

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA ACONSELHAMENTO PASTORAL DE ADOLESCENTES COM DEPRESSÃO

GENERAL GUIDELINES FOR PASTORAL COUNSELING FOR TEENAGERS WITH DEPRESSION

Emerson de Moura Cavalheiro¹, Lucas Yoshio Arai¹, Rafael Diego de Souza¹

¹ UniFunvic, Pindamonhangaba-SP

*Correspondência: lucasaraic@gmail.com

Resumo

A depressão é um problema sério e atual que tem afetado milhões de pessoas no Brasil e no mundo, sendo a causa principal de suicídios. Uma faixa-etária bastante afetada por essa doença é a dos adolescentes, visto que, segundo a Associação Brasileira de Psicanálise, em torno de 10% dos mesmos são afetados no Brasil. O fato de os adolescentes não terem o devido suporte para um desenvolvimento saudável, sendo esquecidos até mesmo em igrejas que não possuem estrutura e pessoal para auxiliá-los, motivou o desenvolvimento deste trabalho. O objetivo da pesquisa é apresentar orientações para aconselhamento em casos de depressão na adolescência, utilizando como método uma revisão bibliográfica narrativa como referencial teórico para sustentar uma perspectiva sobre este tópico e realçar as contribuições que podem ser alcançadas através da preparação de pessoas para o aconselhamento pastoral visando amenizar as dificuldades enfrentadas pelo adolescente em depressão. A igreja como um todo precisa estar alerta para detectar os adolescentes que estão com tendências suicidas e/ou depressivos, para que possa ajudar, com pessoas preparadas para aconselhar e saber como abordar com empatia e amor, realçando os fatores que incentivam à vida, é o que Cristo traz, é o que pastores e conselheiros cristãos devem a oferecer, pois cada vida é importante e única.

Palavras-chave: Depressão. Adolescentes. Aconselhamento.

Abstract

Depression is a serious and current problem that has affected millions of people in Brazil and in the world, being the main cause of suicides. An age group very affected by this disease is teenager, according to the Brazilian Psychoanalysis Association, around 10% of them are affected in Brazil. The fact that teenagers do not have the proper support for a healthy development, being forgotten even in churches that don't have the structure and personnel to help them, motivated the development of this work. The objective of the research is to present guidelines for counseling in cases of depression in adolescence, using as a method a narrative literature review as a theoretical framework to support a perspective on this topic and highlight the contributions that can be achieved through the preparation of people for pastoral counseling, aiming to alleviate the difficulties faced by adolescents with depression. The church as a whole need to be alert to detect teenagers who are suicidal and/or depressive, so that it can help, with people prepared to advise and know how to approach with empathy and love, highlighting the factors that encourage life, it is what Christ brings and what Christian pastors and counselors must offer, because each life is important and unique.

Keywords: Depression, Teenagers. Counseling. Treatment.

INTRODUÇÃO

A depressão na adolescência é diferenciada devido a possuir causas e efeitos específicos e, por conseguinte, demanda uma análise mais aprofundada e um modo característico de intervenção. A escolha do tema foi motivada pelo fato de os adolescentes não terem o devido suporte para um desenvolvimento saudável, sendo esquecidos até mesmo em igrejas que não possuem estrutura e pessoal para auxiliá-los. De acordo com Schneider e Ramires (2007), a partir da adolescência, a sintomatologia depressiva passa a ser responsável por cerca de 75% das internações psiquiátricas e segundo Bahls e Bahls (2002), a incidência de quadro depressivo na adolescência varia de 3,3 a 12,4%, ocorrendo em grande parte na passagem da infância para a adolescência, com predomínio do sexo feminino sobre o masculino. Os autores também descrevem sintomas depressivos próprios dessa faixa etária: irritabilidade e instabilidade, humor deprimido, perda de energia, desmotivação e desinteresse, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e/ou culpa, alterações do sono, isolamento, baixa autoestima, ideação e comportamento suicida, problemas graves do comportamento, distúrbios do sono, agressividade, prejuízo no desempenho escolar e queixas físicas. Também podem apresentar atividades de risco e antissociais, não cooperatividade e dificuldade na identificação e expressão de sentimentos e ansiedade (VERSIANI; REIS; FIGUEIRA, 2000).

O objetivo da pesquisa é apresentar orientações para aconselhamento em casos de depressão na adolescência, utilizando como método uma revisão bibliográfica narrativa como referencial teórico para sustentar uma perspectiva sobre este tópico e realçar as contribuições que podem ser alcançadas através da preparação de pessoas para o aconselhamento pastoral visando amenizar as dificuldades enfrentadas pelo adolescente em depressão. Para isso foi abordado a depressão na adolescência e o aconselhamento pastoral com pessoas em situação de depressão.

DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA

Muitas vezes, a depressão na adolescência pode começar a se desenvolver a partir da relação entre mãe-filho como resultados de descuidos, desafetos, desamparos, privações. Pesquisas demonstram que existe uma estreita relação entre psicopatologias e adversidades vivenciadas precocemente como perda de genitores na infância, cuidado parental inadequado, divórcio, educação 'sem afeto' ou disfuncional por parte dos pais, abuso físico e sexual, e outros traumas ocorridos na infância, segundo Mello et. al (2009).

De acordo com Quevedo, Nardi e da Silva (2018), ocorrem mudanças no corpo, na maneira de ver e interpretar o mundo e as relações com as pessoas, como algo natural desta fase da vida. Uma das dificuldades de interpretar corretamente a doença nessa faixa-etária é porque a adolescência é uma fase de crise. O que vai diferir a normalidade das transformações e crises da adolescência de uma sintomatologia depressiva é a intensidade e a frequência dos sintomas, e, em decorrência deles, os prejuízos causados por eles. Uma diferença pode ser exemplificada quando, um adolescente se recusa a ir a um almoço de família, mas se esforça em planejar programas com os amigos, é diferente de um adolescente que apresenta desinteresse global por atividades sociais. Essas dificuldades generalizadas de socialização chamam a atenção para a existência de um sintoma depressivo.

Observa-se que existem diferenças entre o comportamento normal de um adolescente para um adolescente depressivo. Por ser uma etapa conturbada da vida, cheia de mudanças, atentar para essas diferenças sutis de comportamento pode fazer a diferença na vida do adolescente.

Para Kehl (2009), os pais deveriam ter um comprometimento com seus filhos para ajudá-los a atravessar essa fase da vida que contém crises e conflitos, altos e baixos de fúria, desânimo, onipotência e inapetência para viver, antes de pensar em 'estabilizar o humor' à base de medicamentos.

Segundo Winnicott (1975), há uma importância existencial do olhar materno sobre a criança, pois é por meio dele que ela se constitui psiquicamente. A expressão que a criança vê no rosto da mãe confere forma e sentido aos seus sentimentos, como se olhasse para o espelho e visse sua própria imagem. Sendo assim, o adolescente acaba por repetir essas experiências, não mais pela cosmovisão maternal, mas social, em uma perspectiva totalmente nova.

De acordo com uma pesquisa desenvolvida por Cooper, Shaver e Collins (1998), foram analisadas as diferenças de estilo de apego na sintomatologia psicológica, autoconceitos e comportamentos de risco numa amostra de 1989 adolescentes de 13 a 19 anos. Os resultados mostraram que, em geral, os adolescentes seguros exibem um melhor equilíbrio emocional, no entanto, os adolescentes inseguros são mais suscetíveis a uma baixa autoestima e mais propícios a doenças psicossomáticas. Nessa direção, estudos têm comprovado que adolescentes deprimidos exprimem falhas graves em suas relações familiares salientando que essa psicopatologia sofre grande impacto por esses desvios. (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

Vilhena e Prado (2015) afirmam que o sofrimento atemporal, imemorial, do qual não sabemos a proveniência, ressurge incessante, no presente, em todas as dores físicas e psíquicas, na qualidade de afeto penoso, marca de desprazer intolerável. A dor se diferencia do prazer e desprazer, por expressar a ruptura de um ritmo pulsional particular, perturbar as tensões, colocar em xeque o princípio do prazer/desprazer e, finalmente, provocar a cessação brusca da homeostase do sistema econômico do eu.

Um dos sintomas da depressão pode ser a automutilação, objeto de estudo do psicanalista francês Jacques Lacan (1979 apud VILHENA E PRADO, 2015, p. 97), o qual assinala três diferenças na automutilação de adolescentes:

1. O ato é sempre um ato significativo que permite ao sujeito transformar-se a posteriori;
2. O *acting-out* não é um ato e, sim, uma demanda de simbolização que se dirige a outro. Trata-se de um disparate destinado a evitar a angústia. No tratamento, é o sinal de um impasse em análise, não pode ser interpretado, mas se modifica quando o analista o entende e muda de posição transferencial;
3. A passagem ao ato consiste num “agir inconsciente”, ou seja, num ato não simbolizável pelo qual o sujeito descamba para um contexto de ruptura integral, de alienação radical. O suicídio, segundo Lacan, situa-se nesta vertente, salto no vazio, defenestração etc.

Portanto, é preciso fazer a diferenciação entre ato, *acting-out* e passagem ao ato.

Se a dor, se a angústia de um jovem o conduz ao ato, a automutilação significa, simboliza. Quando *acting-out*, o automutilar-se se torna impasse, disparate que demanda simbolização. No perigoso “agir inconsciente” da passagem ao ato, há o risco da presença do suicídio do adolescente, segundo Vilhena e Prado (2015).

Shimizu (2016) afirma que o risco de suicídio aumenta quando os fatores inibidores à vida, tais como inseguranças, medos e desesperança em relação ao futuro, bullying, abusos e maus tratos, enfermidades, solidão etc., superam os fatores de incentivo à vida, ou seja, é quando a soma de fatores que dificultam o viver se tornam maiores que a soma de fatores que incentivam o viver, como sonhos para o futuro, um trabalho que os fazem sentir realizados, hobbies, fé etc. Em outras palavras, por maior que sejam os fatores inibidores, se os fatores de incentivo forem superiores, o risco de suicídio não aumenta.

Em relação ao aumento de suicídios de crianças, adolescentes e jovens, Shimizu (2016) afirma que mais do que o aumento de fatores inibidores, a diminuição de fatores de incentivo é que esteja por trás disso. O número de pessoas que não conseguem ver sentido na sua própria existência está aumentando, levando a uma baixa a autoestima. Os adolescentes não costumam dizer que querem morrer, e sim que querem sumir ou que não querem mais viver.

Para ajudar esses adolescentes acometidos com a depressão, que nem sempre têm o apoio adequado dos pais, o cuidado demandado pelo Aconselhamento Pastoral pode ser de grande valia para auxiliar no processo de cura.

ACONSELHAMENTO PASTORAL COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPRESSÃO: perspectiva prática

Ao estudar sobre depressão e estando no papel que todo ser humano precisa desempenhar para ajudar o próximo, Hoch (2003) afirma que “o papel do conselheiro consiste em ajudar a pessoa a recuperar os fragmentos de esperança que ainda existem no recôndito de sua alma e dos quais ela talvez não tenha consciência, visando juntá-los como brasas dispersas em meio às cinzas e, assim, reacender a chama da vida.”

Aconselhamento pastoral é uma metodologia na qual as pessoas se encontram para partilhar lutas e esperança. Segundo Faber e Schoot (1973), no aconselhamento pastoral não existem receitas prontas, pois ele se desenvolve a partir da relação de cuidado, do contato e do encontro entre duas pessoas, – o eu e o tu (ambos são únicos) – no qual não só as palavras, mas também os gestos, atitudes e sentimentos desempenham um papel importante e fundamental.

Olhando por esse prisma, afirma-se que deve haver uma relação de empatia entre o conselheiro e o aconselhado, onde não se pode negligenciar as experiências vividas por cada pessoa, assim destacando seus pontos fortes e apontando continuamente para Deus. Como afirma Hoch e Rocca (2007, p. 72): “Quem deve estar no centro das atenções do cuidado pastoral é o ser humano, a pessoa que está diante de si, com suas particularidades e singularidades; com suas dores, angústias e dilemas, mas também com a força, com a esperança e com a fé que habitam dentro dela.” Às vezes, enfraquecidas ou de difícil acesso, entretanto presentes, com uma reserva extra que pode ser acessada para ajudar a enfrentar e a lidar com as mais diversas situações da vida, inclusive quando se acreditava não poder mais. Assim, em muitos casos a pessoa redescobre que por baixo da sensação do “eu não posso mais” reside algo nela que lhe diz que o seu “eu” continua vivendo e por isso vale à pena lutar. Percebe-se que a pessoa não é a sua depressão.

Os agentes pastorais devem se atentar no ouvir o que não significa ficarem calados durante a conversa, mas interagirem com coerência e de maneira clara e atentos em todo o conteúdo da conversa analisando pequenos fragmentos. Pois, segundo Collins (1984), quando o aconselhado estiver falando sobre a depressão, ele deve ser ouvido atentamente. É necessário procurar detectar sinais de raiva, mágoa, pensamentos negativos, baixa autoestima e culpa, que poderão ser comentados posteriormente. Deve-se incentivar o aconselhado a falar sobre circunstâncias da vida que lhe causam tédio. Não é bom tomar partido, mas procurar compreender e aceitar os sentimentos do outro. Também deve-se prestar atenção em conversas sobre perdas, fracassos, rejeição e outros incidentes que possam ter desencadeado a depressão.

Caso não consiga estabelecer um diálogo longo, o atendente deve mostrar-se disposto a ajudar sempre, motivando e mostrando-se presente, pois adolescentes acometidos com depressão costumam ser calados. Fédida (2009) afirma que a dor do adolescente com depressão congela suas emoções, fazendo com que ele interaja pouco com o outro, mas é assim que ele consegue sobreviver e permanecer em ‘funcionamento básico’ para manter algo de si vivo e protegido dentro de si mesmo.

Eclesiasticamente falando, devemos ser presentes e prestativos com todas as pessoas cuidando e amando cada indivíduo não somente nos cultos, mas fora dele também, de acordo com Adam (2013). Nenhum culto ou missa irá mudar o mundo, se seus membros, durante a semana, não trouxerem nada de seu culto para o cotidiano e não levarem nada deste cotidiano para o culto de domingo. Corroborando com esse pensamento, cada membro deve exteriorizar suas experiências para um proveito comum.

Opressão, tortura, pobreza, nada pode destruir a imagem de Deus nas vítimas da maldade, de estruturas iníquas, de violência social. Se assim não fosse, Jesus teria perdido a sua dignidade na cruz. O pecado e o crime humano podem humilhar terrivelmente as pessoas e reduzi-las a uma caricatura de si próprias. E, no entanto, o signo da imagem de Deus é indelével. (BRAKEMEIER, 2002, p. 25 apud MATIAS, 2014, p. 119).

De acordo com Shneider-Harpprecht (2005), torna-se imprescindível que cuidadores pastorais aprendam o código da cultura do outro, percebendo-o dentro do seu sistema maior, sistema em que tanto “eu” quanto o “outro” estamos inseridos, mas cada um a partir da sua realidade. Às vezes, estabelecemos uma comunicação de lugares diferentes e, portanto, com expectativas e metas diferentes, o que pode desfavorecer a construção de um relacionamento sincero e realista.

O modelo sistêmico, baseado na teoria dos sistemas ajuda a entender que o aconselhamento pastoral nunca lida com indivíduos isolados (Shneider-Harpprecht, 2005). Os indivíduos sempre estão inseridos em sistemas, como: a família, a comunidade, o bairro, a vila, o ambiente de trabalho, a vizinhança etc. e esses ambientes podem ser ou estar saudáveis ou não, o que interferirá no estado de sanidade do ser.

Para Fédida (2009), os indivíduos se retraem para tentar amenizar as dores da alma e para não esgotar o pouco de energia vital que ainda lhes resta. A dor congela suas emoções e, por isso, interagem pouco com o outro, mas é assim que se pode sobreviver e permanecer, a seu modo e de acordo com a sua temporalidade, em “funcionamento básico” para manter algo de si vivo e protegido dentro de si mesmo.

Gomes (2010) afirma que o deprimido, em algumas famílias, ocupa o lugar de bode expiatório. Ele pode adoecer como sintoma da família e sua depressão funciona como expiação dos pecados da família, como sintoma dos conflitos e problemas familiares não ditos e não resolvidos. É possível fazer um paralelo em que a sociedade ocupa o lugar da família e o ser humano fragilizado é aquele que leva sobre si não somente as culpas dos demais e da sociedade, que permanece na mesma direção, mas aquele que carrega ainda o fardo das doenças do grupo a que pertence.

A sociedade parece ter se tornado antidepressiva, pois lida com o sofrimento humano como se fosse um defeito de caráter, algo do qual tenha que se envergonhar. Entretanto, isso não pode ser aplicado, de forma alguma, a um ser tão vulnerável e frágil como o ser humano. E justamente a sua vulnerabilidade e fragilidade são características da sua humanidade, ou seja, da sua condição humana. São marcas que podem aproximá-lo de outro ser humano, também vulnerável, para que se edifique uma relação de cuidado entre pessoas que se saibam frágeis e vulneráveis, fazendo, assim, brotar e ser aperfeiçoada a força que surge da fraqueza, do encontro entre vulneráveis. Não permitir que o ser humano lide com a sua situação de vulnerabilidade e fragilidade é roubar-lhe parte essencial da sua dimensão humana. Para Kehl (2009), é a partir da relação com sua dimensão e condição originalmente humana que passa o caminho de enfrentamento e reconstrução de novas referências, novas estruturas e até mesmo novas normas e formas de vida.

Para Hoch (1989), a transformação que se inicia no indivíduo e em pequenos grupos, fortalecendo-os e capacitando-os, lança o olhar à problemática maior que está diante de si. Isso para que o processo de libertação e reconfiguração estrutural possa ser mediado pelas próprias pessoas que, depois de fortalecidas e capacitadas, atuem como protagonistas da transformação a que tanto anseiam e necessitam. E fazem isso não de forma isolada, mas junto a seus grupos de pertencimento.

Cabe à Teologia, e por extensão à pastoral de aconselhamento, ambas essencialmente teocêntricas, saber lidar com angústias existenciais que brotam do solo da fé, da religiosidade e da espiritualidade. Segundo Hoch (1989), para ser coerente com a sua base fundamental teocêntrica, o conselheiro precisa se tornar também antropocêntrica para cumprir melhor sua tarefa de entender a pessoa humana.

Clinebell (2007) afirma que é necessário estar ciente que quando a pessoa toma a iniciativa de procurar a ajuda pastoral, o que nem sempre ocorre, é porque a sua cruz se tornou pesada demais para carregá-la sozinha, ou seja, a pessoa está extremamente carente de cuidado.

Schneider-Harpprecht (2005) diz que os instrumentos básicos do aconselhamento pastoral que parte do sofrimento das pessoas são a conversação, o ouvir e o falar, porque esses servem para dar voz ao sofrimento e para articular o protesto e partir para a ação. O ouvir, o sentir e o falar são seus instrumentos básicos e a conversação pressupõe reflexão sobre o conteúdo das palavras que estão sendo ditas, o que exige disponibilidade em ouvir. Também é importante observar as expressões faciais, o tom de voz e a gesticulação da outra pessoa, os seus momentos de silêncio. Essa postura demonstra empatia e volta a atenção à pessoa, com olhos, ouvidos e sentimentos. Para Faber e Schoot (1973), a prática da conversação prevê ainda que se conheça a realidade da pessoa que está diante de si, fazendo com que ela possa sentir o que está sentindo, dizer o que está dizendo e silenciar no que está silenciando. É necessário saber ouvir, mesmo que seja o silêncio, não se precipitar em dar conselhos e não estabelecer pré-julgamentos é algo muito prudente e uma grande lição a ser aprendida e praticada na conversação.

Para Clinebell (2007), a arte do ouvir empático e reflexivo é essencial em toda poimênica e em todo aconselhamento. O pastor deve ouvir as palavras, mas também ouvir sentimentos, incluindo os que estão nas entrelinhas, que são dolorosos demais para serem expostos em palavras.

Em outras palavras, devemos estar conscientes de que estamos desempenhando um determinado papel, a saber, o de pastor cura d'almas, e que temos uma determinada tarefa, e a partir dessa descoberta agir. Importantes não são somente as palavras a serem empregadas, mas, em primeiro lugar, se conseguimos sintonizar corretamente com o outro e os seus problemas. A partir dessa sintonia as palavras adequadas deverão surgir quase que por si. (FABER, SCHOOT, 1973, p. 24, apud MATIAS, 2014, p. 127).

É importante que se desenvolva qualidades como interesse autêntico pela outra pessoa, empatia, ser companheiro de jornada e não tutor que gera dependência, ter tolerância e compaixão por aquilo que pode nos causar estranheza e talvez até não nos ser simpático, não parecer uma figura ameaçadora, detentora de poder e arrogante, mas, sim, ser alguém que inspira aceitação, serenidade e tranquilidade. Tudo isso, para que a conversação tenha um bom andamento. Para Clinebell (2007), escutar o sentimento do outro com empatia é uma atitude que ajuda a aprofundar e a sustentar os relacionamentos pastorais de cuidado, pois as relações de ajuda são lugares da encarnação da graça que, mesmo limitadas e inacabadas, podem transformar e até salvar vidas. Segundo Malschitzky e Bonhoeffer (2005), muitas pessoas procuram um ouvido atento, mas não o encontram entre os cristãos porque esses falam quando deveriam ouvir. Porém, quem não consegue mais ouvir seu irmão, em breve, também não conseguirá mais ouvir a Deus.

Segundo Baldessin (2002), é necessário colocar a pessoa em contato consigo mesma, com suas forças e recursos, com seus pensamentos autodestrutivos e com suas contradições, ajudando-a a perceber que nem sempre as imagens e idéias sobre si mesma são imagens realistas e ideais. Para isso, a confrontação pode ser um ponto alto da relação de ajuda, mas só será bem-sucedida se uma compreensão empática já tiver se estabelecida a partir da confiança entre ambos.

Clinebell (2007) afirma que uma pergunta bem escolhida, feita com calor e empatia, pode ajudar a liberar as pessoas para falar sobre os fardos que carregam. Alguns exemplos que podem ajudar em alguns casos: “- Como vão indo as coisas?” “- Como você percebe a sua situação neste momento?” “- O que você acha que poderia ser diferente?” “- Você parece estar se sentindo muito desencorajado (contrariado, zangado, arrependido etc.)” “- Tenho a impressão de que você está carregando um fardo muito grande sozinha.” “- Você gostaria de me dizer mais alguma coisa?”

É necessário evitar expressões comuns que menosprezam o sofrimento do outro, como: “- Isso é da vontade de Deus.” “- Deus não dá nada além daquilo que nós podemos suportar.” “- Você logo vai sair dessa.” “- Seja forte.” “- Jesus cura tudo.” “- Não fique assim.” “- Você não está tão mal para se comportar assim.” “- Há pessoas em situação pior que você.” “- Eu já vi coisa muito pior” etc. Frases como essas podem soar como um insulto à pessoa, como um desrespeito e sinal de incompreensão total à sua condição. Baldessin (2002) mostra algo importante, pois o que a pessoa mais precisa, nesses momentos, é se sentir compreendida, amada, aceita.

Cabe a agentes pastorais fornecer informações que possam ser úteis; ajudar a clarificar alternativas viáveis e realistas; estabelecer pequenas metas; dar apoio emocional e inspiração à pessoa; avaliar resultados e acompanhar a pessoa durante seu percurso de travessia, segundo Clinebell (2007).

De acordo com Baldessin (2002), o importante é que a outra pessoa possa se expressar e falar livremente sobre si e que se estabeleça uma relação de cuidado dialogal e de mútua confiança. Quando não souber algo e não conseguir explicar os porquês, diga abertamente que não sabe e que também não compreende todos os porquês. Clinebell (2007) afirma que no aconselhamento de pessoas das quais se sabe ou se suspeita que estejam propensas ao suicídio, é crucial perguntar a respeito de impulsos, fantasias ou intenções suicidas.

O centro de valorização da vida, através do manual organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela OMS, e financiado pelo Ministério da saúde – Brasil registra que a maioria das pessoas com pensamentos suicidas, de alguma forma, os comunica na conversação. Frequentemente elas dão alguns sinais e fazem comentários sobre “querer morrer”, “sentimento de não valer para nada”, “não poder fazer mais nada”, “eu sou um perdedor e um peso aos outros”, “os outros serão mais felizes sem mim”, “eu não aguento mais” etc. Essas são frases de alerta e pedidos de ajuda, gritos de socorro, que não devem ser ignorados (D’OLIVEIRA; BOTEGA, 2006).

De acordo com Matias (2014), os principais sentimentos das pessoas que pensam em se matar começam com “D”: “depressão, desesperança, desamparo e desespero (regra dos 4D). Nestes casos, frases de alerta + 4D, é preciso investigar cuidadosamente o risco de suicídio.” A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela pois, ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não induz a ideia nas pessoas. Elas, aliás, ficarão muito agradecidas e aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e as questões com as quais estão se debatendo. Necessariamente, você também não terá de carregar o problema da pessoa caso não se sinta momentaneamente capaz: poderá pedir ajuda para outros profissionais da equipe de saúde. Perguntas do tipo “- Como você se sente ultimamente?” “- Existem muitos problemas na sua vida?” “- O que tem tentado fazer para resolvê-los?”, podem ajudar a pessoa a se abrir e a falar sobre a sua situação. Será mais fácil se você chegar ao tópico gradualmente. Desde o início tente estabelecer um vínculo que garanta a confiança e a colaboração do aconselhado, pois este pode ser um momento em que ele se encontra enfraquecido, hostil e nem sempre está disposto a colaborar. Respeite a condição emocional e a situação de vida que o levou a pensar sobre suicídio, sem julgamento moral, em uma atitude de acolhimento (D’OLIVEIRA; BOTEGA, 2006).

Caso a pessoa decida assim mesmo se matar, a culpa não é da falta de habilidade do aconselhador ou da aconselhadora, pois se ela estiver decidida a cometer o suicídio ela o fará, independente das pessoas que procuram impedi-la. Para Clinebell (2007), o importante é não desistir da pessoa e ajudá-la a fazer o mesmo por si.

Para Matias (2014), é importante que agentes da pastoral tomem a iniciativa de ir ao seu encontro, pois os sintomas comuns da depressão podem atrapalhar ou impedir a pessoa de tomar a iniciativa em procurar ajuda.

Segundo Ward (2012), espera-se do visitador pastoral que ele ou ela visite as pessoas que estão sofrendo, sem precisar convite e, de acordo com Hurdin (1995), diante de um possível silêncio, da impossibilidade de estabelecer uma boa conversa, não se deve cair na tentação de querer falar pelo outro. É necessário respeitar o seu silêncio, a sua fúria e a sua dor e também saber silenciar, pois o silêncio também tem algo a dizer.

Mesmo no silêncio, se pode ouvir o som de palavras não ditas, mas de palavras encarnadas, que expressam: “- Eu estou aqui contigo”. “- Você é uma pessoa importante.” “- Você não está sozinha.” (WARD, 2012).

Os gestos autênticos, vindos do coração, como um abraço verdadeiro, um aperto de mão sincero e outros modos de contato físico, um olhar acolhedor e transparente, o ouvir alguém pronunciar seu nome e dizer: “Estou aqui. Vim lhe fazer uma visita”, é muito confortador. É muito bonito dizer [...] que Deus o ama muito [...] e é verdade; mas não é o amor de Deus que o agente deve provar nesse momento, é o seu, e isso não se faz com palavras. (BALDESSIN, 2002, p. 37, apud MATIAS, 2014, p. 134).

Para Schneider-Harpprecht (1994), a visita pastoral demonstra à outra pessoa que ela não está sozinha, que existe uma comunidade representada pelo indivíduo que foi visitá-la e que essa comunidade se preocupa com ela e se lembrou dela. Por isso, ao chegar ao local cumprimente as pessoas, não apenas em seu nome, mas diga-lhes que veio como representante de um grupo maior, a sua comunidade. Em seguida, diga o motivo da visita através de palavras claras e simples.

É necessário dar tempo ao tempo do outro. Evitar interpretações prematuras e conselhos prematuros e priorizar o processo de construção de um relacionamento empático e seguro. Também é preciso exercitar a

paciência solidária e não colocar as próprias expectativas sobre os ombros da outra pessoa, pois ela já carrega peso demais sobre si e, ao mesmo tempo, não desista dela.

Para Clinebell (2007) e Schneider-Harpprecht (1994), conhecer não apenas a sua comunidade eclesial, mas também médicos, psicólogos, psiquiatras, dentistas, assistentes sociais, professores, musicistas etc., que poderiam ser parceiros no desenvolvimento das práxis do cuidado ali onde estão inseridos. Para Matias (2014), estabelecer um trabalho conjunto ajuda a aliviar e aperfeiçoar o trabalho de ambos os lados, tanto de quem oferta quanto de quem recebe. Conseqüentemente, partindo da compreensão de que a depressão está ligada a fatores internos e externos do ser, seria interessante pensar a formação de diferentes grupos de cuidado, inter e transdisciplinar, no âmbito eclesial. Segundo Kaplan e Sadock (2007), isso não apenas como enfrentamento à problemática, mas também como meio de prevenção, pois quanto antes se perceber possíveis casos e trabalhá-los devidamente, mais chances de recuperação podem surgir.

As pessoas precisam experimentar a solidariedade da Igreja em momentos de dor e sofrimento pessoal como doença, morte, luto e outras formas de quebrantamento, para não duvidarem da capacidade desta mesma Igreja em solidarizar-se com elas em questões globais, sociais, culturais.

Hoch (2003) afirma que o papel do conselheiro consiste em ajudar a pessoa a recuperar os fragmentos de esperança que ainda existem no recôndito de sua alma e dos quais ela talvez não tenha consciência, visando juntá-los como brasas dispersas em meio às cinzas e, assim, reacender a chama da vida.

Hoch e Rocca (2007) também dizem que a cura verdadeira de nossas dores não se limita à eliminação de sintomas e à cura física, mas a deixar-se transformar por elas para ressurgir para uma nova vida, com novas direções, compreensões e posturas. Sem sucumbir, mas encontrando na fé, na esperança resiliente e na relação com o próximo, a força, a graça e o amor de Deus, que nos capacita a transpor barreiras antes vistas como intransponíveis.

Para Matias (2014), uma das principais tarefas de agentes pastorais deve ser o de se dispor a estarem ao lado para ouvir os clamores, as dores e angústias daqueles e daquelas que sofrem com depressão, sem apelar para soluções fáceis, se lembrando de que todos são limitados, falhos e servos de Deus, referenciando e levando as dores e fraquezas a esse Deus que é a fonte de todo o cuidado.

É de suma importância, segundo Matias (2014), anunciar o perdão (muitas pessoas carregam muitas culpas consigo), a aceitação (muitas pessoas se sentem excluídas e desraigadas), o amparo (muitas pessoas se sentem desamparadas) e a graça e o amor incondicional de Deus (pessoas se sentem indignas, abandonadas e sem valor). Agentes pastorais podem ajudar as pessoas a redescobrirem a força da fé e da esperança, e um sentido profundo para suas vidas como meios de enfrentamento. Um sentido é uma razão para viver. Uma razão para viver é essencial para lidar com situações de crise.

Para Hoch (2003), os olhos da fé e da esperança nos ajudam a ver para além do aparente fracasso e insucesso, para além da cruz. De tal modo que seja possível dizer que uma crise possa ser também uma oportunidade para que a pessoa conheça camadas mais profundas de sua própria existência, e conhecendo melhor a si mesma e o sofrimento, é capaz de solidarizar-se com a crise e o sofrimento da outra pessoa.

Para Matias (2014), a Psiquiatria, em síntese, compreende a depressão como resultado de um “cérebro desregulado”. Ocorre, por exemplo, um descompasso no encontro sináptico entre os neurotransmissores e os neurorreceptores. Esse descompasso indica que um órgão do corpo humano, o cérebro, está desregulado. Conseqüentemente, este precisará ser corrigido, o que normalmente ocorre através de tratamentos medicamentosos. Ou seja, as depressões são resultados e respostas a um mau funcionamento orgânico que deve ser corrigido como tal.

Matias (2014) também afirma que a Psicologia, partirá da ideia de que depressão ou os estados depressivos estão ligados à psique. Como se “abaixo” do cérebro – num lugar mais profundo do ser e que dificilmente pode ser acessado pela razão, pelo intelecto e por medicamentos – residissem as causas das depressões que, na maioria das vezes, estão ligadas a lutos, desamparos e traumas que podem ser conscientes ou inconscientes. Para esses casos, atacar apenas o órgão adoecido, o cérebro, não seria suficiente, pois não se alcançaria a real causa das depressões. Assim, a Psicologia busca, junto à pessoa depressiva, escavar as profundezas da alma humana à procura das causas psíquicas de seu estado ou condição depressiva, o que se constitui como um grande desafio.

Em muitos casos, a pessoa dependerá seriamente de tratamento medicamentoso, já em outros casos não dependerá deles e, ainda, em algumas situações pode ser que dependa dos dois: de terapias que sejam conjugadas e que diferentes profissionais saibam dialogar e construir junto à pessoa caminhos de superação, percebendo a pessoa em sua integralidade relacional. Isso deve ser assim porque cada caso depressivo se apresenta como caso único, afinal é sempre um caso encarnado em alguém com experiências, condições e situações diferentes de qualquer outra pessoa. Sendo assim, aquilo que funciona para uma pessoa pode não funcionar da mesma forma quando aplicado a outra, segundo Matias (2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após verificar as características dos adolescentes em situação de depressão, conclui-se que existe um modo de pensar que é recorrente em que está acometido por essa doença. A igreja como um todo precisa estar em estado de alerta para detectar os adolescentes que estão com tendências suicidas, para que se possa fazer algo a respeito.

Um ponto crucial para a pessoa que for aconselhar é saber como abordar, de que forma aconselhar, as palavras e gestos a serem utilizados e principalmente, é necessário haver empatia e amor, pois cada vida é importante e única. Segundo Matias (2014), para que haja cura muitas vezes o pastor não atua sozinho, mas sim com o apoio de psicólogos, psiquiatras, professores, médicos, pais e amigos do adolescente deprimido, visto que o cuidado integral do ser humano fragilizado não pode seguir por via unilateral. Precisa estar atento a questões sociais, estruturais, existenciais, psíquicas, físicas, políticas, ecológicas, espirituais que afetam o ser humano. Para desenvolver tamanha tarefa, a Teologia não pode se isolar como um saber e uma ciência à parte do mundo. Precisa dialogar e interagir com outros saberes e dar a sua contribuição no processo de enfrentamento, prevenção e recomposição do ser humano em estado de profundo sofrimento e angústias, como ocorre em casos de depressão.

Diminuir fatores que incentivam a morte não está no alcance da maioria das pessoas. São fatores que pedem que a sociedade mude para que sejam diminuídos, mas os fatores que incentivam à vida, este sim, é o que Cristo traz, é o que pastores e conselheiros cristãos têm a oferecer. Se os jovens carecem de motivo para viver, os cristãos podem ajudar nesse sentido.

REFERÊNCIAS

- ADAM, J. C. Liturgia como prática dos pés: a Romaria da Terra do Paraná: reapropriação de ritos litúrgicos na busca e libertação dos espaços da vida. **Estudos Teológicos**, v. 42, n. 3, p. 52-69, 2013.
- BALDESSIN, A. Como visitar um doente: orientações práticas para padres, pastores e agentes de pastoral da saúde. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- BAHLS, S. C.; BAHLS, F. R. C. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em Psicologia**, v.6, n.1, 2002.
- CLINEBELL, H. J. **Aconselhamento Pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento**. 4. ed., São Leopoldo: Sinodal, 2007.
- COLLINS, G. R. **Aconselhamento Cristão**. São Paulo: Edições Vida Nova, 1984.
- COOPER, M. L.; SHAVER, P. R.; COLLINS, N. L. Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 74, n. 5, p. 1380-1397, 1998.
- D'OLIVEIRA, C. F.; BOTEGA, N. J. "Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.", 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em 01 de nov. 2014.
- FABER, H.; SCHOOT, E. V. D. **A prática da conversação pastoral**. São Leopoldo: Sinodal, 1973.
- FÉDIDA, P. **Dos benefícios da depressão: elogia da psicoterapia**. São Paulo: Escuta, 2009.
- GOMES, A. M. A. **Eclipse da alma: a depressão e seu tratamento sob o olhar da psiquiatria, da psicologia e do aconselhamento pastoral solidário**. São Paulo: Fonte Editorial, 2010.
- HOCH, L. C. **Aconselhamento pastoral e libertação: Estudos Teológicos**, v. 29, n. 1, p. 17-40, 1989.
- HOCH, L. C. **A crise pessoal e sua dinâmica: uma abordagem a partir da psicologia pastoral**. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, Associação Brasileira de Aconselhamento, 2003.
- HOCH, L. C.; ROCCA, S. **Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado**. São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2007.
- HURDING, R. F. **A árvore da cura: modelos de aconselhamento e de psicoterapia**. São Paulo: Vida Nova, 1995.

- KAPLAN, H.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007.
- KEHL, M. R. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.
- LEVISKY, D. L. Depressões narcísicas na adolescência e o impacto da cultura. **Psychê**, v. 6, n. 10, p. 125-136, 2002.
- MALSCHITZKY, H.; BONHOEFFER, D. **Discípulo, testemunha, mártir: meditações de Harald Malschitzky sobre textos selecionados de Dietrich Bonhoeffer**. São Leopoldo: Sinodal 2005.
- MATIAS, F. J. **Aconselhamento Pastoral com pessoas em situação de Depressão**. São Leopoldo: Faculdades EST, 2014.
- MELLO, M. F.; FARIA, A. A.; MELLO, A. F.; CARPENTER, L. L.; TYRKA, A. R.; PRICE, L. H.. Maus-tratos na infância e psicopatologia no adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 31, p. S41-S48, 2009.
- QUEVEDO, J.; NARDI, A. E.; DA SILVA, A. G. **Depressão-: Teoria e Clínica**. Artmed Editora. 2018.
- SCHNEIDER, A. C. N.; RAMIRES, V. R. R. Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. **Aletheia**, n. 26, p. 95-108, 2007.
- SCHNEIDER-HARPPRECHT, C. **Teologia prática no contexto da América Latina**. São Leopoldo: São Paulo, ASTE, 2005.
- SHIMIZU, Yasuyuki. How Japan Reduced Suicides: A Law That Changed Society–The Japanese Model. In: **Understanding Suicide**. Springer, Cham, p. 225-238, 2016.
- VERSIANI, M.; REIS, R.; FIGUEIRA, I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 49, n. 10/12, p. 367-382, 2000.
- VILHENA, M.; PRADO, Y. Z. C. Dor, angústia e automutilação em jovens – considerações psicanalíticas. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 94-98, 2015.
- WARD, E. **Escutar com o coração: o significado da presença no aconselhamento pastoral**, **Estudos Teológicos**, v. 51, n. 2, p. 334-344, 2012.
- WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.