros são anjos vestidos de branco, voando pelos corredores dos hospitais.”

3 “A arte do cuidar deve ser feita por aqueles que possuem a chama do amor.”

4 “O enfermeiro é um ser iluminado que dedica a sua vida a cuidar dos outros.”

5 “Enfermagem é sinônimo de esforço e dedicação em cuidar do próximo.”

6 “Um enfermeiro trabalha pelo amor, pela causa, pelo próximo e não por aplausos.”

7 “Um enfermeiro pode não ter a cura para a sua doença, mas trará alívio para a sua dor.”

8 “A enfermagem é uma profissão que exige, além de habilidades técnicas, científicas e humanas, uma boa dose de vocação e empatia.”

9 “A enfermagem não é apenas uma profissão, exige dedicação, amor, vocação e respeito pela vida humana.”

10 “O profissional da enfermagem é o único que tem o poder de integrar cuidado, compaixão, comunicação e amor ao cuidar dos pacientes.”

11 “A enfermagem é a ciência de cuidar, confortar e acolher os pacientes em seus momentos mais difíceis, trazendo alívio para o corpo e a alma.”

12 “A lição prática mais importante que pode ser dada aos enfermeiros é ensiná-los a observar.” (Florence Nightingale)<sup>265</sup>.

O Quadro 1 representa as ações do primeiro encontro.

Quadro 1 – Primeiro encontro

<b>Objetivo:</b> criar com o grupo uma comunicação ativa e construtora da imagem do enfermeiro.		
Momentos	Duração	Atividades
1º	1h30min	Apresentação seguida de uma comunicação ativa com o grupo sobre a construção da imagem do enfermeiro.
Intervalo	15min	Água/cafezinho e toalete.
2º	1h30min	Análise de caso de paciente depressivo.
Intervalo	15min	Água/cafezinho e toalete.
3º	30min	Despedida com a leitura e sucinto comentário feito por cada participante sobre a frase recebida do auxiliar a respeito do enfermeiro/enfermagem.

Fonte: elaboração própria.

Após encerrado o primeiro dia de encontro, o coordenador e o observador farão entre si uma síntese dos pontos positivos e negativos a fim de que possa evitar o que não funcionou bem para, assim, poder melhorar o segundo encontro. Isso acontecerá em todos os encontros e o que fora aí discutido fará parte do relatório final a ser entregue a quem os contratou para a realização da semana de capacitação.

<sup>265</sup> As doze citações acima são encontradas aleatoriamente, em cartazes colocados em ambiente de saúde.

### 3.3.2 Segundo encontro: atendimento ao paciente depressivo

Objetivo: discorrer sobre o cuidado especial a um paciente depressivo

1º momento (1h30min) – cumprimentar os participantes perguntando-lhes como foi retornar e se estavam animados, deixando que eles falem naturalmente por uns 15min. O coordenador fechará resumidamente essas falas. O auxiliar anotarás falas relevantes para o relatório final.

O coordenador esclarecerá o objetivo do encontro e lhes perguntará se eles já tiveram que atender um paciente depressivo e como foi essa experiência. Caso alguns deles não tenham tido essa experiência, como eles se sentiriam. Todas as falas são anotadas pelo auxiliar e finalizadas pela fala do coordenador.

Intervalo de 15min (água/cafezinho e toailete).

2º momento (1h30min) – leitura do seguinte texto sobre atendimento a um paciente depressivo.

Você recebe em seu plantão um(a) jovem entre 20 e 25 anos, levado(a) pelo(a) pai/mãe, apresentando estes sintomas: sentimentos de desamparo e vazio, medo, pessimismo, inutilidade, fracasso, desesperança, desespero, além de apresentar insônia e inapetência por uma semana. Liste os primeiros procedimentos que você deve tomar como enfermeiro<sup>266</sup>.

Os participantes se reúnem para comentar o que fazer na primeira abordagem ao paciente. Depois, cada um faz sua explanação e o coordenador, intervém aí elucidando o que é pertinente e o que deveria ser complementado para que um atendimento ideal.

Intervalo de 15min (água/cafezinho e toailete).

3º momento (30min) – despedida distribuindo aleatoriamente frases sobre depressão. Cada um dê, resumidamente, o seu parecer sobre a mensagem recebida.

- 1 “Nunca despreze as pessoas deprimidas. A depressão é o último estágio da dor humana.” (Augusto Cury)
- 2 “Antidepressivos tratam a dor da depressão, mas não curam o sentimento de culpa e nem tratam a angústia da solidão.” (Augusto Cury)
- 3 “A depressão nada mais é que um grito da alma, alertando que seu progresso natural está atrasado.” (Lourival Jr.)
- 4 “O indivíduo é um espetáculo ensaiado só esperando a cortina abrir. A depressão é uma cortina que não abre. E atrás da cortina o espetáculo da vida não acontece.” (Flavio Alberi Zahn)
- 5 “A depressão faz um homem olhar em uma só direção: a pior.” (Pastor Everardo Alves)

<sup>266</sup> O texto é uma elaboração da autora deste trabalho.

6 “A falta de um propósito é uma das maiores causas de depressão.” (Rodrigo Polessio)

7 “Há um estágio na depressão em que, se a pessoa não reconhecer que precisa de ajuda, pode ser fatal.” (Flavia Leticia)

8 “A depressão é uma dor perversa, que destrói aquilo que já está destruído, que corrói aquilo que já está corroído, que mata aquilo que já está morto, que muitos sentem vergonha em admitir e que muitos desistem de resistir e de lutar.” (Daniel Lima Urbastenn)

9 “Depressão é quando a vida te rejeita após por muitas vezes ser rejeitada por você. Cumprimente a vida todos os dias ao acordar com alegria e ela sempre sorrirá quando te ver.” (TY Monteiro)

10 “A depressão é uma crise existencial da qual nossa alma entra em coma enquanto vivemos.” (Frankle Brunno)

11 “A depressão mata mais do que a morte; porque quando a morte chega, em muitos dos casos, ela já tem matado antes.” (Antonio Costta)

12 “A depressão é um grito que ninguém ouve.” (Sâmara Santana Câmara)<sup>267</sup>

O Quadro 2 representa as ações do primeiro encontro.

Quadro 2 – Segundo encontro

<b>Objetivo:</b> discorrer sobre o cuidado especial a um paciente depressivo.		
Momentos	Duração	Atividades
1º	1h30min	Esclarecimentos sobre o objetivo do encontro seguidos de falas dos participantes.
Intervalo	15min	Água/cafezinho e toailete.
2º	1h30min	Discussão sobre primeiros procedimentos a serem tomados para atender o paciente depressivo no horário de plantão.
Intervalo	15min	Água/cafezinho e toailete.
3º	30min	Despedida com a leitura e sucinto comentário feito por cada participante sobre a frase recebida do auxiliar a respeito da depressão.

Fonte: elaboração própria.

### 3.3.3 Terceiro encontro: presença da religiosidade/espiritualidade na vida das pessoas

**Objetivo:** discutir a necessidade da presença da religiosidade/espiritualidade e fé na vida das pessoas.

**1º momento (1h30min)** – cumprimentar os participantes perguntando-lhes como foi retornar e se estavam animados, deixando que eles falem naturalmente. O coordenador fechará resumidamente essas falas; em seguida, esclarecerá o objetivo do encontro, já inserindo a relevância da religiosidade/espiritualidade e fé no cotidiano das pessoas. O auxiliar anotarás falas relevantes para o relatório final.

Depois, o coordenador lançará ao grupo esta pergunta para que todos reflitam e montem uma resposta sucinta para apresentarem na discussão: o que representa para você a presença constante da religiosidade/espiritualidade e fé no modo de vida das pessoas?

<sup>267</sup> Essas citações foram encontradas alhures, em cartazes de locais públicos.

Durante a discussão o coordenador intervém quando for oportuno e fechará a discussão. Já o auxiliar se manterá como sempre: anotando falas relevantes para o relatório final.

Intervalo de 15min (água/cafezinho e toailete).

2º momento (1h30min) – leitura do seguinte texto sobre religiosidade e espiritualidade na vida das pessoas, especificamente na do enfermeiro.

[...] a religião é um fenômeno relativo ao desejo, ou seja, o homem tem consciência de sua finitude e limitações, mas tem o desejo de superá-la através de experiências e modos de existência que lhe fazem celebrar e gozar. Sendo assim, a religiosidade aparece então como um fenômeno que está relacionado com a busca do homem por responder os seus questionamentos existenciais e dá sentido a sua vida.

Segundo Angerami-Camon (2008), a religiosidade consiste na busca do homem por transcendência e é um dos meios pelos quais ele pode vivenciar a sua espiritualidade. O autor afirma ainda que a religiosidade faz com que o homem reflita sobre si mesmo e as suas relações, procurando significados para a sua existência que estão além do mundo objetivo.

[...] a espiritualidade se constitui de um sentimento íntimo existencial, uma busca pelo sentido de viver e estar no mundo e que não necessariamente vai estar ligado à crença em algo maior, como um Deus. Já a religiosidade, pode ser entendida como sendo um conjunto de crenças e práticas pertencentes a uma doutrina, que são compartilhadas e seguidas por um grupo de pessoas, através de cultos ou rituais que envolvem necessariamente a noção de fé<sup>268</sup>.

Pedir que todos reflitam sobre religião/religiosidade/espiritualidade na vida deles próprios (2min). Depois, cada um terá seu tempo de falar. Enquanto isso o auxiliar vai anotando frases curtas, palavras significativas; em seguida, lê em voz alta o que anotou e monta com a turma um texto estruturado a partir de distintas manifestações sintetizadas (30min).

O coordenador enriquecerá esse momento com explicações mais abrangentes e significativas sobre a importância de se ter uma vida pautada nesses valores, os quais possibilitam conforto diante das diversidades, empatia e acolhimento nas interações com o outro, respeito de valores e crenças alheias, encontro com sentidos existenciais para além da realidade concreta sendo um bálsamo no enfrentamento de crises existenciais (30min).

Intervalo 15min (água/cafezinho e toailete).

3º momento (30min) – despedida distribuindo aleatoriamente mensagens sobre fé, religião, religiosidade, espiritualidade. Cada um dê resumidamente o seu parecer sobre a mensagem recebida.

1 “Não confunda espiritualidade com religião. Espiritualidade é prática no cotidiano, não louvores em templos.” (Marcélio Oliveira)

2 “A fé não torna as coisas simples, torna-as possíveis.”

<sup>268</sup> MELO; SAMPAIO; SOUZA; PINTO, 2015, p. 451.

- 3 “Viver a espiritualidade nos dá uma visão ampla, sem distorcer da realidade.” (Elia Oliveira)
- 4 “Espiritualidade é ligar-se com o meu Eu Superior. É viver nesse bem.” (Maikon Pitas)
- 5 “A ciência sem a religião é manca, a religião sem a ciência é cega.” (Albert Einstein)
- 6 “Quando pratico o bem, sinto-me bem; quando pratico o mal, sinto-me mal. Eis a minha religião.” (Abraham Lincoln)
- 7 “Fé é a substância das coisas esperadas e a evidência das coisas não vistas.” (São Paulo).
- 8 “O verdadeiro espírito de religiosidade, é cuidar daqueles que mais necessitam de ajuda, de amar ao próximo como se ama a si mesmo, e de ser fraternalmente afável àqueles que estão caídos em desgraça e não têm condição de se levantar.” (Leonardo Pimentel Menin)
- 9 “A fé não é sobre entender tudo, mas sobre confiar mesmo quando não entendemos.” (anônimo)
- 10 “Mais importante que ter uma religião, é encontrar a religiosidade dentro de si mesmo. Encontrar o sagrado, pode ser apenas e tão somente uma questão de praticar a paz, não apenas dentro de nós, mas principalmente fora de nós. Assim tornamos o nosso mundo o próprio paraíso na Terra.” (A.D.)
- 11 “A fé nos faz ver o invisível, crer no incrível e receber o impossível.”
- 12 “Profissionais religiosos e que creem em Deus têm maior sensibilidade e facilidade para pensar espiritualidade na assistência.” (Jurado; Bassler; Moreira; Silva; Dettmer; Sanchez, 2019)<sup>269</sup>.

O Quadro 3 representa as ações do terceiro encontro.

Quadro 3 – Terceiro encontro

<b>Objetivo:</b> discutir sobre a necessidade da presença da religiosidade/espiritualidade e fé na vida das pessoas.		
Momentos	Duração	Atividades
1º	1h30min	Falas dos participantes arrematadas pelo coordenador. Esclarecimentos iniciais sobre a dimensão da fé/ espiritualidade/religiosidade/ religião na vida de todos e o estabelecimento de um diálogo entre participantes a esse respeito.
Intervalo	15min	Água/cafezinho e toalete.
2º	1h30min	Leitura do texto sobre a dimensão de uma vida regrada de religiosidade e espiritualidade, seguida de reflexões dialógicas, dos participantes, incluindo o coordenador.
Intervalo	15min	Água/cafezinho e toalete.
3º	30min	Despedida com a leitura e sucinto comentário feito por cada participante a respeito da frase recebida do auxiliar sobre fé, religião, religiosidade, espiritualidade.

Fonte: elaboração própria.

### 3.3.4 Quarto encontro: prática da religiosidade/espiritualidade e fé do enfermeiro na assistência ao paciente depressivo

**Objetivo:** discorrer sobre a relevância da presença da religiosidade/espiritualidade e fé do enfermeiro no cuidado biopsicossocioespiritual do paciente com depressão.

<sup>269</sup> Essas citações foram encontradas alhures.

1º momento (1h30min) – cumprimentar os participantes perguntando-lhes como foi retornar e se estavam animados, deixando que eles falem naturalmente por uns 15min. O coordenador fechará resumidamente essas falas. O auxiliar anotarás falas relevantes para o relatório final. O coordenador esclarecerá o objetivo do encontro e lerá o seguinte texto sobre o cuidado religioso e espiritual do enfermeiro no tratamento do paciente depressivo, que será debatido no GO.

A Espiritualidade é conceituada, de uma forma geral, como a dimensão peculiar de todo ser humano na tentativa de dar sentido à vida e na busca incansável por respostas aos aspectos fundamentais dessa existência, uma particularidade intrínseca do indivíduo. Essa busca também pode envolver laços com a experiência transcendente e com o sagrado, fato que justifica a Religiosidade estar envolvida nesses processos. As evidências apontam que as atividades religiosas podem aumentar a motivação para realizar atividades do dia a dia, com conseqüente melhora da saúde física e emocional, beneficiando a melhor qualidade de vida (QV), além de gerar resiliência ao paciente. [...]

Koenig cita vários estudos que apontam que as crenças e práticas religiosas estão associadas com taxas de suicídio mais baixas; menos ansiedade; menos abuso de substâncias; menos depressão e recuperação mais rápidas da depressão; maior bem-estar, esperança e otimismo; mais propósito e significado na vida, apoio social superior; maior satisfação e estabilidade conjugal (KOENIG, 2004). Stearns et al. (2018) sugerem que o aumento da religiosidade pode ajudar os indivíduos a terem uma melhor saúde mental e servir como proteção contra efeitos da depressão. [...]

Dentre os profissionais da enfermagem, de uma forma geral, o tema tem sido amplamente discutido na literatura e abordado na prática. [...] Em estudo realizado no exterior foi possível perceber que a criação de vínculo com o enfermeiro e a modulação da Espiritualidade pode desencadear reações de autoestima nos pacientes e a compreensão do significado da vida<sup>270</sup>.

Intervalo 15min (água/cafezinho e toalete).

2º momento (1h30min) – o coordenador lançará ao grupo esta pergunta para que todos reflitam no GO e montem uma resposta sucinta para apresentarem na discussão: como prestar assistência biopsicossocioespiritual, respeitando as vertentes da espiritualidade/religiosidade do paciente com depressão? Durante a discussão o coordenador intervém quando for oportuno e fechará a discussão. Já o auxiliar se manterá como sempre: anotando falas relevantes para o relatório final.

Intervalo de 15min (água/cafezinho e toalete).

3º momento (30min) – despedida distribuindo aleatoriamente mensagens sobre a enfermagem como arte de cuidar. Cada um dê resumidamente o seu parecer sobre a mensagem recebida.

<sup>270</sup> MAIA, Marco Tulio Alves; GOMIDES, Lindisley Ferreira. A importância da espiritualidade e da religiosidade nos serviços farmacêuticos no cenário da depressão. *Saúde Dinâmica* – Revista Científica Eletrônica 15. ed., ano VI, n. 3, p. 1-27, 2023.

- 1 “O trabalho da enfermagem é amenizar a dor e celebrar as alegrias a cada dia, enquanto apenas fazemos a nossa parte.”
- 2 “A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!” (Florence Nightingale)
- 3 “Ser enfermeiro é ser a ponte que liga o paciente à sua cura, a tranquilidade que acalma a dor e o suporte que traz esperança.”
- 4 “A enfermagem é linda, salva vidas, mas é limitada. O limite está na vontade de Deus. E, para Deus, tudo é possível quando você tem fé, até mesmo a cura acelerada!” (Marcelo Souza)
- 5 “O cuidado biopsicossocioespíritual da enfermagem ao paciente com depressão oportuniza é também função terapêutica”.
- 6 “Contemplando corpo, mente e espírito do paciente depressivo, a enfermagem lhe dará suporte às adversidades instauradas.”
- 7 “O enfermeiro que guia o paciente com depressão à busca de ajuda em um Ser Superior pode lhe proporcionar força e esperança no enfrentamento de situações difíceis.”
- 8 “Ajudar a aflorar e espiritualidade do paciente com depressão contribui para “a busca de significado, tranquilidade e propósito, pois amplia o entendimento das adversidades e ressignifica o sofrimento.”
- 9 “A fé pode favorecer a saúde, pois possibilita o resgate da vida, proporcionando paz interior, equilíbrio e simetria consigo mesmo, com os outros e com a Força Superior em que se acredita.” (Ribeiro; Andrade; Souza; Espírito Santo; Andrade; Santos)
- 10 “A espiritualidade se apresenta como ferramenta que possibilita o cuidado integral dos pacientes, devido à sua característica holística, tornando-se crucial para melhor a compreender e dela apropriar-se tanto para o paciente quanto para a prática profissional em saúde, adquirindo maior completude em suas obrigações.” (Ribeiro; Andrade; Souza; Espírito Santo; Andrade; Santos)
- 11 “A relação com o sagrado faz parte integral do ser humano e pode trazer grandes benefícios, principalmente em momentos críticos como o de uma doença, possibilitando influenciar positivamente na saúde mental, física e social.” (Ribeiro; Andrade; Souza; Espírito Santo; Andrade; Santos)
- 12 “Compreende-se que a partir da espiritualidade e da religiosidade, pode-se modificar a maneira de cuidar do corpo e da mente, ampliando em contrapartida, a capacidade de resistência humana diante do adoecer.” (Ribeiro; Andrade; Souza; Espírito Santo; Andrade; Santos)<sup>271</sup>.

O Quadro 4 representa as ações do quarto encontro.

Quadro 4 – Quarto encontro

<b>Objetivo:</b> discorrer sobre a relevância da presença da religiosidade/espiritualidade e fé do enfermeiro no cuidado biopsicossocioespíritual do paciente com depressão.		
Momentos	Duração	Atividades
1º	1h30min	Falas dos participantes arrematadas pelo coordenador sobre o desenrolar do curso. Leitura de um texto sobre cuidado religioso e espiritual do enfermeiro no tratamento do paciente depressivo, seguido de reflexões dialógicas e arrematadas pelo coordenador.
Intervalo	15min	Água/cafezinho e toalete.
2º	1h30min	Discussão sobre a pergunta: como prestar assistência biopsicossocioespíritual, respeitando as vertentes da espiritualidade/religiosidade do paciente com depressão?
Intervalo	15min	Água/cafezinho e toalete.

<sup>271</sup> Essas citações foram encontradas alhures.

3º	30min	Despedida com a leitura e sucinto comentário feito por cada participante a respeito da frase recebida do auxiliar sobre enfermagem como arte de cuidar.
----	-------	---

Fonte: elaboração própria.

### 3.3.5 Quinto encontro: modos de superar dificuldades na prática da fé, espiritualidade e religiosidade no cuidado biopsicossocialespiritual ao paciente depressivo

Objetivo: encontrar possibilidades de encaminhar o participante a como superar dificuldades no trato do paciente com depressão lançando mão da fé, espiritualidade e religiosidade.

1º momento (1h30min) – cumprimentar os participantes perguntando-lhes como foi retornar e se estavam animados, deixando que eles falem naturalmente por uns 15min. O coordenador fechará resumidamente essas falas. O auxiliar anotará falas relevantes para o relatório final.

O coordenador esclarecerá o objetivo deste último encontro e lançará a seguinte pergunta a ser discutida no GO: após esses dias de reflexão sobre o perfil do enfermeiro competente, em especial no atendimento ao paciente depressivo incluindo prática da fé, espiritualidade e religiosidade, como se deu seu aprendizado, quais dificuldades e receios permanecem e quais suas expectativas daqui em diante?

O auxiliar fará uma lista com cada dificuldade apresentada, que será tema do segundo momento. Além disso, anotará as falas sobre o aprendizado adquirido nesses encontros para incluir no relatório final.

Intervalo 15min (água/cafezinho e toaleta).

2º momento (1h30min) – lista das dificuldades apresentadas.

O coordenador apresentará uma por uma as dificuldades apresentadas sem nomear seus manifestantes, solicitando respostas do grupo e, em seguida, ele as complementa, procurando sempre soluções viáveis e auspiciosas.

O auxiliar se manterá como sempre: anotando falas relevantes para o relatório final.

Intervalo 15min (água/cafezinho e toaleta).

3º momento (30min) – Despedida com o texto a seguir que deverá ser lido com muita ênfase pelo coordenador. Na sequência, cada um dê resumidamente o seu parecer sobre a mensagem.

*Os dez mandamentos do enfermeiro* Dra. Marislei Brasileiro

1 AMA TUA PROFISSÃO: Somente pode cuidar quem ama o que faz.

2 HONRA TEU TÍTULO: Mantenha um padrão de vida condizente com teu título para que, no futuro, teus filhos se sintam honrados em seguir a mesma profissão.

3 ESTUDA CONSTANTEMENTE: Exercer a enfermagem requer constante atualização de conhecimentos científicos, técnicos, culturais e éticos

4 PENSA PROFUNDAMENTE: Teu dever é conhecer com propriedade todos os pacientes que estão aos teus cuidados tanto no aspecto anatômico, quanto fisiológico, patológico, psicológico e espiritual.

5 TRABALHA COM AFINCO: Mantenha uma atitude de equipe em todos os momentos e não confundas questões pessoais com profissionais.

6 LUTA POR TEUS DIREITOS: Teu dever é lutar pela saúde de todos, inclusive dos próprios enfermeiros, portanto, evita trabalhar em locais sem condições de exercer com dignidade a tua profissão.

7 SÊ FIEL: Não abandones teu cliente, nem deixes os familiares angustiados.

8 SÊ CORAJOSO: Deves zelar pela instituição em que trabalhas, porém, se encontrares a saúde das pessoas em conflito com os valores da instituição, luta pelas pessoas.

9 GUARDA: Se em cada paciente que cuidares fores carregando em tua alma as dores e sofrimentos chegará o dia em que a enfermagem será inviável para ti. Esquece, portanto, as vitórias e derrotas e guarda as lições.

10 TEM FÉ: A Enfermagem não é sacerdócio, mas tem fé na liberdade, na disciplina, na verdade e na justiça<sup>272</sup>.

O coordenador encerrará o encontro de capacitação dizendo de a esperança de um dia haver um reencontro no qual cada um esteja num patamar de mais confiança em sua profissão; agradecendo cada etapa destes encontros sabendo que a despedida não é o fim de uma jornada, mas o alvorecer de um novo horizonte; deixando um capítulo para iniciar uma nova história.

O Quadro 5 representa as ações do quinto encontro.

Quadro 5 – Quinto encontro

<b>Objetivo:</b> encontrar possibilidades de encaminhar o participante a como superar dificuldades no trato do paciente com depressão lançando mão da fé, espiritualidade e religiosidade.		
Momentos	Duração	Atividades
1º	1h30min	Bate-papo inicial sobre o curso seguido de comentários de cada participante sobre esta questão feita pelo coordenador: após esses dias de reflexão sobre o perfil do enfermeiro competente, em especial no atendimento ao paciente depressivo incluindo prática da fé, espiritualidade e religiosidade, como se deu seu aprendizado, quais dificuldades e receios permanecem e quais suas expectativas daqui em diante?
Intervalo	15min	Água/cafezinho e toaleta.
2º	1h30min	Discussão no grupo sobre dificuldades apresentadas pelos participantes apresentando possíveis soluções dadas pelo coordenador e colegas participantes.
Intervalo	15min	Água/cafezinho e toaleta.
3º	30min	Despedida com a leitura do texto <i>Os dez mandamentos do enfermeiro</i> , da Dr <sup>a</sup> Marislei Brasileiro feita pelo coordenador, seguida do parecer sucinto de cada participante. Por fim, o coordenador encerra o curso.

Fonte: elaboração própria.

<sup>272</sup> BRASILEIRO, Marislei. Frases de Dra Marislei Brasileiro. *Mensagem Online*. 2024.

Após encerramento do evento, auxiliar e coordenador devem se reunir para a elaboração do relatório final a ser entregue aos contratantes da semana de capacitação.



## CONCLUSÃO

Enveredar-se pelas Ciências das Religiões nos encaminhou a enxergar a grande contribuição que elas podem proporcionar, como no caso desta dissertação, que abarcou em seu objeto de estudo religiosidade, espiritualidade e fé. Por meio delas descortinamos um conhecimento considerável acerca do ser humano e que tanto pode/deve ser explorado em seu *modus vivendi* e, mais ainda, em situação de adoecimento, especificamente quando se instaura a depressão.

Posto em foco esse escopo, procuramos responder à questão-problema proposta na introdução desta pesquisa (*na relação assistente/assistido no cotidiano da enfermagem, de que forma a religiosidade/espiritualidade pode influenciar positivamente no tocante a paciente depressivo?*). e o que encontramos foi reiterado em todo o texto do trabalho: a conexão positiva entre fé/espiritualidade/religiosidade e adoecimento, estabelecendo um novo itinerário na vida do enfermo no combate das atribulações, possibilitando alento e esperança no processo terapêutico da enfermidade. Nesse propósito o enfermeiro entrou em cena como protagonista que sintoniza o doente à família e ao bem-estar, formando uma rede essencial para a cura; interligando harmonicamente o conhecimento científico à prática religiosa. E nesse cuidar aflora a essência da humanização associada ao cuidado biológico.

Entendemos que, no bojo da humanização do enfermeiro, está a sua dedicação à espiritualidade/religiosidade quando atende o paciente com depressão. Nesse empenho, ele percebe as carências espirituais e a intimidade do enfermo com a religiosidade/religião. Ciente disso, ele consegue promover uma ação educativa voltada à busca do bem-estar, ao revigoramento de laços sociais – o que só será possível quando o enfermeiro tem desenvolvidos certos requisitos como a escuta/olhar sensível, o afeto, a solidariedade, o reconhecimento da dignidade humana, por exemplo.

Concluimos com os teóricos consultados que a assistência humanizada ao paciente com depressão tem-se mostrado promissora no restabelecimento da saúde mental, evitando ou minimizando o tempo de internação, desonerando os sistemas de saúde – razões pelas quais justificou o empenho desta pesquisa por trazer à baila a premência de investimento dos cursos formadores de enfermeiros na preparação de atendimento com práticas regadas à fé, espiritualidade e religiosidade.

Também com o referencial teórico elencado, foi possível atingir o objetivo geral traçado (*elucidar o efeito da religiosidade/espiritualidade como componente de humanização na assistência do enfermeiro durante o tratamento do paciente depressivo, a*

*partir de revisões ao aporte teórico pertinente a fim de que se proponham práticas para enfermeiros voltadas a aumentar a qualidade do cuidado religioso/espiritual de pacientes com depressão)* da seguinte forma: primeiro, entendendo e explicando o transtorno da depressão; depois, explicando como a fé/religiosidade/espiritualidade influenciam na saúde da pessoa; por fim, descrevendo o papel do enfermeiro na assistência ao enfermo com depressão.

Foi importante, logo no início do primeiro capítulo, discernir (a despeito da grande proximidade) os conceitos de religião (práticas, crenças, ritos canalizados para o sagrado/transcendente, vivenciados individual ou comunitariamente em uma instituição religiosa composta de uma série de dogmas e normas a serem seguidos pelos fiéis), religiosidade (expressão ou prática do crente em suas vivências místicas, mágicas e esotéricas, contribuindo para a crença da existência de uma dimensão maior, controladora das circunstâncias e eventualidades da vida, preparando o homem a conviver com elas com mais tranquilidade e confiança) e espiritualidade (uma dimensão mais profunda e mais peculiar do ser humano, entendida como uma inteligência espiritual que leva o sujeito dar um sentido transcendente aos eventos da vida e questões existenciais, orientando-o a compreendê-los). E só após esse esclarecimento começamos a examinar à luz dos teóricos seus impactos em pacientes com depressão. Esclarecemos que, neste estudo, procuramos deslindar o modo como o indivíduo vivencia esses fenômenos (religião/religiosidade/espiritualidade) em situação de adoecimento (com destaque para a depressão).

Esclarecemos que não houve o propósito de teorizá-los à exaustão, mas sim abordá-los o suficiente para entender o ser humano holisticamente, o que é facilitado quando se incluem esses vieses, que hoje têm um espaço aberto pela literatura científica. Entretanto verificamos haver ainda escassez de pesquisas mais objetivas, mesmo após mudanças paradigmáticas de qualidade de vida envolvendo uma percepção subjetiva, para além de fatores não clínicos. E nesse espaço, a ciência médica não refuta fé, espiritualidade e religiosidade, as quais passaram a fazer parte de estudos acadêmico-científicos.

No segundo capítulo colocou-se em evidência o *coping* religioso; porém advertindo-se que ele pode atuar desfavorável (quando a concepção de Deus é punitiva, por exemplo) ou favoravelmente quando funciona como um balsamo de acolhimento em situações de males do corpo e da mente (como a depressão). Afinal, passou-se a perceber que o corpo doente transcende a massa biológica, carrega uma textura tecida de probabilidades, mesmo que permaneça apenas a proximidade iminente do fim da vida apinhada de debilidade corporal. Nessa situação limite ainda pode restar o lenitivo da fé,

religiosidade/espiritualidade, apontando para além da finitude do corpo, para uma transcendência, forjando uma disciplina interior controlada para o torpor eterno, quando então o destino é irreversível.

No terceiro capítulo, verificamos indicações científicas apontando para conveniência do cuidado espiritual dos profissionais da enfermagem, especialmente em se tratando de pacientes com depressão. O enfermeiro, no seu contato imediato com o enfermo, pode/deve proporcionar uma assistência (além da técnica) humanizada no sentido de despertar/desenvolver valores espirituais/religiosos quando percebe a doença usurpando o espaço da vida e deixando lesões além do corpo, nas entranhas da consciência. A humanização no exercício da enfermagem envolve a inclusão, um modo de tratamento individualizado, que respeita as particularidades do enfermo, com uma comunicação adequada e extensiva à família deste.

Se de um lado os teóricos nos levaram a vislumbrar esse mundo ideal da enfermagem no tratamento de casos de depressão; de outro, nos escancarou a realidade de grande parte enfrentada nessa área: enfermeiros desvalorizados, sem reconhecimento, mal remunerados, insatisfeitos profissionalmente; enfermeiros explorados em sua carga horária excessiva, na falta de tempo e de autonomia, na troca de plantões impossibilitando uma assistência continuada, humanizada e holística; enfermeiros mal preparados nos cursos de graduação. Nesse cenário, não há como se efetivar uma assistência biopsicossocialespiritual ao enfermo, o qual deixa de ser o foco do cuidado para se restringir à enfermidade.

A investigação evidenciou que não basta o tratamento farmacológico para paciente com depressão. é indispensável uma assistência holística e interativa do enfermeiro. Outras terapias devem atuar em conjunto como a vivência de fenômenos transcendentais tais quais fé, espiritualidade, religiosidade, crenças em um ser superior, religião – todas elas aliadas ao diálogo permeado de olhar/escuta sensível do enfermeiro, com uma comunicação adequada transcendente à oralidade, enfim sua atuação como interpretante dos problemas do doente para melhor contribuir na evolução de saúde deste.

Ao se investigar a dimensão do cuidado humanizado e integral praticado pela enfermagem, constatamos a carência de profissionais capacitados, mesmo nesta atualidade em que as tecnologias evoluem ininterruptamente, inclusive no ramo da saúde, demandando do profissional um olhar mais apurado e diferenciado na manipulação de equipamentos e máquinas, porém sem descuidar de uma assistência holística. Desta feita, inferimos a premência do desenvolvimento do cuidado espiritual desse profissional – primeiro consigo

próprio para depois ser estendido ao enfermo, pois tal cuidado é catalizador de boas energias para lidar nos contextos de sofrimento e dor.

Toda a parte de embasamento teórico nos inspirou a elaborar, como sugestão, uma semana de capacitação para enfermeiros incipientes e insipientes, por meio de Grupos Operativos. Por certo, elaboramos um esqueleto do que pode ser realizado em cada encontro, devendo ao coordenador e seu auxiliar, contratados para a execução de todo o evento, enxertar seus conhecimentos e práticas para melhor atender aos propósitos para os quais foram contratados. Chegar a essa sugestão e a conclusões como supramencionadas, envolveu análises criteriosas de teóricos mescladas às experiências profissionais da autora desta dissertação (enfermeira atuante em hospital, além de professora e coordenadora do curso de graduação em Enfermagem) e a suas próprias crenças espirituais e religiosas, estimuladoras do comprometimento com a pesquisa.

Foi assim também que, após leituras e reflexões exaustivas sobre a pesquisa, concluímos que a atmosfera de um hospital ou outras instituições congêneres se sustenta na faina ininterrupta dos enfermeiros tecida com técnica, dedicação, humanização e fé no restabelecimento da saúde do enfermo. É um contexto sempre permeado de problemas, que jamais devem se configurar como obstáculos; pelo contrário, devem ser tomados como oportunidades singulares de superação e progresso.

Sendo assim, o corpo da enfermagem ora se torna uma orquestra da saúde quando tocada com a as notas da harmonia entre técnica/ciência e dedicação/sensibilidade/fé; ora é uma pintura na tela do gênero humano matizada com as cores do profissionalismo, com pinceladas de espiritualidade e traços de empenho; ora é um poema expresso em atitudes zelosas que rimam no cuidado de cada ato movido paradoxalmente pela serenidade/sensibilidade da escuta/olhar sensível e pela intrepidez no enfrentamento tempestuoso do sofrimento alheio. Enfim, no palco da vida, o protagonismo está na equipe de enfermagem que atua silenciosamente em prol dos enfermos.

## REFERÊNCIAS

ACIOLY, Thaís Rabanea de Souza; LACERDA, Luiz Tavares de. *Depressão ao longo da história*. [s./d.], [s./l]. Disponível em: [Quevedo.indd\(larpsi.com.br\)](http://Quevedo.indd(larpsi.com.br)). Acesso em: 12 dez. 2023.

AGÊNCIA SENADO. *Sancionada lei que promove a Semana de Conscientização sobre a Depressão*. 04 abr. 2023. Disponível em: [Sancionada lei que promove a Semana de Conscientização sobre a Depressão — Senado Notícias](#). Acesso em: 14 dez. 2023.

ALLPORT, Gordon. W. *Personality: a psychological interpretation*. New York: Holt, 1937.

ALVES, Thamires Pereira. *Coping através do uso de mídias e sua relação com a personalidade e o bem-estar subjetivo*. Dissertação de Mestrado. 117p. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, 2019.

ARAÚJO, Alessandra da Silva Freitas; VIEIRA, Ingrid Nathália Urbano; SILVA, Jessica Nayara Fernandes da; FARIA, Suely Pereira de; NUNES, Graciele Lorenzoni; KHOURI, Adibe Georges; SOUZA, Álvaro Paulo Silva; MORAIS, Mariana Cristina de; SILVEIRA, Alexander Augusto da. Avaliação do consumo alimentar em pacientes com diagnóstico de depressão e/ou ansiedade. *Referências em Saúde do Centro Universitário Estácio de Goiás*, v. 3, n. 01, p. 18-26, 2020.

ARTEN, Thayná Laís de Souza. Neuroteologia: uma Relação Entre as Ciências e as Religiões. *Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas*, v. 23, n. 5, p. 703-706, 2022.

ATAÍDE, Bruno Miranda; MISSI, Eduardo Minine; FREITAS, Mayara Silva; SILVA JÚNIOR, Robertino Batista da; LOPES, Tatiana da Silva. *Depressão: alterações fisiológicas na infância*. *Cadernos Camilliani*, São Camilo. Cachoeiro de Itapemirim/ES, v. 16, n. 2, p. 1276-1293, jun. 2019.

BARBOSA, Barbara Postal. Terapia nutricional na depressão: como nutrir a saúde mental: uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 12, p. 100617-100632, 2020.

BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, v. 60, n. 5, p. 546-451, set./out. 2007.

BARCELLOS, Mário Tregnago; BURIGO, Ligia Marroni; AGOSTINHO, Milena Rodrigues; KATZ, Natan. *TelessaúdeRS-UFRS*. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre-RS, 2017.

BARRIO, Laura. Religião e espiritualidade influenciam índices de qualidade de vida. *Jornal da USP*. 05 dez. 2017. Disponível em: [Religião e espiritualidade influenciam índices de qualidade de vida – Jornal da USP](#). Acesso em: 21 fev. 2024.

BAUMAN, Zygmunt. *A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas*. Tradução: José Gradei. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BAUMAN, Zygmunt. *Identidade*: entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2005.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BERNARDO, Juliana Matos Ferreira; MELLO, Allycia Janylle Nogueira de; MIRANDA, Ana Beatriz Soares de; SÁ, Letícia Moura Lisboa de; SANTOS, Silmara Mendes Costa. Incidência de agravos à saúde mental na comunidade LGBTQIA+. *SEMPESq-Semana de Pesquisa da Unit-Alagoas*, n. 8, 2020. Disponível em: [INCIDÊNCIA DE AGRAVOS À SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE LGBTQIA+ | SEMPEsq - Semana de Pesquisa da Unit - Alagoas \(set.edu.br\)](#). Acesso em: 09 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Legislação em saúde mental 1990-2002*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. 3. ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *Política Nacional de Humanização (PNH)*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASILEIRO, Marislei. Frases de Dra Marislei Brasileiro. *Mensagem Online*. 2024. Disponível em: [DRA MARISLEI BRASILEIRO - Mensagem Online](#). Acesso em: 10 ago. 2024.

BRITO, Hérica Landi de; SEIDL, Eliane Maria Fleury; COSTA-NETO, Sebastião Benício. *Coping religioso de pessoas em psicoterapia: um estudo preliminar*, p. 202-215. *Contextos Clínicos*, v. 9, n. 2, jul./dez. 2016.

BUENO, Letícia. Espiritualidade e religiosidade podem diminuir os riscos de ansiedade e depressão, aponta estudo. *Fundação Universidade Federal do Mato Grosso do Sul*. 30 ago. 2018. Disponível em: [Espiritualidade e religiosidade podem diminuir os riscos de ansiedade e depressão, aponta estudo – UFMS](#). Acesso em: 11 jul. 2024.

CANDIDO, Mariluci Caduvidarmargo F. S.; FUREGATO, Antonia Regina F. Atenção da Enfermagem ao portado de transtorno depressivo. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Droga (Smad)*, v. 1, n. 2, p. 1-13, 2005.

CARLOS, Fernanda Shayonally Araújo; FARIAS, Marineide de Oliveira; BARBOSA, Larissa Nogueira de Siqueira; CASTRO, Paula Almeida de. Assistência de enfermagem ao paciente com depressão. 7p. *Anais I. Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde (Conbracis)*. Campina Grande: Realize, 2016. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/18927>. Acesso em: 18 jun. 2024.

CARVALHO, Serafim; JARA, José Manuel; CUNHA, Inês Bandeira. A Depressão é uma doença que se trata. *Adeb, Associação de Apoio a Doentes Depressivos e Bipolares*. 10p. mar. 2017. Disponível em: [a- a-depressao-e-uma-doenca-que-se-trata.pdf \(adeb.pt\)](#). Acesso em: 28 out. 2023.

CASTRO, Maik Souza de. *Espiritualidade*: relação com as atitudes acerca da morte e a solidão em adultos. 104 f. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 2016. Disponível em: [Caro\(a\) estudante, \(core.ac.uk\)](#). Acesso em: 24 fev. 2024.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery*, v. 18, n. 1, p. 156-162, 2014.

CIASCA, Saulo. *Psicose: o que é, como se manifesta e tratamento*. *Sanar*. 25 abr. 2023. Disponível em: [Psicose: o que é, como se manifesta e tratamento - Sanar Medicina](#). Acesso em: 13 dez. 2023.

CLEMENTE, Thiago Dantas; SOUZA, Ewerton Vinicius Carvalho de; FARIAS, Eduardo Henrique Cunha de. Uso de probióticos no tratamento da depressão. 12p., 2022. Disponível em: [2022-THIAGO DANTAS EWERTON VINICIUS-USO DE PROBIÓTICOS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO....pdf \(unirn.edu.br\)](#). Acesso em: 15 dez. 2023.

CORRÊA, Mariana Lima; CARPENA, Marina Xavier; MEUCCI, Rodrigo Dalke; NEIVA-SILVA, Lucas. Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 6, p. 2083-2092, 2020.

CORYELL, William. *Transtornos depressivos*. University of Iowa Carver College of Medicine, 2022. Disponível em: [Tratamento medicamentoso para depressão - Distúrbios de saúde mental - Manual MSD Versão Saúde para a Família \(msdmanuals.com\)](#). Acesso em: 13 dez. 2023.

COSER, Orlando. *Depressão: clínica, crítica e ética* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: [coser-9788575412558.pdf \(scielo.org\)](#). Acesso em: 27 out. 2023.

COSTA; Antônio; GASPAR, Pedro João Soares. Perfil de competências do enfermeiro no Serviço de Urgência. Leiria, Portugal, p. 49-67, 2017. Disponível em: [PSC Ebook.pdf \(ipleiria.pt\)](#). Acesso em 15 jul. 2024.

COSTA, Larissa dos Santos; XIMENES, Bruna da Conceição; DUTRA, João César Anes; FONSECA, João Victor da Costa; MARTINS, Alberto Mesaque. Religiosidade e espiritualidade no enfrentamento à pandemia de Covid-19: revisão integrativa. *Revista de Psicologia da Imed*, Passo Fundo, vol. 14, n. 1, p. 157-175, jan./jun. 2022. Disponível em: [Religiosidade e Espiritualidade no Enfrentamento à Pandemia de COVID-19: Revisão Integrativa | Costa | Revista de Psicologia da IMED \(atitus.edu.br\)](#). Acesso em: 21 fev. 2024.

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 21, p. 06-11, maio 1999.

ESTEVES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*, n. 24, p. 127-135, jul./dez. 2006.

FERREIRA, Alexandre de Aguiar; SALGADO, Ana Carolina Sarquis. Avaliação de transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade e religiosidade em pacientes com doença renal crônica em tratamento nas unidades de nefrologia e transplante renal em hospital universitário de Belo Horizonte. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba/PR, v. 4, n. 5, p. 21232-21246, set./out. 2021.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FORTI, Samanta; SERBENA Carlos Augusto; SCADUTO, Alessandro Antonio. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 25, v. 4, p. 1463-1464, 2020.

FRANÇA, Enmilly Oliveira; FERNANDES, Maria Luiza Alves; SANTANA, Nivia Milena Carneiro; DUNNINGHAM, William Azevedo. Fatores de risco para depressão na adolescência: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, v. 26, n. 1, p. 49-57, jan./abr. 2022.

FRANCO, Renato Júnio. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. **Estudos Históricos (Rio de Janeiro)**, v. 27, n. 53, p. 5-25, 2014.

FREUD, Sigmund. *Luto e Melancolia*. São Paulo: Imago, [1917] 1987.

GAGNO, Isabela Queiroz; CANTUÁRIA, João Vitor de Oliveira; SCODINO, Thays Hillory Assis; FERREIRA, Bruna Hentze. *Prejuízos do uso de telas na primeira infância*. 29p. Faculdade Capixaba de Nova Venécia 2019, p. 2. Disponível em: [prejuizos-do-uso-de-telas-na-primeira-infancia.pdf](http://prejuizos-do-uso-de-telas-na-primeira-infancia.pdf) ([multivix.edu.br](http://multivix.edu.br)). Acesso em: 13 dez. 2023.

GAMA, Maria Georgeana Marques da. *O luto profissional nos enfermeiros*. 236 f. Tese de Doutorado em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, 2013. Disponível em: [Tese\\_doutoramento\\_Georgeana\\_Gama.pdf](http://Tese_doutoramento_Georgeana_Gama.pdf) ([ucp.pt](http://ucp.pt)). Acesso em: 24 fev. 2024.

GOMES, Ana Paula Regis Sena; SOUZA, Vanessa Costa; ARAUJO, Mariana de Oliveira. Atuação do enfermeiro no cuidado humanizado em unidades de terapia intensiva no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *HU Revista*, v. 46, p. 1-7, 2020.

GOMES, Antonio Maspoli Araujo. Um olhar sobre a depressão e religião numa perspectiva compreensiva. *Estudos de religião*, v. 25, n. 40, p. 81-109, 2011.

GONÇALVES, André Pereira; ASSIS PIMENTEL, Ruam Pedro Francisco de; FRANCISCO CARVALHO, Lucas de. Funcionamento patológico da personalidade para predição da depressão, qualidade de vida e esperança. *Interação em Psicologia*, v. 24, n. 1, 2020.

GONSALVES, Elisa Pereira. *Iniciação à pesquisa científica*. 3. ed. Campinas: Alínea, 2003.

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 34, p. 88-94, 2007.

HARMUCH, Camila; CAVALCANTE, Marília Daniella Machado Araújo; ZANOTI-JERONYMO, Daniela Viganó. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de

enfermagem na visão dos estudantes: uma revisão. *Revista Uningá*, Maringá, v. 56, n. S2, p. 243-254, jan./mar. 2019.

JODELET Denise. A perspectiva interdisciplinar no campo de estudo do religioso: contribuições da Teoria das Representações Sociais. In: FREITAS, Marta Helena de; PAIVA, Geraldo José de; MORAES, Célia Carvalho de (Orgs.). *Psicologia da religião no mundo ocidental contemporâneo: desafios da interdisciplinaridade*, p. 89-111. Brasília-DF: Universa, 2013.

JURADO, Sonia Regina; BASSLER, Thais Carolina; MOREIRA, Adailson da Silva; SILVA, André Valério da; DETTMER, Silvia Araújo; SANCHEZ, Andrea; A espiritualidade e a enfermagem – uma importante dimensão do cuidar espiritualidade. *Revista Nursing*, 2019; v. 22 n. 259, p. 3447-3451, 2019.

KAPLAN, DSM-V. Catatonia: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. *Sanar*. 25 abr. 2023, p. 1. Disponível em: [Catatonia: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento - Sanarmed](#). Acesso em: 13 dez. 2023.

KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental (Prefácio). Tradução: Alexander Moreira-Almeida. *Revista de Psiquiatria Clínica*, n. 34, supl. 1, p. 5-7, 2007.

KOENIG, Harold G. Religião e medicina III: Desenvolvendo um modelo teórico. *O Jornal Internacional de Psiquiatria em Medicina*, v. 2, n. 31, p. 199-216, 2001.

KRATSCH, Maria Leia. A vivência do adoecimento: reflexões sobre liberdade e busca de sentido à luz da Psicologia Existencialista. *Faculdade Sant'Ana em Revista*, Ponta Grossa, v. 4, p. 53-64, 1. Sem. 2020. Disponível em: [A VIVÊNCIA DO ADOECIMENTO: Reflexões sobre Liberdade e Busca de Sentido à luz da Psicologia Existencialista | Faculdade Sant'Ana em Revista \(iessa.edu.br\)](#). Acesso em: 23 fev. 2024.

LIMA JÚNIOR, José de Ribamar Medeiros. *Religiosidade, espiritualidade, ansiedade, depressão e bem-estar subjetivo de pacientes submetidos à cineangiocoronariografia*. 124f. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Maranhão. São Luís/MR, 2021.

LIMA, Maria Odila Finger Fernandes; SCHÜNKEA, Lídia Käfer; MOSMANN, Clarisse Pereira. Instrumentos de avaliação da depressão infantil: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, Porto Alegre/RS, v. 22, n. 1, p. 53-69, 2020.

LIMA, Vilne Jean Santos de. Cuidados de enfermagem à pessoa com depressão atendida na atenção primária de saúde. *Revista Científica da Fasete*, n. 3, p. 327-335, 2017.

LOPES, Dayane Cristina; OBARA, Francis W. Hiroiro; AVILA, Renato Nogueira Perez. Um levantamento do tratamento da cura da depressão como única patologia neurológica emocional curável. 15p. *Revista Eletrônica Inesul*. Instituto de Ensino Superior de Londrina/PR, v. 51, 2020. Disponível em: [arq-idvol 68 1591804309.pdf \(inesul.edu.br\)](#). Acesso em: 14 dez. 2023.

LUCENA, Carlos Yuri Ferreira. *Depressão compreendida como distúrbio e doença do século*. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras/PB, 2019.

MAIA, Jéssica Daiane de Melo; DOLABELA, Maria Fâni; MAIA, Müller Pereira. Contribuições de terapias complementares e outras estratégias para o tratamento de depressão: uma revisão integrativa. 8p. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 10, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32804>. Acesso em: 14 dez. 2023.

MAIA, Marco Tulio Alves; GOMIDES, Lindisley Ferreira. A importância da espiritualidade e da religiosidade nos serviços farmacêuticos no cenário da depressão. *Saúde Dinâmica – Revista Científica Eletrônica* 15. ed., ano VI, n. 3, p. 1-27, 2023.

MARAKAMI, Rosa; CAMPOS, Claudinei José Gomes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília/DF, mar./abr. n. 65, v. 2, p. 361-367, 2012.

MARQUES, Luciana Fernandes. Religiosidade/espiritualidade na educação e na saúde: ensino e extensão. *Pistis & Praxis*, n. 9, v. 1, p. 189-203, 2017.

MASUZAWA, Tomoko. *The invention of world religions: or, how european universalism was preserved in the language of pluralism*. Chicago: University of Chicago, 2005.

MCCRAE, R. R.; JOHN, O. P. An introduction to the Five-Factor Model and its applications. *Journal of Personality*, n. 6, p. 175-216, 1992.

MELO, Cynthia de Freitas; SAMPAIO, Israel Silva; SOUZA, Deborah Leite de Abreu; PINTO, Nilberto dos Santos. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia Rio de Janeiro* v. 15 n. 2 p. 447-464, 2015. Disponível em: [v15n2a02 \(bvsalud.org\)](https://doi.org/10.1590/bvsalud.org). Acesso em: 21 fev. 2024.

MENEZES, Giovanna Raquel Sena; SILVA, Alexciana Santos da; SILVÉRIO, Leandro Carlos; MEDEIROS, Ana Cláudia Torres de. Impacto da atividade física na qualidade de vida de idosos: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 2, p. 2490-2498, 2020.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Arquivos de Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, v. 34, p. 3-4, 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PINSKY, Ilana; ZALESKI, Marcos; LARANJEIRA, Ronaldo. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 37, n. 1, p. 12-15, Juiz de Fora-MG, 2010.

MOREIRA, Regina de Souza; SANTANA JUNIOR, Rui Nei de Araújo; POSSO, Maria Belén Salazar. Espiritualidade, enfermagem e dor: uma tríade indissociável. *BrJP*. São Paulo out./dez., v. 4, n. 4, p. 344-352, 2021.



Qualidade de vida e espiritualidade. Acesso em: 22 fev. 2024.

PEREIRA, Gylmara de Araújo. *A Culpa e suas relações com a religiosidade e com o sentido da vida*. Dissertação de Mestrado em Ciências das Religiões. 101p. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PR, 2012.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo* (Spagesp), v. 14, n. 1, p. 21-29, 2013.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique J. *O processo grupal*. Tradução Marco Aurélio Fernandes Velloso; Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PINHO, Cristina Coutinho Marques de; GUZZO, Raquel Souza Lobo. Taxonomia de Adjetivos Descritores da Personalidade. *Avaliação Psicológica*, v. 2, n. 2, p. 81-97, 2003.

PINTO, Cândida; PAIS-RIBEIRO, José Luís. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007. Disponível em: [\(PDF\) Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde \(researchgate.net\)](#). Acesso em: 20 fev. 2024.

RAMOS, J. M.; GALDEANO, D. S. Educação física e o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) na aprendizagem escolar: estudo de revisão sistemática. *Conexões*, Campinas, SP, v. 17, p. e019005, 2019. Disponível em: [RAMOS, J. M.; GALDEANO, D. S. Educação física... - Google Acadêmico](#). Acesso em: 10 mar. 2024.

ROCHA, Ana Carolina Borges da; MYVA, Livia Mithye Mendes; ALMEIDA, Simone Gonçalves de. O papel da alimentação no tratamento do transtorno de ansiedade e depressão. 22p. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, 2020.

RODRIGUES, Rosângela de Aguiar; VIEIRA, André Guirland; SOARES, Bruna Santana de Souza; SILVA, Cristhianny Almeida e; COUTINHO, Adriano de Aguiar. O papel do enfermeiro acerca dos usuários depressivos na unidade básica de saúde: uma revisão literária. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 3, p. 20986-20998, 2021, p. 2021.

RUFINO, Sueli; LEITE, Ricardo Silveira; FRESCHI, Larissa; VENTURELLI, Vanessa Kitizo; OLIVEIRA, Elizabeth Siqueira de; MASTROROCCO FILHO, Diogo Antonio Morato. Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão. *Revista Saúde em foco*, v. 10, n. 1, p. 837-843, 2018.

RUIDIAZ-GÓMEZ, Keydis Sulay; CACANTE-CABALLERO, Jasmin Viviana. Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. *Revista Ciencia y cuidado*, v. 18, n. 3, p. 86-99, 2021.

SALVETTI, Marina de Góes; MACHADO, Caroline Silva Pereira; DONATO, Suzana Cristina Teixeira; SILVA, Adriana Marques da. Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 2, São Paulo-SP, 2020.

SANTOS, Emelyne Gabrielly de Oliveira; AZEVEDO, Ana Karina Silva; SILVA, Glauber Weder dos Santos; BARBOSA, Isabelle Ribeiro; MEDEIROS, Rodrigo Rebouças de; VALENÇA, Cecília Nogueira. O olhar do enfermeiro emergencista ao paciente que tentou suicídio: estudo exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 16, n. 1, p. 6-16, 2017.

SHAMIAN, Judith. O papel da enfermagem na atenção à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*. Editorial, v. 67, n. 6, p. 869-870, nov./dez. 2014.

SILVA, Amanda Cristina da; SANTOS, Karoline Alves dos; PASSOS, Sandra Godoi de. Atuação do enfermeiro na assistência ao parto humanizado: revisão literária. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, ano 5, v, n.10, p. 113-123, jan./jul. 2022.

SILVA, Leticia Alcântara da; SANTOS, Ester Lima dos; SOUZA, Helena Kellen Barbosa de; PODEMELLE, Rubenya Martins; SOARES, Renê Ribeiro; MENDONÇA, Sarah de Souza. Envelhecimento e velhice LGBTQIA+: repercussões sobre a saúde física e mental de pessoas de meia-idade e idosas. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 33, p. 1013-1013, 2022.

SOUZA, Jéssica Kayane de; MENDES, Daniela do Carmo Oliveira; SILVA, Grasielle Cristina Lucietto da; VEDANA, Kelly Graziani Giacchero; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; FIORATI, Regina Célia; FERREIRA, Luana Vieira Coelho. Percepções de enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde quanto a atuação frente aos casos de depressão. 14p. *Cogitare Enfermagem*, v. 28, 2023.

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

TAUNAY, Tauily Claussen D.'Escragnolle; FRANCISCO de Assis Aquino; MACÊDO, Daniele Silveira; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; GURGEL, Luciana de Araújo; ANDRADE, Loraine Maria Silva; CARVALHO, André Ferrer. Validity of the Brazilian version of the Duke Religious Index (Durel). *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 39, n. 4, p. 130-135. Fortaleza-CE, 2012.

TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. *A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

TMS-BRASIL. Transtornos Afetivos. *Classificação Internacional de Doenças: Décima Revisão (CID X) - F32 – Episódios depressivos*. 2023. Disponível em: [Transtornos Afetivos - Segundo a "Classificação Internacional de Doenças" | TMS Brasil - Estimulação Magnética Transcraniana](#). Acesso em: 10 dez. 2023.

XIMENES NETO, F. R.; FÉLIX, R. M. S.; OLIVEIRA, E. M. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária à saúde. *Enfermería Global*, n. 16, jun. 2009. Disponível em: [b05p \(isciii.es\)](https://doi.org/10.1016/j.enfermeria.2009.06.005). Acesso em: 20 jun. 2024.

WHO (World Health Organization). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. 22 p. Report on WHO consultation. MNH/MAS/ MHP/98.2 WHO, Genebra, 1998.

WHO (World Health Organization). *Fifty-second World Health Assembly*, Geneva, 17-25, May 1999: verbatim records of plenary meetings and list of participants. Genebra: WHO; 1999.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

ZANONATO, Estéphany Rodrigues; COSTA, Aline Bogoni; AOSANI, Tânia Regina. Precisamos falar sobre a depressão: estigma com relação a este sofrimento psíquico na contemporaneidade. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 10942-10960 jan. 2021, p. 10944.

ZERBETTO, Sonia Regina; GONÇALVES Angélica Martins de Souza; SANTILE, Nátaly; GALERA, Sueli Aparecida Frari; ACORINTE, Ana Carolina; GIOVANNETTI, Gisele. Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista. 8p. *Escola Anna Nery* 21(1) 2017. Disponível em: [scielo.br/j/ean/a/Jq3yrvvNZHxFFGc4jRNtqrj/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/ean/a/Jq3yrvvNZHxFFGc4jRNtqrj/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 20 fev. 2024.

ZILLES, Urbano. *Filosofia da Religião*. 8. ed. São Paulo: Paulus, 2010.