

A IGREJA CRISTÃ COMO COMUNIDADE POIMÊNICA E TERAPÊUTICA NO CUIDADO A PESSOAS ACOMETIDAS PELA DEPRESSÃO

THE CHRISTIAN CHURCH AS A POIMENICAL AND THERAPEUTIC COMMUNITY IN THE CARE OF PEOPLE AFFECTED BY DEPRESSION

Matheus Ohnesorge Herz¹

Thomas Heimann²

Resumo: Ainda estamos vivendo sob as trágicas consequências da pandemia da COVID-19, a qual, dentre tantos efeitos, culminou em um aumento e agravamento dos transtornos psicológicos, como a depressão. Este artigo visa contribuir com algumas reflexões: a igreja cristã está consciente de seu papel como cuidadora no tratamento daqueles que são acometidos pela depressão? Se sim, como pode potencializar a sua ação poimênica e terapêutica a partir do modelo de Jesus Cristo e da comunidade cristã do primeiro século? Para tais reflexões, serão apresentadas definições e dados acerca da depressão, suas principais causas, consequências e formas de tratamento – incluindo a espiritualidade como um fator necessário e contribuinte no processo; buscar-se-á uma abordagem bíblica neotestamentária para fundamentar a temática do cuidado;

1 Bacharel em Teologia (ULBRA, 2019), Canoas, RS. Pós-Graduação em Teologia e Ministério Pastoral pela ULBRA (2021). Pastor em Recife, PE. Artigo de conclusão para obtenção da Habilitação ao Ministério Pastoral, Seminário Concórdia, São Leopoldo, RS (2021).

2 Professor orientador. Doutor em Teologia. Coordenador do Curso de Teologia da ULBRA. Professor de Teologia na área da Psicologia e Aconselhamento Pastoral. Professor do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Pessoas. Membro do Grupo de Pesquisa em Aconselhamento e Psicologia Pastoral da Faculdades EST. Pastor da Igreja Evangélica Luterana do Brasil – IELB. Psicólogo clínico. Atual reitor da ULBRA.

investigar-se-á o conceito de igreja em seu âmbito comunitário, tendo em vista o serviço em amor e a construção de redes de apoio.

Palavras-chave: Depressão. Igreja. Cuidado. Poimênica. Comunidade Terapêutica.

Abstract: We are still living under the tragic consequences of the pandemic of COVID-19, which, among many effects, has culminated in an increase and worsening of psychological disorders, as the depression. This article aims to contribute with some reflections: is the Christian church aware of its role as a caregiver in the treatment of those who are affected by depression? If yes, how can it potentiate its poimetical and therapeutic action based on the model of Jesus Christ and the Christian community of the first century? For these reflections, definitions and data about depression, its main causes, consequences and forms of treatment will be presented – including spirituality as a necessary and contributing factor in the process; a New Testament Biblical approach will be sought to ground the theme of care; the concept of the church in its communitarian scope will be investigated, having in mind the service in love and the building of support groups.

Keywords: *Depression. Church. Care. Poimetical. Therapeutic Community.*

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas – e especialmente no término da última e início desta, assoladas pela pandemia da COVID-19 –, problemas relacionados à saúde mental, como a depressão, têm sido foco de inúmeros estudos e pesquisas. Há dezenas de campanhas de conscientização alertando sobre o forte impacto que essa doença está trazendo. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a consequente incapacitação funcional nos indivíduos por ela acometidos, bem como a sua ligação com o suicídio, têm sido motivos de preocupação de saúde pública. Porém, mesmo com tantos

alertas, ainda há muitos estigmas e preconceitos acerca do assunto, inclusive, de forma lamentável, na igreja cristã. Felizmente, há quem queira ajudar, mas ainda são poucos os que realmente sabem como agir diante daqueles que sofrem de depressão, o que pode acabar prejudicando ainda mais a sua situação e o seu sofrimento.

Autores e pesquisadores apontam que os tratamentos oferecidos e o envolvimento da espiritualidade promovem a recuperação dos sintomas depressivos e manutenção de seu estado de melhora, demonstrando eficácia em potencializar as capacidades de reação diante da doença. Contudo, para que isso ocorra, é necessário que as pessoas mais próximas do indivíduo, incluindo pastores e membros da igreja local, tenham consciência de seu papel no cuidado e auxílio para com ele, a fim de que o seu bem-estar integral possa ser restabelecido ou conservado.

O objetivo do presente artigo busca investigar como a igreja cristã, em sua essência, possui o papel de comunidade poimênica e terapêutica, contribuindo no cuidado da pessoa acometida pela depressão. Está estruturado em duas partes: na primeira, são apresentados dados a respeito da depressão, bem como as evidências científicas a respeito do envolvimento da espiritualidade no tratamento da depressão, destacando a espiritualidade cristã como um elemento de resiliência; na segunda, são abordadas questões bíblicas que podem auxiliar a igreja cristã a ter um olhar mais cauteloso para este assunto e agir de maneira salutar, promovendo o bem-estar das pessoas em sua integralidade.

DEPRESSÃO NO SÉCULO 21 E SUA RELAÇÃO COM A ESPIRITUALIDADE CRISTÃ

A depressão é um transtorno mental catalogado nos manuais psiquiátricos mundialmente reconhecidos: na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). Em termos gerais, é uma doença que altera o humor e as respostas emocionais dos seus portadores, comprometendo-os fisicamente e incapacitando-os funcionalmente. No entanto, por mais simples que pareça ser, “tudo na depressão tem o selo de complexidade humana” (SILVA, 2016, p.45).

Esse transtorno tão antigo³ está se apresentando com níveis muito elevados, tornando-se cada vez mais recorrente e atingindo “desde crianças a pessoas idosas, rompendo fronteiras de idade, classe socio-econômica, cultura, raça e espaço geográfico” (COUTINHO *et al.*, 2003, p.183). A OMS e a OPAS estimam que mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sofram com esse transtorno em todo o mundo.

Infelizmente, os índices de pessoas acometidas por quadros de depressão clínica demonstram uma triste e sombria realidade: eles estão aumentando. Pior: permanecem por um período de tempo maior, com sintomas bem mais graves, e se iniciam em idades mais jovens. Ignorar esses fatos não fará com que a depressão desapareça de nossa vida; pelo contrário, sabemos que o desconhecimento e o preconceito contra a doença foram fatores preponderantes para chegarmos à realidade atual (SILVA, 2016, p.23).

Além do desconhecimento e do preconceito de achar que depressão é sinônimo de “fraqueza”, “falha de caráter”, “frescura”, “mimimi” existencial ou “falta de fé”, aliam-se para o aumento de casos clínicos os valores concernentes à pós-modernidade, mencionados por Rojas (1996, apud BESSA, 2013, p.67) e Silva (2016, p.266), tais como hedonismo, relativismo, individualismo, insensibilidade, permissividade e consumismo, que, além de elevarem o nível de estresse dos indivíduos, também afetam a maneira como se relacionam entre si, suas ações, seus pensamentos e sua ética.

Não bastasse, a pandemia com seus diversos estressores (solidão, medo, perdas, tensão econômica, incerteza sobre o futuro, etc.) intensificou a realidade supramencionada.⁴ Barros *et al.* (2020, p.8) afirmam

3 Depressão é um termo recente para um mal antigo, também chamado de tristeza profunda ou melancolia (HECKERT, 2015, p.12). O termo depressão foi usado pela primeira vez em meados do séc. 17 para descrever o desânimo, mas somente no séc. 19 passou para o uso comum e ganhou destaque nos vocabulários médicos (GONÇALES; MACHADO, 2007, p.298).

4 Sabe-se que as medidas de controle adotadas no atual contexto pandêmico são necessárias para a não disseminação do vírus. Contudo, por meio de estudos científicos, verificou-se que elas afetam a população em muitas outras dimensões da vida, especialmente no que tange à saúde mental (SILVA *et al.*, 2020, p.229-231). É como afirma Barros *et al.* (2020, p.2): “A presença de transtornos mentais, sofrimento psíquico e alterações do sono exerce reconhecidos efeitos negativos no cotidiano e na qualidade de saúde e de vida das pessoas, contribuindo com percentual relevante de anos vividos com incapacidades. Transtornos mentais podem se agravar ou constituir fatores de risco para doenças

que “vários artigos têm alertado para o surgimento de problemas mentais durante a pandemia de COVID-19, muitos deles a destacar as pessoas com doenças e transtornos mentais prévios como mais vulneráveis”. A partir de sua pesquisa realizada no Brasil, entre abril e maio de 2020, constatou-se que

[...] o sentimento frequente de tristeza/depressão atingiu 40% dos adultos brasileiros, e a frequente sensação de ansiedade e nervosismo foi reportada por mais de 50% deles. Entre os que não tinham problema de sono, mais de 40% passaram a ter e quase 50% dos que já tinham tiveram o problema agravado. Os sentimentos de tristeza e de ansiedade e os problemas do sono revelaram prevalências mais elevadas em adultos jovens, mulheres e pessoas com diagnóstico prévio de depressão (BARROS *et al.*, 2020, p.5).

Indubitavelmente, todos os fatores supracitados exercem enorme influência no surgimento de novos casos de depressão e na intensificação dos sintomas depressivos de quem já a tinha. Isso porque os especialistas descrevem a depressão como uma doença *multifatorial*, ou seja, possui diversos fatores que atuam juntos. De maneira didática, Silva (2016, p.67-87) os separa em três grupos: 1) biológicos: relacionados a *alterações bioquímicas*⁵ do cérebro e *variações hormonais*;⁶ 2) genéticos: associados

crônicas e doenças virais, além de influenciar a adoção de comportamentos relacionados à saúde. Em períodos de epidemias e isolamento social, a incidência ou agravamento desses quadros tende a aumentar”. Contudo, há a triste constatação no contexto brasileiro, quiçá mundial: “Em tempos de medo e incerteza, quando as ameaças à própria sobrevivência e a dos demais se tornam uma das principais questões da vida cotidiana, muitos acreditam que os cuidados com a saúde mental podem esperar e que os esforços devem concentrar-se na preservação da vida. No entanto, a saúde mental é precisamente uma das chaves para sobreviver a esta última pandemia e tudo o que ela implica a curto, médio e longo prazo, desde a crise potencial na prestação de serviços de saúde até a ajuda na preservação e reconstrução uma sociedade pós-pandêmica” (SILVA *et al.*, 2020, p.229 – tradução nossa).
5 Cf. SILVA, 2016, p.71-77. Deficiência de neurotransmissores como serotonina, noradrenalina e dopamina, que são responsáveis pelas sinapses dos neurônios e controle do humor.

6 Cf. SILVA, 2016, p.78-80,156. O cérebro e o sistema endócrino estão “conectados” no hipotálamo, o qual é responsável por administrar a produção hormonal do corpo e o controle das atividades corporais, como sono, apetite, desejo sexual etc. Se este não estiver trabalhando como deveria, a pessoa pode, por exemplo, ter elevados níveis de cortisol – responsável por ajudar o organismo a enfrentar situações de estresse físico e/ou emocional –, resultando em diversas disfunções no organismo, como baixa imunidade, alterações mnêmicas (prejuízo da memória) e sintomas psíquicos (medo, irritabilidade, ansiedade etc.).

à *vulnerabilidade herdada*;⁷ 3) psicológicos e/ou ambientais: *fatores desencadeadores*,⁸ concernentes às influências das situações vividas pela pessoa e o impacto que elas têm sobre a mesma.

Muitos dos fatores desencadeadores estiveram e ainda estão presentes no atual contexto pandêmico.⁹ Porém, neste ponto, torna-se necessário diferenciar as reações consideradas *comuns* das *não comuns* causadas pela pandemia. A partir da explicação trazida por Collins (2004, p.122), todos nós passamos por dias de preocupação e tristeza, mas, geralmente, esses períodos são *temporários*, acontecendo em resposta a desapontamentos, fracassos e perdas. Já para a pessoa com depressão, os dias parecem *sempre* serem “sombrios” e doloridos – e quando essa dor “começa a se entender por um longo tempo e se mantém de maneira intensa e incapacitante, ela terá grandes chances de, lentamente, transformar-se em um quadro de depressão clínica” (SILVA, 2016, p.17). Quem será capaz de distinguir e dar o correto diagnóstico será um profissional da saúde, justamente porque ele foi capacitado para isso.

Contudo, embora seja um distúrbio da mente, a depressão afeta todos os aspectos da vida do indivíduo, uma vez que o incapacita integralmente: “é uma patologia que afeta o corpo, o cérebro, a mente e até a nossa dimensão espiritual” (SILVA, 2016, p.29).¹⁰ Quanto mais intensos,

7 Cf. SILVA, 2016, p.83-84. Há uma tendência à depressão por meio dos genes transmitidos pela relação parental.

8 Cf. SILVA, 2016, p.56-60,153-177. Em suma: perdas significativas, podendo ser de ordem física, mental ou social; esgotamento profissional, também conhecida como síndrome de Burnout; desajuste social, isto é, mudanças de hábitos, costumes e valores, em que a pessoa não consegue se adaptar à realidade; pós-trauma, tanto na infância quanto na fase adulta, no qual o evento possui reação negativa na vida da pessoa; consumo de substâncias psicoativas, como álcool, maconha, crack, etc.; doenças clínicas, como as cardiovasculares, insônia crônica, Parkinson, Alzheimer, HIV, câncer, etc.; a falta de um sentido na vida (SILVA, 2016, p.85), em que a sensação de vazio e a falta de propósito contribuem para o adoecimento das pessoas (SILVA, 2016, p.272).

9 Em junho de 2020, a OPAS disponibilizou um documento acerca de intervenções recomendadas em saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS), afirmando que o medo, a tristeza, a ansiedade e a preocupação podem ser reações consideradas comuns e compreensíveis por conta das medidas de quarentena, distanciamento e as preocupações de transmissão do vírus. Porém, mesmo sendo reações comuns, o contexto pandêmico e seus estressores representam fatores de risco para a saúde mental, podendo ocasionar reações cada vez mais prolongadas e agravar ou incapacitar o indivíduo fragilizado (OPAS, 2020, p.3).

10 As principais disfunções acontecem: 1) no humor: há alterações nos sentimentos e emoções, apresentando com frequência tristeza e apatia; 2) na cognição: a concentração e memorização

frequentes e duradouros forem os sintomas, mais influências, interferências e prejuízos trará à vida do indivíduo.¹¹ Dependendo da intensidade dos sintomas, a pessoa depressiva perderá o interesse em quase tudo e se questionará se vai conseguir aguentar a situação, desejando muito que a vida termine: “nesse estado, faltam emoções, sente-se fraqueza física, não se consegue falar de propósito de vida, experimenta-se uma solidão profunda e angustiante, além de lhe atravessarem pensamentos suicidas” (PORTE JÚNIOR, 2016, p.34). Por vezes,

[...] as situações parecem tão desesperadoras que a morte parece ser a única saída [...] O suicídio é, quase sempre, uma tentativa de encontrar alívio para um intolerável sofrimento psicológico e um meio de escapar de um sentimento profundo de desesperança e desamparo. **As tentativas de suicídio, em geral, são gritos de socorro** (COLLINS, 2005, p.126-127 – grifo nosso).

Quando percebemos esse tipo de pensamento e intenção em um paciente com depressão, [...] [isso se torna] a condição *sine qua non* para que o paciente seja tratado de maneira intensiva, sendo vigiado 24 horas por dia por um período de pelo menos três meses, mesmo que ele se negue a receber esse tipo de assistência médica. Qualquer outra atitude é omissão terapêutica de todos os envolvidos com essa pessoa (SILVA, 2016, p.41).

A partir dessa constatação, pode-se considerar que “toda pessoa com uma depressão severa é um suicida em potencial”, tendo em vista que “aproximadamente dois terços dos pacientes deprimidos pensam em

ficam debilitados, a percepção da realidade fica distorcida (inferências arbitrárias, abstração seletiva, supergeneralização), passa a se ter pensamentos negativos recorrentes de autoacusações e autopunição, o que inevitavelmente culmina em desejos de fuga, de esconder-se ou até mesmo de matar-se; 3) no físico: dores no corpo, perda da libido, anorexia ou ganho de peso, insônia ou excesso de sono, retardo psicomotor ou agitação – os extremos são comuns e dependerá da forma como a doença afetará o indivíduo; 4) no comportamento: mudanças no modo como se apresentam, agem e se relacionam. Cf. POWELL *et al.*, 2008, p.S74-75; BECK; ALFORD, 2009, p.15-42; SILVA, 2016, p.30-35.

¹¹ Em seu site, a OPAS explica que um episódio depressivo pode ser categorizado como leve, moderado ou grave, e isso dependerá da intensidade dos sintomas. Por exemplo, a pessoa que está com sintomas leves apresentará certa dificuldade em realizar tarefas simples do dia a dia. Já a pessoa que tem um episódio depressivo grave estará completamente incapacitada para continuar com suas atividades sociais, profissionais ou domésticas.

suicídio” (SCHUBERT, 2003, p.87).¹² Por conseguinte, “é fundamental entender como a depressão pode ser fatal”, visto que “o suicídio, em suas muitas formas, é uma complicação da depressão” (SOLOMON, 2018, p.36). Como aponta Silva (2016, p.243-255), os estudos científicos mostram que aproximadamente 90% dos casos de suicídio estão associados a transtornos mentais. Porém, muitos desses casos poderiam ser evitados se as pessoas recebessem o diagnóstico correto e tivessem um tratamento adequado:

Ninguém se suicida sem que haja, em sua mente, grandes doses de desespero, desesperança e sentimentos de incapacidade e nulidade. **E não cabe a nós [...] julgar a veracidade de seus pensamentos e suas emoções. Nosso papel é acolher o paciente e, ao seu lado, buscar alternativas que minimizem ou cessem a [sua] dor sombria e dilacerante** (SILVA, 2016, p.245-246 – grifo nosso).

Por isso, é de extrema importância estar atento aos sintomas e fatores de risco, especialmente se há uma possível tentativa de suicídio, a fim de que a pessoa possa receber o devido tratamento: “a detecção e o tratamento adequado de pessoas acometidas por transtornos mentais, notadamente depressão, a partir do atendimento em serviços gerais de saúde parece ser a forma mais efetiva de prevenir o suicídio” (CHACHAMOVICH *et al.*, 2009, p.S21).¹³

De uma forma singela, porém realista, “podemos entender a depressão como uma fuga na qual simulamos **um estado de morte em vida**”

12 O pensamento suicida pode ocorrer tanto passivamente (“gostaria de estar morto”) quanto ativamente (“quero me matar”). Dependendo do caso clínico, será um desejo esporádico, até que o tratamento comece a fazer efeito, ou será uma luta contínua do paciente contra esses pensamentos (BECK; ALFORD, 2009, p.30).

13 Um mito que é costumeiramente propagado é de que não se pode falar sobre suicídio com as pessoas porque seria uma maneira de incentivá-las a se matarem. Porém, Collins (2004, p. 133) é muito claro: “os conselheiros não devem hesitar em perguntar se o aconselhando tem pensado em suicídio. Esse questionamento traz o assunto à tona e permite que o aconselhando o examine racionalmente. Ao invés de estimular o suicídio (como alguns supõem) essa conversa aberta reduz a probabilidade disso ocorrer. Se uma pessoa está realmente determinada a cometer suicídio, o conselheiro pode adiar a tentativa, mas, com o tempo, a pessoa vai tentar de novo. Até mesmo os terapeutas mais dedicados não podem impedir permanentemente que o aconselhando atente contra a própria vida. É bom ter isso em mente se o suicídio vier a ocorrer, porque, do contrário, o conselheiro pode ficar preso a sentimentos de culpa porque não foi capaz de impedir a morte da pessoa”.

(SILVA, 2016, p.229 – grifo nosso). Como expressa Porte Júnior (2016, p.33): “para quem vive em depressão, descrevê-la é uma tarefa impossível; senti-la, algo insuportável”. Por isso, não se pode desconsiderar o impacto que esta doença tem na integralidade do ser, bem como aos que estão à sua volta, uma vez que esses sintomas primários da depressão clínica culminam em situações secundárias, trazendo consequências “nos diversos setores da vida: afetivo, familiar, social, acadêmico e profissional” (SILVA, 2016, p.35). É como Baxter (2015, p.32,37) descreve: “os que os cercam, penam; porém, eles mesmos sofrem mais [;] é desejável prevenir ou curar esse mal no início, antes que o doente atinja esse estado tão triste!”

Entretanto, é necessário ressaltar, conforme Powell *et al.* (2008, p.S73ss), que o depressivo precisa ter uma participação ativa no tratamento, tanto na reestruturação cognitiva quanto comportamental. Heimann (2016, p.169) é enfático neste ponto:

O indivíduo tem uma responsabilidade pessoal intransferível sobre a forma como irá encarar essa doença. Lutar contra a doença é sim uma escolha, mas que exigirá esforço e força de vontade do sujeito, talvez implicando mudanças comportamentais de diferentes ordens, normalmente com o auxílio e incentivo de pessoas significativas.

É justamente por esse motivo que “as necessidades emocionais das pessoas exigem atenção ou, do contrário, isso pode levar a uma epidemia silenciosa, causando graves danos às pessoas, à sociedade e à economia” (OPAS, 2020, p.3). Urge que as pessoas sejam ensinadas e alertadas acerca dos perigos que envolvem o descuido com a saúde mental, pois, como afirma a OPAS em seu site, “não existe saúde sem saúde mental”. Como afirmam Silva *et al.* (2020, p. 231 – tradução nossa): “A agenda da saúde mental continua a ser urgente e essencial, e deve ser uma das bases da resiliência¹⁴ numa sociedade que enfrentará um conjunto desconcertante de desafios como resultado desta pandemia global”.

14 Termo oriundo da física, referente à capacidade de recomposição da forma original após uma deformação sofrida. Em seu sentido figurado, indica a “capacidade de atravessar dificuldades e voltar à qualidade satisfatória de vida” (BOHART, 2000, *apud* PERES *et al.*, 2007, p.138).

Conforme Collins (2004, p.122) descreve, pelo fato de a depressão ser uma doença multifatorial e abranger uma grande variedade de sintomas que diferem em gravidade, frequência, duração e origem, é importantíssimo atacar a doença em “todas as frentes”. É o que afirma Heckert (2015, p.18): “quando o abatimento emocional se impõe, a sugestão é que todos os recursos terapêuticos disponíveis sejam usados, sem restrições, não desconhecendo as dificuldades que a própria depressão acarreta”, principalmente levando-se em consideração os casos de suicídio envolvendo pessoas depressivas. Em seu estudo, Fleck *et al.* (2009, p.S9) apresentaram os tratamentos que se mostraram mais efetivos para a depressão, como prescrição de antidepressivos e tratamentos psicoterápicos, e que, dependendo do caso clínico, os tratamentos combinados (psicoterapia e antidepressivos) se mostraram mais eficazes – porém, é óbvio que isso somente será prescrito pelos profissionais envolvidos e dependerá do estágio do transtorno no indivíduo. Burns (2015, p.29) apresenta também a biblioterapia,¹⁵ que pode ser tão eficaz quanto o uso de antidepressivos e psicoterapia, além de “ter um papel importante em programas educativos e de prevenção à depressão” (BURNS, 2015, p.27). Contudo, em casos mais graves e urgentes, quando os tratamentos convencionais não dão resultados, Fleck *et al.* (2009, p.S11) apontam recursos terapêuticos alternativos, como no caso da eletroconvulsoterapia (ECT)¹⁶ e da Estimulação Magnética Transcraniana (EMTr).¹⁷

No entanto, é preciso ressaltar, conforme Silva (2016, p.176, 182), que os tratamentos disponíveis terão melhores resultados quando

15 Terapia por meio de leitura, comumente indicado por terapeutas como “lição de casa” entre uma sessão e outra (BURNS, 2015, p.29). Contudo, é preciso tratar essa questão com cautela, pois conforme ressalta Murray (2012, p.8), “pessoas com depressão não conseguem ler centenas de páginas. Elas precisam de conselho e instrução simples, curta, embora substancial”.

16 Também conhecida como “eletrochoque”, é um tratamento em que um pulso de corrente elétrica é aplicado ao cérebro, produzindo convulsões que auxiliam na melhora do paciente. Esse procedimento foi muito usado na metade do século 20, mas atualmente tem sido criticado devido aos riscos e os efeitos colaterais que surgem no paciente (COLLINS, 2004, p.130; SILVA, 2016, p.214).

17 É um procedimento aprovado pelo Conselho Federal de Medicina desde 2012 para casos mais graves, no qual são aplicados pulsos eletromagnéticos na cabeça do paciente, a fim de estimular a liberação de neurotransmissores (serotonina, dopamina, noradrenalina etc.) responsáveis pelo funcionamento cerebral. Os pacientes submetidos a esse tratamento tiveram melhora significativa dos sintomas depressivos, além de terem os efeitos do antidepressivo potencializados. Diferentemente do ECT, ele não é invasivo e não causa dor ao paciente (SILVA, 2016, p.214).

“o uso correto das medições, a prática de atividades físicas, a alimentação saudável e a participação em atividades sociais”, juntamente com o “cuidar dos aspectos emocionais e espirituais”, forem aliados. Todos esses aspectos são essenciais para a recuperação do paciente e a manutenção de seu estado de melhora, tendo em vista que “a saúde mental é mais uma estrada do que um objetivo” (CLINEBELL, 1965, p.11 – tradução nossa), implicando em um cuidado mental contínuo. Por isso, conforme Gomes (*apud* HEIMANN, 2016, p.172 – grifo nosso), pode-se dizer que

[...] atualmente se utilizam quatro **estratégias conjugadas** para o tratamento da depressão [...] São elas: o **tratamento psicofarmacológico** (a partir de um diagnóstico e receituário médico); o **tratamento espiritual** (alguns manuais de psiquiatria hoje até recomendam a oração e meditação como métodos auxiliares no tratamento contra depressão); o **tratamento psicoterápico** (diferentes formas de atendimento psicológico, independentemente da linha de psicoterapia utilizada); **qualidade de vida** (diminuição dos agentes estressores, prática de exercícios físicos e alimentação adequada).

Dentro do âmbito espiritual, nos últimos anos os psicólogos estão considerando abordar a espiritualidade nas sessões de terapia, visto que a maioria dos estudos apontam uma melhora significativa nos pacientes depressivos quando abordado sobre o tema. Inclusive, a OMS reconhece a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais como um domínio da qualidade de vida do sujeito: “o bem-estar espiritual é uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais (World Health Organization, 1998)” (PERES *et al.*, 2007, p.140). É como afirma Silva (2016, p.221): “a espiritualidade não é uma escolha humana, e sim uma de suas dimensões, e por isso mesmo ela é ‘condição do ser’”. Nesse aspecto, Collins (2005, p.66) ressalta:

Quando acontece algo errado com um aspecto da pessoa unificada, o indivíduo como um todo é afetado. [...] não existe uma linha divisória fixa entre os aspectos espirituais, emocionais, volitivos, ou físicos do indivíduo. Um sintoma pode clamar pela cura, mas nessa ocasião o corpo inteiro está fora de equilíbrio.

Dito isso, Peres *et al.* (2007, p.142) apontam que práticas religiosas/espirituais subjetivas podem alterar o estado de consciência e influenciar a mudança da percepção de um evento, destacando assim a importância de se abordar a espiritualidade no tratamento psicoterápico. Aliás, eles afirmam que boa parte dos pacientes preferem terapeutas que se sentem confortáveis em discutir esses tópicos, pois isso gera confiança no terapeuta – o que é fundamental para a efetividade do tratamento: “vários estudos demonstram que o conhecimento e a valorização dos sistemas de crenças dos clientes colaboram com a aderência do indivíduo à psicoterapia, assim como com melhores resultados das intervenções” (PERES *et al.*, 2007, p.137).

Guimarães e Avezum (2007, p.92) também afirmam que os terapeutas devem considerar a religiosidade e espiritualidade em suas abordagens, uma vez que estudos apontam que a prática religiosa tem efeitos positivos sobre a saúde mental do indivíduo.¹⁸ No entanto, conforme Lomax *et al.* (2002, apud PERES *et al.*, 2007), é necessário que o terapeuta se atente a algumas observações relacionadas à ética, como procurar conhecer de forma respeitosa e não invasiva a vida religiosa e espiritual dos pacientes, a fim de que se obtenha dados importantes para o auxílio do tratamento dentro da influência espiritual na vida de cada paciente. Para tanto, o profissional precisa ser imparcial com suas próprias convicções, demonstrar empatia com a realidade do indivíduo e respeitá-la:

[...] integrar dimensões espirituais e religiosas de vidas dos clientes durante a psicoterapia requer profissionalismo ético, alta qualidade de conhecimento e habilidades para alinhar as informações coletadas sobre as crenças e valores ao benefício do processo terapêutico (PERES *et al.*, 2007 p.138).

Portanto, a partir de dados científicos, pode-se afirmar que a influência da espiritualidade no tratamento da depressão é positiva e sua inclusão é de extrema importância pelo fato de fazer parte do estado de

18 Em suma, os autores mencionam uma revisão narrativa de aproximadamente 850 artigos publicados desde o século 20, onde verificou-se que o envolvimento religioso está associado à melhor saúde mental e a menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007, p.92).

saúde integral do indivíduo, não podendo ser desconectada do bem-estar corporal, psíquico e social. Todavia, embora seja possível dizer que pessoas que têm uma espiritualidade/religiosidade reagem melhor ao tratamento, “não podemos generalizar, até sob pena de querer fazer de Deus um objeto de uso quando nos convém” (SCHUBERT, 2003, p.93). Nesse sentido,

[...] **a fé tanto pode ajudar como também atrapalhar.** Ela é uma ajuda importante quando lidamos responsabilmente com ela. Mas ela pode atrapalhar e muito, quando lidamos irresponsavelmente [...] [Existem relatos de que] pessoas com síndrome depressiva que estavam sendo acompanhadas por um psicólogo ou psiquiatra tiveram uma melhora significativa e com a intervenção de um(a) pastor(a) tiveram recaídas violentas. É o que chamamos de uso irresponsável da oração pela fé. Por isso [...] quando lidamos com pessoas, temos que ter muito cuidado, muita cautela, muita sobriedade e especialmente um bom preparo. Aventurar-se a querer curar as pessoas sem o devido preparo pode ser muito perigoso. Ao invés de ajudar, pode contribuir para piorar o quadro depressivo (SCHUBERT, 2003, p.93-94 – grifo nosso).

Pensando nisso, como a espiritualidade cristã pode *ajudar* – ou *atrapalhar* – no processo terapêutico? Ora, é bem popular na cristandade ouvir pessoas dizendo que a depressão tem uma relação de causa-efeito com a ideia de “falta de fé” ou “pecado não confessado” – se alguém está com depressão é porque não tem um envolvimento religioso ou precisa se envolver mais.¹⁹ Muitos dos que atualmente se denominam “cristãos” adotam esses pensamentos em seu cotidiano, afirmando que

19 Este forma de pensar é tão antiga quanto a depressão: na Idade Média, a melancolia foi considerada pecado e um afastamento de tudo o que era sagrado (GONÇALES; MACHADO, 2007, p.298); no início do século 20, Carl Jung argumentava que perder uma visão religiosa da vida poderia ser a causa de muitas neuroses e distúrbios mentais (NUNES, 2015, p.28); em meados do século 20, Jay Adams, um dos precursores do movimento noutético – uma das formas de aconselhamento bíblico conhecidas hodiernamente –, acreditava que esse tipo de doença era sempre resultado de algum pecado que deveria ser reconhecido, confessado e abandonado para que houvesse cura (PORTE JÚNIOR, 2016, p.58). Como Adams (2006, p.345, 349) mesmo afirma: “o pecado leva ao senso de culpa e à depressão, o manuseio pecaminoso do pecado complica ainda mais as coisas, arrastando a maior culpa e mais profunda depressão, *ad infinitum*. [...] a depressão resulta do pecado cometido pelo paciente. [Deve-se] conduzir o cliente ao arrependimento, mediante utilização eficaz da Palavra de Deus”.

não é necessário fazer psicoterapia ou qualquer outro tipo de tratamento, porque ser cristão e “ter fé” significa estar livre de problemas, doenças e sofrimento. No entanto, a partir de uma revisão em estudos científicos, notou-se que:

[...] há evidências mostrando que as pessoas se tornam ainda mais religiosas quando estão doentes, tanto física como mentalmente. Em situações de alto estresse psicológico, a religião é frequentemente [sic] usada para auxiliar a lidar com ou se adaptar a situações de sofrimento. As pessoas imploram a ajuda de Deus; elas rezam; realizam rituais religiosos; ou buscam conforto e apoio de membros de suas comunidades religiosas (KOENIG, 2007, p.97).

Tendo em vista essa constatação científica, torna-se lastimável que ainda seja comum escutar frases como “crente não tem depressão”. Contudo, aqui é preciso ressaltar:

[...] como um contraponto, precisamos admitir que um pecado grave não confessado poderá, sim, **contribuir** para a eclosão de um episódio depressivo, **mas isso não é uma regra**. É preciso sempre ter em mente a visão sistêmica da depressão, cujas causas podem ser as mais diversas (HEIMANN, 2016, p.171 – grifo nosso).

Como afirma Porte Júnior (2016, p.42): “Julgar que toda depressão decorre de pecado transcende a precipitação e a insensatez, revelando-se mesmo como algo desumano”. Por conseguinte, Collins (2004, p.124) é contundente ao dizer que não é verdade, por exemplo, que os estados depressivos são removidos através de exercícios espirituais e exorcismos, ou ainda que a felicidade seja questão de escolha do indivíduo. “Exagero em questões dessa espécie pode prejudicar o tratamento e a cura de quem sofre de depressão, podendo até mesmo levar à morte” (PORTE JÚNIOR, 2016, p.27). É o que também expressa Heimann (2016, p.169-170):

Não podemos julgar, criticar ou acusar o depressivo de estar afastado de Deus, pois além disso poder não corresponder à verdade, poderá significar um peso/culpa ainda maior a ser colocado sobre os seus ombros. Na escuta clínica de pessoas com depressão, muitos relatam sentimentos de que foram abandonados por Deus, de que

Deus não ouve seu clamor e oração. Isso não significa falta de fé, mas dúvida, o que também é expresso por muitos personagens e textos bíblicos, como os Salmos. Isso não invalida o fato de que, com certeza, o resgate da dimensão espiritual, a relação íntima com Deus e o depositar da alma angustiada junto ao Deus da graça, misericórdia e amor é um passo fundamental para a luta contra a depressão.

Nadando contra a maré da espiritualidade popular, a espiritualidade cristã bíblicamente fundamentada é clara sobre o assunto: os cristãos podem, sim, serem acometidos por depressão, pois é uma das possíveis doenças e aflições da vida humana. Por serem seres humanos, assim como todas as outras pessoas, também carregarão consigo as consequências da queda em pecado até a sua morte – sendo essa a consequência do primeiro pecado.²⁰ Por isso, é preciso reconhecer que cristãos também “enfrentam períodos de escuridão, e caso faleçam em meio a um desses períodos, isso não é um sinal claro de que [...] não estavam sendo sustentados, em sua escuridão, pela mão soberana da graça” (PIPER, 2019, p.75). Conforme afirma Welch (2019, p.52): “sofrimento e aflições estão por toda parte e, em contrapartida, a Escritura fala às nossas tribulações em praticamente cada página”. Aliás, Porte Júnior (2016, p.178) afirma corretamente que “a Bíblia não é um livro sobre gente perfeita vivendo em um mundo ideal. Antes, é um livro real, que trata do ser humano da forma mais nua e crua possível”. Contrapor-se a essa constatação seria o mesmo que se basear “em uma hermenêutica equivocada de textos bíblicos” (HEIMANN, 2016, p.169). E, embora “muitas vezes não [seja] possível compreender, em seus pormenores, a razão para Deus designar para nós períodos de escuridão e sofrimento” (PIPER, 2019, p.75), dentro da espiritualidade cristã o sofrimento e as enfermidades são algo inerente à vida humana, uma questão existencial e inevitável, independentemente de o sujeito ter fé ou não.

Por um lado, pelo fato de a natureza humana sofrer as consequências do pecado herdado de Adão – pecado original ou culpa hereditária –, “a natureza humana é essencialmente a mesma em Adão e em todos os homens, mas as enfermidades da natureza são diversas” (BAXTER,

20 Cf. Gênesis 2.17; Romanos 6.23.

2015, p.63). Por outro lado, “as aflições são singulares. Não existem duas formas de sofrimento idênticas entre si. [Ao mesmo tempo,] as aflições têm algo em comum. Elas são dolorosas e podem nos fazer sentir que estamos no fim da linha” (WELCH, 2019, p.52). Outrossim, a espiritualidade cristã vai mais a fundo, ensinando que Deus se revela *por meio do sofrimento e se faz presente nele*. Em outras palavras, é Deus quem toma “a iniciativa de se aproximar de nós” (WELCH, 2019, p.73) – e o evangelho é exatamente isto: “Deus se relaciona com seu povo em meio ao seu sofrimento e o faz em forma humana” (HOCH, 2003, p.98), na pessoa de Jesus Cristo:

Deus é pessoal, assim como nós também somos pessoais para com ele e uns para com os outros. Pessoal significa que Deus se aproxima de seu povo. [...] A vida de Jesus na terra é evidência da comunhão pessoal de Deus conosco. Ele falou, ouviu e foi movido pelo que viu e ouviu. Cada menção de sua compaixão e misericórdia é evidência de que ele é o Deus pessoal (WELCH, 2019, p.45).

Linden (2010, p.42) diz que nas Escrituras Sagradas, especialmente no Novo Testamento, Jesus é chamado de “Servo”.²¹ Para se entender este título, é preciso lê-lo à luz do Antigo Testamento, mais especificamente o livro do profeta Isaías,²² em que se faz referência ao “Servo do Senhor como alguém que é ‘desprezado e o mais rejeitado entre os homens; homem de dores e que sabe o que é padecer’ [...] além de diversas outras afirmações que de maneira muito direta se referem à obra sacrificial de Jesus” (LINDEN, 2010, p.42). Neste título messiânico estão contidos dois elementos fundamentais:

Primeiro, ele é o **mediador** da aliança de Deus com os homens. Ele vem restaurar a aliança quebrada pelas pessoas (veja Isaías 42.6). Segundo, o Servo do Senhor é o **substituto** das pessoas diante de Deus. **Esta substituição significa sofrimento para o Servo**, pois ele vem carregar sobre si os pecados das pessoas (Isaías 53.5) (LINDEN, 2010, p.43 – grifo nosso).

21 Cf. Mateus 20.28; Atos 3.13,26; 4.27,30.

22 Cf. Isaías 42.1-4; 49.1-7; 50.4-11; 52.13-53.12.

Tendo isso em mente, pode-se afirmar que “[Jesus] veio para ser Deus conosco (veja Mateus 1.23), tornando-se solidário com a necessidade, o sofrimento, a mortalidade e o pecado humanos. **Sem tornar-se pecador, Jesus veio assumir as consequências do pecado das pessoas, como seu substituto**” (LINDEN, 2010, p.23 – grifo nosso). Para tanto, ele teve que dar a sua vida em resgate por muitos²³ como uma expressão do amor de Deus pela humanidade.²⁴ Por isso, “não pense você que foi um mar de rosas o que Jesus passou [...]. Ele sofreu, e sofreu muito!” (PORTE JÚNIOR, 2016, p.202). E como expressa Watson (2005, p.185):

É, pois, para o Cristo crucificado e ressuscitado que [devemos olhar], se quisermos encontrar o conhecimento verdadeiro e salvador de Deus. [...] É esse o coração [da] *teologia crucis*, onde a Encarnação e a Expição, a Redenção e a Revelação são todas uma coisa só, e todas são a própria obra de Deus.

Consequentemente, crê-se que o Deus conosco, que se fez substituto e sofreu em nosso lugar, carregou todo tipo de enfermidade²⁵ e sofrimento da humanidade – inclusive a depressão – até a cruz para sermos beneficiados, isto é, salvos do eterno sofrimento,²⁶ e termos esperança de que todo o sofrimento que há no mundo será solucionado definitivamente por ocasião da sua vinda gloriosa,²⁷ quando os que nele creem²⁸ terão a sua natureza regenerada e viverão em plena perfeição no mundo vindouro,²⁹ sem qualquer tipo de dor ou sofrimento.³⁰ Percebe-se, assim, que o foco da espiritualidade cristã está *no que Deus em Cristo fez em favor do ser humano*, pois nisso reside o verdadeiro consolo aos que sofrem. Por conseguinte, os sofrimentos e “as nossas cruces estão conectadas à dele [Jesus]” (VEITH JUNIOR, 2015, p.60), e, por isso, o fato de passarmos por sofrimentos neste mundo “nos levam a uma mais profunda e mais íntima dependência de Jesus Cristo, que trata de nosso

23 Cf. Marcos 10.45.

24 Cf. João 15.13.

25 Cf. Isaías 53.4.

26 Cf. Mateus 25.46.

27 Cf. Mateus 24.

28 Cf. João 3.16,17.

29 Cf. 1Coríntios 13.8-10; Filipenses 3.20,21.

30 Cf. João 16.33; Apocalipse 21.4.

pecado e sofrimento em sua cruz” (VEITH JUNIOR, 2015, p.63). Dessa forma, “será de grande valia para o cristão em dificuldade lembrar-se de que períodos de escuridão são normais na vida cristã. [...] **não estamos perdidos nem sozinhos à medida que o que restou de nossa fé se agarra a Cristo**” (PIPER, 2019, p.33-34 – grifo nosso).

Dito isso, a espiritualidade cristã é clara ao afirmar que “é Cristo e não a ausência de depressão que nos salva” (ESWINE, 2015, p.54), e, por isso, “o melhor auxílio é aquele que apresenta Cristo sempre e sem demora” (WELCH, 2019, p.37). Nesse sentido, a espiritualidade cristã contribui imensamente no processo do tratamento das pessoas depressivas, pois afirma que o transtorno depressivo é uma dentre as diversas expressões do sofrimento humano e uma das formas de enfermidade enfrentada por muitos – inclusive por cristãos. “Não negamos os sofrimentos da vida. Em vez disso, desejamos falar a esse respeito ao Deus que ouve, lembrar suas promessas e seu amor fiel e crescer em confiança nele” (WELCH, 2019, p.42), justamente porque ter fé nada mais é do que se colocar como dependente de Deus e crer que “tudo o que Cristo fez, fez gratuita e voluntariamente” (WATSON, 2005, p.180). Além do mais, “não importam o tamanho e a natureza de nossas aflições, ele [Jesus] sempre está ao nosso lado” (PORTE JÚNIOR, 2016, p.25), e por causa da sua presença em nossas vidas,³¹ a nossa “segurança se encontra primeiramente na fidelidade de Cristo. Nossa fé tem altos e baixos. [...] Mas nossa segurança não desce nem sobe. Ela não tem níveis” (PIPER, 2019, p.38). Com isso, “sentir em nosso ser que o Deus para o qual clamamos sofreu ele próprio como nós, nos permite sentir que não estamos sozinhos e que Deus não é cruel” (ESWINE, 2015, p.117).

Portanto, como afirma Heimann (2016, p.141):

A vivência de uma espiritualidade sadia e autêntica, que se traduz em uma vida de fé, entrega e confiança a um Deus Protetor e Redentor é um importante instrumento terapêutico, que contribui significativamente para o enfrentamento positivo do sofrimento humano.

31 Cf. Mateus 28.20b.

Contudo, um detalhe que é esquecido ou negligenciado por muitos cristãos é que “quando a pessoa entrega seus problemas ao Senhor, ele pode sustentá-la por meio de outros seres humanos” (COLLINS, 2005, p.122). Dessa forma, a espiritualidade cristã também ensina que Deus pode agir e cuidar das pessoas *mediatamente*, isto é, por intermédio de pessoas que convivem conosco.³² Por isso, é preciso afirmar que “o auxílio de Cristo pode vir através de muitas formas e meios: médica, terapêutica, afetiva, social, espiritual etc.” (HEIMANN, 2016, p.172). E, como expressa Porte Júnior (2016, p.54), negar ou rejeitar as formas que Deus disponibilizou por meio da ciência para amenizar o sofrimento terreno é pecado e pode trazer mais sofrimentos desnecessários na vida das pessoas.

A partir disso, propõe-se caminhos de intervenção e auxílio a pessoas com depressão dentro da própria igreja cristã, considerando-se que, “quando estava na terra, Jesus ministrou por meio do seu próprio corpo físico. [...] Depois da ressurreição ele subiu ao céu corporalmente, mas deixou outro corpo para continuar sua obra. Esse novo corpo de Cristo, que existe ainda hoje, é a igreja” (COLLINS, 2005, p.162). E é neste aspecto que a igreja precisa ocupar o papel de comunidade poimênica e terapêutica aos que sofrem, uma vez que “um dos principais propósitos do corpo de Cristo, a igreja, é prestar ajuda” (COLLINS, 2005, p.164).

A IGREJA CRISTÃ É COMUNIDADE QUE CUIDA POIMÊNICA E TERAPEUTICAMENTE

Tendo em vista que a incidência de casos de depressão tem aumentado nos últimos anos e se intensificado pelas consequências pandêmicas, o cuidado poimênico³³ torna-se fundamental e insubstituível. Num primeiro

32 Cf. VEITH JUNIOR, 2015, p.71-92.

33 O termo tem sua origem no grego *poimainō* (ποιμαίνω) e é usado num sentido metafórico de “pastorear” pessoas, isto é, guiá-las, ajudá-las e prover o que elas necessitam. O cuidado pastoral está inevitavelmente ligado ao cuidado da alma das pessoas por parte de um pastor ou líder religioso. Porém, esse cuidado não está limitado ao exercício do pastor, tampouco ao âmbito espiritual – como será exposto a seguir. Ademais, é preciso destacar que dentro da poimênica (ou cuidado pastoral) existem áreas específicas, como o aconselhamento pastoral ou a psicoterapia pastoral (COLLINS, 2004, p.17), que são constantemente exercidas pelo pastor quando procurado em tempos de crise pelas pessoas e que exigem preparo e competência.

momento, é comum pensar na figura do pastor³⁴ como responsável pelo cuidado poimênico, pois é ele quem exercerá este cuidado de maneira integral com os membros da igreja. Pelo fato de estar numa “posição especial no processo de ajuda”, “geralmente [o pastor] tem não só o carinho das pessoas, mas o respeito que lhe permite uma maior aproximação com o cotidiano de seus membros” (WEBER, 2003, p.79). Nesse sentido, os pastores “podem ser especialmente úteis em períodos de crise porque simbolizam esperança e estabilidade teológica para alguém que esteja desanimado e inseguro” (COLLINS, 2005, p.117). É o que afirma Weber (2003, p.79):

[o pastor] tem ainda o privilégio de desenvolver um relacionamento íntimo e confiável com seu rebanho por meio de visitas e encontros que ocorrem na igreja [...]. Ao lado da família, o pastor muitas vezes é o único que pode ajudar a avaliar quando um de seus integrantes passa a desenvolver comportamentos estranhos, considerados anormais.

Inclusive, Peres *et al.* (2007, p.142) relatam: “estudos científicos confirmam que o aconselhamento pastoral ou religioso pode resultar altos escores de bem-estar, reabilitação e redução do impacto de eventos estressores”. Por causa disso, o pastor precisa estar preparado para atender casos envolvendo pessoas com depressão, uma vez que o aconselhamento “é eficaz como terapia de apoio” (SOUZA, 2017, p.81). No entanto, como expressa Heimann, (2016, p.172),

Não basta *querer* ajudar. É preciso *saber* ajudar. Para ajudar, são importantes alguns elementos, como conhecer bem as dinâmicas do processo depressivo, em toda a sua visão sistêmica; evitar julgamentos morais e as “frases feitas”; permitir o livre desabafo ou mesmo o silêncio do depressivo, com todas as suas dúvidas, raivas, tristezas etc.; conhecer e respeitar a variedade das reações depressivas, que podem alternar de uma completa apatia a uma extrema agressividade exterior.

34 Aquele que foi preparado e capacitado para assumir o ofício ministerial instituído por Cristo, a fim de pastorear os membros da comunidade local (cf. João 21.15-19; Efésios 4.11).

Como expressa Collins (2005, p.66): “não devemos tratar a parte espiritual e esquecer as necessidades psicológicas ou físicas do aconselhado; essas coisas andam juntas e o conselheiro que se esquece disso presta um desserviço ao paciente e ao Senhor”. Por isso, é de suma importância que o depressivo tenha ao seu lado “um ajudador atencioso que não seja manipulador, mas que esteja disposto a dar apoio e direção, até que o indivíduo em crise possa cuidar de si mesmo” (COLLINS, 2005, p.117).

Ademais, Andrade (2016, p.327) ainda adverte que o conselheiro não deve ser aquele que oferece respostas ou soluções ao sofredor, mas aquele que se solidariza em ajudar e ora³⁵ em favor dele, para que ele se mantenha na fé em Deus apesar do momento de dificuldade. Nesse aspecto, Heimann (2016, p.220) salienta que o conselheiro cristão precisa cuidar para não cair na armadilha de prometer livramento da dor e sofrimento, mesmo mediante a completa entrega do crente à confiança em Deus; antes, deve consolá-lo afirmando que “mesmo no sofrer Deus se apresenta a nós” (HEIMANN, 2016, p.228), e por essa razão “o cuidador precisa ser alguém que promove a fé e a esperança na vida, permitindo ao depressivo encontrar novas perspectivas e sentidos para seu viver” (HEIMANN, 2016, p.173). Dito de forma categórica, “o aconselhamento pastoral é pregação do Evangelho na linguagem de relacionamentos. [...] A atuação pastoral sempre aponta para além dela mesma, a saber, para Cristo, o bom pastor” (HOCH, 2003, p.100). Por isso, cabe o conselho de Baxter (2015, p.81): “escolha para elas [pessoas depressivas] um pastor que seja [...] capacitado em tais casos”. Contudo, mesmo que ele seja capacitado para aconselhar e acompanhar o indivíduo em sua caminhada terapêutica, há o importantíssimo alerta: “isto não quer dizer que é ele quem deva determinar quem está ou não doente, isto é tarefa para o médico” (LOTUFFO NETO, 1984, apud WEBER, 2003, p.80). Conforme afirma Andrade (2016, p.322), a as-

35 Algo que muitas vezes se torna mecânico, um “fazer por fazer”. A ajuda por meio da oração pode ser muito útil, “especialmente quando aquele que está em depressão se sentir impossibilitado de orar colocando as devidas palavras e frases juntas” (MURRAY, 2012, p.76). Nesse sentido, “nunca subestime o poder da oração” (COLLINS, 2005, p.109), pois relembrar as promessas de Deus e entregar as necessidades da pessoa enferma aos cuidados do Senhor pode influenciar positivamente em sua recuperação.

sistência pastoral não deve ser considerada concorrente da assistência psicológica e de terapias, pois

Da mesma maneira que os profissionais de saúde mental não têm valorizado o papel da religião nas vidas das pessoas, com e sem doença mental, as comunidades religiosas também têm desenvolvido atitudes negativas em relação aos psicólogos e psiquiatras que são vistos, freqüentemente [sic], como inúteis, ou ameaçando as convicções profundamente arraigadas que são centrais à sua visão de mundo (KOENIG, 2007, p.96).

Por essa razão, é essencial proporcionar assistência pastoral e psicológica para determinados casos, sem que uma substitua a outra – antes que seja tarde demais. É o que expressa Porte Júnior (2016, p.222): “Cada caso é um caso, merecendo análise com respeito e dedicação, sem jamais descartar-se a ajuda de um profissional, seja ele de que área for, sem que antes se tenha a exata noção do todo pelo qual sofre quem procura um conselheiro”. E aqui cabe mais uma vez o conselho de Baxter (2015, p.83): “aqueles que podem ter um médico circunspecto, cuidadoso, honesto, experiente, capacitado e vivido, não negligencie o seu uso”, tendo em vista que:

Um dos meios mais significativos de ajudar pessoas é encaminhá-las e, algumas vezes, levá-las a fontes de recursos mais competentes. Fazer isso não é uma admissão de fracasso, mas um reconhecimento maduro de que nenhum de nós pode ajudar todo mundo (COLLINS, 2005, p.135 – grifo do autor).

Acerca do encaminhamento, Collins (2005, p.140) ressalta que é “importante que [o ajudado] não se sinta rejeitado ou ‘passado’ para outra pessoa”, pois “no aconselhamento pastoral, conselheiro e aconselhando caminham juntos” (BESSA, 2013, p.66). Acima de tudo, o conselheiro precisa pensar “em si mesmo e em seu aconselhado como trabalhando juntos num problema, mais ou menos como uma equipe de iguais” (COLLINS, 2005, p.62).

Ademais, para que a relação entre aconselhando e conselheiro aconteça, é necessário “prover uma atmosfera em que o ajudado sinta liberdade para ‘abrir-se’” (COLLINS, 2005, p.41). Consequentemente,

o pastor precisa desenvolver em sua poimênica uma das principais capacidades: o ouvir,³⁶ pois “para lidar com a depressão é preciso escutar a dor com amor” (SCHUBERT, 2003, p.89), “mesmo já sabendo o que será dito” (PORTE JÚNIOR, 2016, p.168). Como exemplo disso, é possível olhar para Jesus, que, ao ouvir as pessoas – mesmo sabendo o que seria dito –, mostrou “o valor terapêutico de se permitir que um indivíduo coloque suas dificuldades em palavras” (COLLINS, 2005, p.52). De igual modo, é preciso afirmar enfaticamente que o ouvir uma pessoa depressiva não se dá apenas com uma visita ou um encontro, pois “o aconselhado pode estar lutando com seu problema há muito tempo. Portanto, por que você deve pensar que é possível resolvê-lo em dez ou quinze minutos?” (COLLINS, 2005, p.152). Mais do que alguns minutos de conversa, “ajudar envolve interação com outros. Os melhores ajudadores são os que praticam suas habilidades de ajuda e que se envolvem na vida de outros” (COLLINS, 2005, p.13), não com o intuito de “pedir informações que satisfazem particularmente a [sua] curiosidade” (COLLINS, 2005, p.94), mas de realmente ajudar uma pessoa em necessidade. “Podemos aprender muito se mantivermos nossos olhos e ouvidos abertos, procurando ser sensíveis ao que as palavras e comportamentos das outras pessoas realmente comunicam” (COLLINS, 2005, p.106) – e é sempre bom lembrar que:

Numa sociedade em que a grande maioria das pessoas não dispõe de tempo e/ou paciência para ouvir a si mesmas nem aos outros, [...] uma “escuta certa” em uma hora incerta pode mudar, de forma imprevisível, “certezas” fatalistas e consideradas irreversíveis, como no caso de um pensamento suicida de um depressivo] (SILVA, 2016, p.250).

Contudo, embora seja fundamental que o pastor tenha essa percepção do assunto, torna-se necessário lembrá-lo:

36 Comumente chamado de *ouvir ativo*, em que é preciso estar atento a toda forma de comunicação que o aconselhando emprega para se expressar – expressões faciais, mudanças no tom de voz, variações de postura etc. –, a fim de explorar o que não é dito expressamente, compreender o seu ponto de vista, produzir harmonia entre conselheiro e aconselhando e demonstrar real disposição para ajudar (COLLINS, 2005, p.52, 53; BECK; ALFORD, 2009, p.10).

[Você] não precisa saber todas as respostas. A humildade e o amor desejam conhecer mais, então você pergunta mais. Você pergunta o que tem sido útil e o que tem sido inútil. Você pensa sobre como orar. E **sempre há mais auxílio disponível no corpo de Cristo como um todo, de modo que vocês buscam auxílio juntos** (WELCH, 2019, p.49 – grifo nosso).

Nessa perspectiva, uma das capacidades essenciais que o pastor precisa desenvolver em seu ministério é “auxiliar a mobilizar os recursos comunitários que funcionam como uma rede de proteção e apoio” (HEIMANN, 2016, p.172). Dito de outra forma, para que o cuidado poimênico ao depressivo possa se tornar uma realidade em sua vida, é necessário que não somente os pastores, mas também os membros da igreja sejam instruídos, preparados e capacitados por meio de estudos bíblicos, cursos, palestras e treinamentos para a *práxis* pastoral,³⁷ com o objetivo de servirem de apoio, da melhor maneira, aos que sofrem. É por essa razão que Heimann (2016, p.146) afirma que os conselheiros são aqueles que promovem a resiliência das pessoas e das comunidades de fé, como uma forma de prevenção e intervenção sobre o impacto do sofrimento na vida das pessoas e grupos:

O conselheiro precisa aprender a promover a resiliência na dimensão individual, familiar e institucional, de modo a transformar as comunidades de fé em comunidades terapêuticas. Deve estar atento, especialmente, aos não resilientes, que necessitam de um apoio e acompanhamento mais contínuos.

37 Sim, isto pode e deve ser desenvolvido na congregação “a partir da aprendizagem de algumas competências psicossociais de seus integrantes, por exemplo, acolher, ouvir, respeitar, interessar-se pelo outro, procurar ajudá-lo” (NOÉ, 2003, p.11). Urge que essas competências sejam trabalhadas, especialmente o acolhimento das pessoas com transtornos mentais dentro da comunidade cristã e o relacionamento dos membros com eles. É extremamente comum as pessoas ficarem preocupadas com aqueles que não estão participando “ativamente” na igreja, mas a maneira como *demonstram* isso muitas vezes pode piorar uma situação em vez de ajudar. E, por mais que a comunidade tenha uma boa intenção no que fala e faz, a *forma* como é feito conta muito – e neste ponto é necessário levar em consideração a *percepção* daqueles que sofrem com transtornos mentais. Por exemplo, uma frase como “quanto tempo não te vejo!” pode soar de maneira negativa para quem sofre de depressão.

Assim, quando o assunto é ajudar pessoas em seus sofrimentos, especialmente aquelas acometidas pela depressão, é importante que se olhe para um conjunto de pessoas que estarão com os que sofrem para cuidar delas – o que pode ser chamado de *comunidade terapêutica*.³⁸ Almond (1974, apud COLLINS, 2004, p.21) a define como um grupo de pessoas que têm como características o compromisso entre os seus membros e o interesse em comum de que todos sejam curados de seus males psicológicos, comportamentais ou espirituais:

Muitas vezes é a família que dá esse suporte. Outras vezes, o encorajamento vem de amigos ou de colegas de trabalho. O ideal é que a igreja local também esteja provendo grande parte do companheirismo, instrução, reforço, orientação, aceitação e apoio de que o indivíduo necessita (COLLINS, 2004, p.58).

Dentro deste aspecto, Collins (2005, p.19) ressalta que “os ajudadores não-profissionais podem ter pouco ou nenhum treinamento, mas causam, mesmo assim, bastante impacto. Essas pessoas [...] estão na linha de frente da batalha contra [...] a doença mental”. Por isso, torna-se crucial

[...] investir cada vez mais para capacitar pessoas e grupos que possam acompanhar com seriedade e competência as pessoas que precisam de ajuda. Neste sentido, é bom lembrarmos mais uma vez da importância da interdisciplinaridade. [...] no diálogo interdisciplinar, de repente descobrimos que não nos bastamos a nós mesmos, mas que podemos nos complementar uns aos outros, alcançando com isso melhores resultados em nosso aconselhamento (SCHUBERT, 2003, p.94 – grifo nosso).

Collins (2004, p.21) ainda salienta que “de todas as instituições da sociedade, a igreja é a que tem maior potencial como comunidade terapêutica”,³⁹ uma vez que ela tem o privilégio de ajudar as pessoas em

38 Termo que tem sua origem na palavra grega *therapeúō* (θεραπεύω) e que reflete uma ação em prol de uma pessoa debilitada com o objetivo de aliviar sua dor e curá-la de seu mal, seja pela sua reabilitação/recuperação, seja pela conservação do seu bem-estar. Implica, portanto, em um cuidado para com o debilitado.

39 Este é um detalhe que passa despercebido ou é negligenciado na área da psicologia: “O movimento da psicologia comunitária dá grande ênfase às escolas, hospitais e agências de serviço

sua integralidade. De igual modo, Clinebell (1965, p.10) afirma que a igreja local possui uma posição estratégica na vida das pessoas, pois ela pode auxiliar tanto em aspectos *preventivos* quanto *terapêuticos*.

Acerca disso, olhar para os primeiros séculos da era cristã é fundamental para se entender como a comunidade cristã está envolvida no cuidado poimênico e terapêutico. Collins (2004, p.16,21) traz um detalhe extremamente relevante: entre os primeiros cristãos, não se pensava apenas em evangelização, ensino e discipulado, mas também numa comunidade terapêutica, isto é, na assistência ao próximo em necessidade – uma responsabilidade de todo cristão. É exatamente por causa dessa atitude terapêutica que durante muitos séculos “o amor tem sido chamado a marca do cristão” (COLLINS, 2005, p.23).

O fundamento desta atitude pode ser extraído, por exemplo, do ensino de Jesus por meio da parábola do Bom Samaritano,⁴⁰ na qual ele fala de um samaritano que, ao ver um homem *semimorto*⁴¹ à beira da estrada – incapacitado de fazer algo em favor de si próprio para sair da situação na qual se encontrava –, teve *compaixão*⁴² e *cuidou*⁴³ dele. Obviamente que esse ensino de Jesus reflete o que ele mesmo fez pela humanidade em seu ato redentor. Entretanto, o foco desse ensino está baseado na pergunta “quem é meu próximo a quem devo amar?”⁴⁴ e na

social, mas fala pouco do papel da igreja local na prevenção de distúrbios psicológicos. Nos livros sobre prevenção ou psicologia comunitária, a igreja ou a religião é raramente mencionada. Isso poderia ser devido ao preconceito anticristão dos psicólogos da comunidade, mas pode ser igualmente devido à falha da igreja em envolver-se mais na prevenção de problemas psicológicos” (COLLINS, 2005, p.175).

40 Cf. Lucas 10.25-37.

41 Cf. Lucas 10.30. O termo grego *hēmithanē* (ήμιθανή) literalmente significa “meio morto”, implicando em alguém que se encontra entre a vida e a morte, quase morrendo.

42 Cf. Lucas 10.33. O verbo grego *esplanchnisthē* (ἐσπλαγχνίσθη, um aoristo indicativo passivo de *σπλαγγνίζομαι* na 3ª pessoa do singular) reflete um sentimento que vem do íntimo do ser e que o leva a agir em prol de alguma necessidade alheia. Murray (2012, p.75) expressa muito bem o seu significado: “uma habilidade para comunicar na qual percebemos verdadeiramente o problema e os sintomas, ficamos profundamente preocupados, e fazemos tudo o que podemos para ajudar. Em muitos casos, [a] compaixão pode ter um poderoso efeito terapêutico sobre aquele que sofre. A falta dela pode apenas multiplicar a dor e aprofundar a escuridão”.

43 Cf. Lucas 10.34. O verbo que aparece no texto em grego é *epemelēthē* (ἐπεμελήθη, um aoristo indicativo passivo de *ἐπιμελέομαι* na 3ª pessoa do singular), que traz uma ideia de cuidar de alguém com um zelo especial, isto é, prestar uma assistência a alguém de forma a prover tudo o que lhe é necessário.

44 Cf. Lucas 10.29.

sua resposta “vá e faça o mesmo!”⁴⁵ Nota-se, portanto, que é um ensino paradigmático para os seus seguidores acerca do *amor ao próximo*: ao verem uma pessoa *semimorta* – necessitada e incapacitada de agir por si mesma –, devem se *compadecer* de sua situação e terem a disposição de agir para *cuidar* de suas necessidades, empregando “todos os meios, tempo, forças e vida, para salvar no momento crucial” (ESSER, 2000, p.1301).

É por esse motivo que Noé (2003, p.10) afirma: “se for comunidade de Jesus Cristo, ela necessariamente precisa ser terapêutica”, isto é, necessariamente cuidará e prestará auxílio a alguém que está passando por necessidade, a fim de promover o seu bem-estar. Aliás, ele também afirma que esse elemento terapêutico, que esteve presente desde o início da tradição cristã, não se restringe a apenas um âmbito dimensional do ser humano, como se a pessoa fosse uma soma “de partes”, mas se refere à sua unidade indivisível. Dessa forma, “falar em comunidade terapêutica é **procurar reumanizar o ser humano contemporâneo**, [...] uma proposta que procura reverter o quadro doentio de [...] isolamento provocado pelo processo de individualização [...] da sociedade atual” (NOÉ, 2003, p.11 – grifo nosso).

Entretanto, mesmo com o claro ensino de Jesus a respeito do amor ao próximo,

[...] os cristãos falharam em seguir o modelo bíblico. Como resultado, muitas igrejas negligenciaram seus papéis como comunidades terapêuticas ou de ajuda. Em vez disso, algumas igrejas locais tornaram-se organizações relapsas onde o aconselhamento é deixado para o pastor ou alguns leigos e onde as pessoas necessitadas de ajuda são quase sempre ignoradas ou rejeitadas, especialmente se não forem membros ativos da igreja ou não mostrarem maneiras socialmente aceitáveis, roupas, comportamento ou linguagem religiosa (COLLINS, 2005, p.161).

Acerca disso, Heimann (2016, p.212) relata que o cuidado mútuo entre os primeiros cristãos, que foi sendo deixado de lado ao longo da história da igreja, foi resgatado a partir da época da Reforma, quando o conceito bíblico de comunidade poimênica e terapêutica foi retomado

45 Cf. Lucas 10.37.

pelo princípio bíblico do *mutuum colloquium et consolatio fratrum*,⁴⁶ isto é, o ensino de que o cuidado pastoral não é apenas uma tarefa dos clérigos, mas de todos os membros do Corpo de Cristo, que precisam ouvir as dores uns dos outros e se consolarem mutuamente. Com isso, Lutero e os reformadores retomaram a ideia paulina de que se uma parte do corpo sofre, todas sofrem:⁴⁷

A imagem bíblica da igreja como um corpo, onde cada qual tem um lugar e uma função, onde, *se um membro sofre, todos sofrem*, coloca a pessoa em sintonia com um trabalho coletivo, do qual **ela não somente vai receber ajuda, mas, a partir das suas potencialidades, vai poder também desenvolver um serviço de auxílio ao próximo** (WEBER, 2003, p.74 – grifo nosso).

Seguindo o mesmo princípio, Bonhoeffer diz que existem três tipos de auxílios prestados por cristãos: *ouvir*,⁴⁸ *colocar-se à disposição*⁴⁹ e *carregar*,⁵⁰ e que é dessa maneira que um cristão pode “servir com a

46 Expressão latina que quer dizer “diálogo mútuo e consolação dos irmãos”.

47 Cf. 1Coríntios 12.26; Romanos 12.15; Gálatas 6.2. Quando Lutero escreveu, em 1519, as “Catorze Consolações” para o príncipe-eleitor da Saxônia, Frederico, o Sábio, ele comentou o texto de 1Coríntios 12 dizendo: “Assim, quando sofro eu, já não sofro sozinho; sofrem comigo Cristo e todos os cristãos” (LUTERO, 1989, p.44).

48 “Assim como o amor a Deus começa quando ouvimos a sua Palavra, assim também o amor ao irmão começa quando aprendemos a escutá-lo. É prova de amor de Deus para conosco que não apenas nos dá a sua Palavra, mas também nos empresta o seu ouvido. [...] **ouvir pode ser um serviço maior do que falar**. Muitas pessoas procuram um ouvido atento, e não o encontram entre os cristãos porque esses falam também quando deveriam ouvir. Porém, quem não consegue ouvir o irmão, em breve também não conseguirá mais ouvir a Deus. [...] Devemos ouvir com os ouvidos de Deus, para poder falar com a sua Palavra” (BONHOEFFER, 2019, p.85-86 – grifo nosso).

49 “Constantemente, a cada dia, Deus interferirá em nossos caminhos e planos, colocando à nossa frente pessoas com suas exigências e solicitações. Podemos passar por elas, ocupados com os assuntos importantes do dia, à semelhança do sacerdote na parábola do bom samaritano, quem sabe lendo a Bíblia. Quando procedemos dessa forma, passamos ao largo do sinal da cruz erigido de maneira visível em nosso caminho e que quer nos mostrar que é o caminho de Deus que interessa e não o nosso. [...] **Somente quando não se poupam as mãos no serviço de amor e de misericórdia na disposição diária de ajudar, pode a boca anunciar com alegria e credibilidade a Palavra do amor e da misericórdia de Deus**” (BONHOEFFER, 2019, p.87 – grifo nosso).

50 “‘Carregai o peso uns dos outros, e assim cumprireis a Lei de Cristo’ (Gl 6.2). Portanto, a lei de Cristo é carregar pesos. **Carregar é sofrer**. [...] Essa é a lei de Cristo cumprida na cruz. Os cristãos tomam parte nessa lei. Devem suportar e carregar o irmão e, o que é mais importante, agora podem suportá-lo sob a lei de Cristo cumprida. [...] **É a comunhão do Corpo de Cristo que aqui se torna real. É a comunhão da cruz em que um tem que experimentar o fardo do outro**. Se não o experimentasse, não seria uma comunhão cristã. Se rejeitasse carregá-lo, negaria a lei de

palavra de Deus” (BONHOEFFER, 2019, p.90), tendo em vista que “nós não ‘servimos a Deus’, mas sim, ele é quem sempre nos serve; o que nós fazemos é servir ao nosso próximo” (VEITH JUNIOR, 2015, p.80). Com isso, é necessário que os cristãos se relacionem e acolham uns aos outros – inclusive os que não são membros da igreja a qual pertencem –, pois “o relacionamento do cristão com outras pessoas [...] é baseado no amor colocado em ação” (VEITH JUNIOR, 2015, p.79). Os membros do Corpo de Cristo “não podem se auto excluir no ministério terapêutico da igreja. [Eles precisam] aprender a dividir a dor, isto é, cooperar mutuamente com igual cuidado em favor uns dos outros” (SOUZA, 2017, p.89). Por conseguinte, como afirma Weber (2003, p.75), é fundamental que “o corpo de Cristo [esteja] disposto a ajudar esses irmãos com distúrbios mentais. Aceitá-los sem preconceito ou estigma no seio da igreja significa um sublime gesto de misericórdia”. E, para que isso se torne realidade, “a atitude dos cristãos deve ser a de mostrar ao enfermo que, mesmo neste estado, mesmo não compreendendo a razão da sua enfermidade, ele é amado por Deus e pelos seus irmãos na fé” (WEBER, 2003, p.75).

Nesse aspecto, Clinebell (1965, p.12 – tradução nossa) é extremamente preciso em sua análise:

Uma função básica que é prejudicada na pessoa que sofre de distúrbios mentais é a sua capacidade de dar e receber amor. [...] Dizer a uma pessoa que está debilitada na sua capacidade de amar, “O que você precisa é amar Deus e o seu próximo”, é como dizer a uma pessoa agarrada a um tronco no meio do oceano, “O que você precisa é de terra seca”. Nada poderia ser mais verdadeiro ou menos útil. Ao trabalhar em prol de uma saúde mental saudável ou de um melhor tratamento dos problemas de saúde mental, a igreja está implementando o seu propósito básico, reforçando a capacidade das pessoas de amar a Deus e ao próximo.

Esse *propósito básico* da igreja supracitado somente será alcançado quando ela encarnar o seu papel de comunidade poimênica e terapêutica, restaurando no indivíduo a capacidade de amar: 1) a Deus

Cristo. [...] Quem carrega sabe-se carregado [por Cristo e por outros irmãos], e somente com esta força poderá carregar” (BONHOEFFER, 2019, p.87-90 – grifo nosso).

acima de todas as coisas;⁵¹ 2) a si mesmo, como filho amado de Deus;⁵² 3) ao próximo como a si mesmo.⁵³ Todavia, isso não quer dizer que a igreja é comunidade terapêutica porque trata dos distúrbios mentais e emocionais das pessoas, mas porque cuida das pessoas em sua integralidade, a fim de que possam amar e serem amadas em meio ao sofrimento. É como afirma Clinebell (1965, p.119 – tradução nossa): “os grupos da igreja em geral não podem e não devem ser grupos ‘terapêuticos’, mas devem ser cada vez mais terapêuticos nos seus efeitos”. Dessa forma,

uma igreja local age melhor em prol da saúde mental quando é fiel à sua missão como igreja, e não quando tenta tornar-se uma agência de saúde mental. A sua rica contribuição para a saúde mental é o resultado da vitalidade transbordante da sua vida espiritual e interpessoal (CLINEBELL, 1965, p.125 – tradução nossa)

Por conseguinte, “essa é nossa missão, sermos o rosto que leva conforto, paz e cuidado. E isso nunca se faz sozinho. É presença do outro, é apoio mútuo, é comunhão em meio à dor. Precisamos uns dos outros na luta contra o sofrer” (HEIMANN, 2016, p.147), ainda mais considerando que *ser parte* da igreja de Cristo é estar dentro da “comunhão da cruz”⁵⁴ e ter parte em comum no sofrimento e no cuidado mútuo. Aliás, é por esse motivo que

O Novo Testamento usa o termo grego *koinonia* para descrever esse tipo de comunhão. Ele envolve a idéia [sic] de cristãos compartilhando juntos, levando os fardos uns dos outros, confessando mutuamente suas faltas, submetendo-se mutuamente, encorajando uns aos outros, e edificando um ao outro à medida que andam com o Senhor. Em uma palavra, a comunhão cristã é a expressão contínua do *amor* (COLLINS, 2005, p.166).

Em termos práticos, a ação poimênica e terapêutica da igreja acontecerá quando cada membro do Corpo de Cristo imitar a forma de

51 Cf. Lucas 10.27; Deuteronômio 6.5; Mateus 22.37.

52 Cf. Romanos 8.16; Gálatas 3.25-26; 1João 3.1.

53 Cf. Lucas 10.27; Levítico 19.18; Mateus 22.39.

54 Cf. BONHOEFFER, 2019, p.88.

Cristo agir⁵⁵ e se fazer presente na vida de quem sofre com o objetivo de tornar sua vida menos sofrida, pois conforme afirma Hoch (2003, p.98): “o relacionamento fraternal é a forma na qual se media e se experimenta concretamente o amor de Deus na comunidade”. Nesse sentido, torna-se necessário constantemente reafirmar que “a meta da igreja não é apenas resgatar o ser humano para uma redenção futura, mas para uma nova vida no presente, onde ele possa se sentir amado, acolhido, respeitado e motivado a participar da comunhão do corpo de Cristo e de sua missão” (WEBER, 2003, p.75). Como expressa Welch (2019, p.43): “o auxílio vem por meio de nosso envolvimento pessoal uns com os outros, de nosso foco em Cristo e da oração”, pois da mesma forma que a espiritualidade cristã afirma que Deus é pessoal,

nosso auxílio também é pessoal. Somos uma combinação de servos e amigos que, como servos, damos prioridade aos interesses dos outros, e, como amigos, acolhemos pessoas, desfrutamos delas, carregamos seus fardos e até mesmo compartilhamos o que está em nosso próprio coração. [Inclusive,] uma maneira segura de ser pessoal é orar. Isso demonstra que alguém está em nosso coração. A oração une nosso conhecimento dos outros, nosso amor por eles e nosso conhecimento de Deus e de suas promessas” (WELCH, 2019, p.45,47).

Como cristãos, nos alegamos com os que se alegram e choramos com os que choram,⁵⁶ pois “quando assim agimos, refletimos o caráter de Deus” (WELCH, 2019, p.46). Inclusive, para quem pensa que a igreja precisa se envolver mais na evangelização das pessoas, cabe o lembrete: “a relação de amor e solidariedade fraterna por si mesma já é um veículo importante do Evangelho” (HOCH, 2003, p.100).⁵⁷ E, embora muitos achem que não precisam de ajuda⁵⁸ ou que não são

55 Cf. Efésios 5.1,2; Filipenses 2.4-13.

56 Cf. Romanos 12.15.

57 Lotufo Neto (1984, apud WEBER, 2003, p.82) exemplifica: “Se a igreja local foi solidária, se ela ofereceu ao doente os recursos de que dispõe, se o pastor foi um forte ponto de apoio, e se houve uma relação de respeito e honestidade, [é provável que] o paciente desejará retomar suas atividades eclesiais [ou se engajar nelas] pelo apreço e sinceridade com que foi tratado”.

58 É compreensível pelo fato de que “receber ajuda é sempre difícil. Isso pode fazer que nos sintamos fracos ou inferiores e contradiz o individualismo rígido ao qual damos tanto valor” (COLLINS,

capazes de ajudar,⁵⁹ o simples fato de se fazer presente na vida de uma pessoa que sofre e se colocar ao lado dela demonstrando *compaixão* já será de grande valia no processo terapêutico – e é a partir da *compaixão* e do *serviço em amor* que será possível construir uma *rede de apoio*⁶⁰ na congregação local para auxiliar os que sofrem com depressão:

2005, p.200). Nesse caso, Burns (2015, p.44) ressalta que a decisão de *se ajudar* e aceitar ajuda é o que permitirá a sua melhora. A igreja pode ajudar as pessoas nesse aspecto ensinando que pedir ajuda não é sinal de fraqueza, e que esse estigma de “ser perfeito” ou “isento de problemas” só trará malefícios a elas. É como afirma Weber (2003, p.80): “a necessidade de estar constantemente à procura de algo ‘mais forte’ na caminhada da fé pode ser um indicador de questões internas mal-resolvidas”. Precisamos reconhecer que, “na verdade, somos todos fracos e necessitamos uns dos outros” (COLLINS, 2005, p.200). A forma como Welch trata essa questão é fantástica e merece ser mencionada: “todos nós somos santos, sofredores e pecadores que devem ser mais transparentes uns com os outros” (WELCH, 2019, p.28). Nesse aspecto, “a vida em Cristo começa com humildade. A humildade simplesmente reconhece nossos muitos pecados e limitações e, então, responde da seguinte forma: ‘Eu preciso de Jesus e preciso de outras pessoas’. Trata-se de um belo pacote que inclui a confiança no controle de Deus, a certeza do perdão e do amor do Senhor e uma franqueza que provém de descansar em Jesus, e não de ter de *ser* alguma coisa. Acontece que o simples reconhecimento de nossas necessidades e fraquezas abre as portas para a graça de Deus, na qual encontramos confiança, paz, segurança, sabedoria, força e liberdade nele” (WELCH, 2019, p.13). Por isso, “é fundamental que o pastor saiba agir com discernimento no que se refere ao alimento espiritual que está oferecendo ao seu rebanho e como se dão as relações no seio de sua congregação” (WEBER, 2003, p.80), tendo em vista que “a exclusão dos fracos é a morte da comunhão” (BONHOEFFER, 2019, p.82).

59 Também é compreensível ter essa sensação de incapacidade. Aliás, a “aproximação amorosa não é fácil nem natural para ninguém” (WELCH, 2019, p.20), ainda mais diante de uma pessoa enferma ou necessitada. Porém, ao deixarmos de nos aproximar delas “com muita frequência, silenciemos diante dos problemas dos outros. Silenciar é o mesmo que virar as costas” (WELCH, 2019, p.19). Caso isso se torne rotineiro – ver alguém sofrer e ser indiferente –, pode ser um mau sinal (cf. 1João 4.7-8). Como afirma Collins (2004, p.22): “É lamentável que muitas igrejas, hoje em dia, não passem de grupos de pessoas indiferentes e inflexíveis, que nunca admitem que têm necessidades ou problemas, que assistem a cultos maçantes por puro hábito, e que deixam a maior parte do trabalho nas mãos de um pastor sobrecarregado” (COLLINS, 2004, p.22). Precisamos ser lembrados constantemente de que a nossa trajetória como comunidade de fé é marcada pela dor e sofrimento, e que auxiliar alguém em necessidade é servir a Jesus Cristo (cf. Mt. 25.34-40). No que tange à aproximação amorosa, Collins (2004, p.129) nos ajuda: “pode ser útil usar frases de estímulo (mas sem sentimentalismo exagerado), falar sobre o modo como a depressão afeta as pessoas, estimular o aconselhando a falar (mas sem pressioná-lo), fazer perguntas, elogiar os progressos, e comentar passagens das Escrituras (sem pregar sermões). Procure evitar confrontações, perguntas exploratórias frequentes e cobranças, especialmente no começo [do tratamento da depressão]. Essas técnicas geralmente aumentam o grau de ansiedade e isso pode gerar mais desânimo e pessimismo”.

60 É importante que nessa rede de apoio “se busque uma integração [com] médicos, psicólogos e psiquiatras” (LOTUFO NETO, 1984, *apud* WEBER, 2003, p.82).

É muito importante que a Igreja organize e fortaleça redes de apoio. Num mundo marcado pelo egoísmo,⁶¹ onde cada pessoa procura os seus próprios interesses, faz-se necessário uma mudança de valores. Deixar de olhar para si mesmo, para enxergar o outro, é um ministério a ser realizado pela igreja cristã. E isto só será possível, se os eclesianos verdadeiramente cumprirem o mandamento bíblico de amar a Deus acima de todas as coisas e ao próximo como a si mesmos (Mt 22:37-39) (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2010, p.9).

Portanto, seguindo o ensino paradigmático de Jesus sobre o *amor ao próximo* por meio da personagem do bom samaritano, que teve compaixão do semimorto na estrada e cuidou dele, assim a igreja cristã – o Corpo de Cristo, formado pela *comunhão* dos membros – precisa atuar: enquanto caminharmos pela *estrada da saúde mental*,⁶² encontraremos diversas pessoas em um *estado de morte em vida*.⁶³ Podemos passar ao largo da estrada, sem nos importarmos com suas necessidades; ou podemos ter *compaixão*⁶⁴ e ir ao encontro delas, a fim de com a nossa presença cuidadora *servirmos em amor* por meio do *ouvir*, do *colocar-se à disposição* e do *carregar*.⁶⁵ Ao encarnarmos essa compreensão, tomaremos consciência de que *querer* ajudar não é suficiente, mas é preciso *saber* ajudar,⁶⁶ e essa ajuda pode ser prestada por intermédio do *ensino preventivo*, da *oração*, de uma *rede de apoio* e, se necessário, do *encaminhamento* das pessoas acometidas pela depressão a profissionais capacitados e de confiança – sem, com isso, abandoná-las durante o processo, pois cuidar requer acompanhar, e acompanhar requer estar junto. Dessa forma, a

61 Neste ponto, precisamos concordar que “as igrejas também são envolvidas pelo individualismo e demais valores pós-modernos” (BESSA, 2013, p.69).

62 Cf. CLINEBELL, 1965, p.11.

63 Cf. SILVA, 2016, p.229.

64 Cf. MURRAY, 2012, p.75. As palavras de Welch (2019, p.28,74) merecem destaque aqui: “Tenha compaixão quando há aflições, e haverá muitas (Jo 16.33). Quanto mais você caminhar com alguém, mais aflições ouvirá [...] Ao crescermos nesse cuidado espiritual uns pelos outros, de fato ouviremos relatos de lutas humanas muito mais intensas e complicadas do que imaginariamos possíveis[...] Ouviremos sobre assuntos de vida e morte. Ouviremos histórias que, a princípio, nos parecerão estranhas. [Essas] lutas estão por toda parte[...] Sabedoria, humildade e amor buscam o auxílio de quem tem mais experiência do que nós – pastores, amigos que passaram por problemas semelhantes e auxiliares profissionais. Isso é a igreja trabalhando em conjunto. Tudo começa com pequenos passos na direção dos outros; tudo começa com viver *juntos* uns dos outros”.

65 Cf. BONHOEFFER, 2019, p.90.

66 Cf. HEIMANN, 2016, p.172.

comunidade cristã exercerá o seu papel poimênico e terapêutico quando os crentes estiverem “dispostos não só a pertencer à igreja, mas a ser a igreja – uma comunidade de pecadores perdoados que se esforçam por se tornarem transmissores daquele amor não merecido que nos trouxe à vida espiritualmente” (CLINEBELL, 1965, p.125 – Tradução nossa). Em outras palavras, quando o Corpo de Cristo refletir o modo como Cristo amava e cuidava das pessoas: acolhendo os sofredores, dando-lhes esperança em meio ao sofrer e auxiliando-os a se reerguerem, a fim de prosseguirem pelo caminho da vida – e isso se torna possível pelo fato de os cristãos “não [estarem] sozinhos em suas atividades de ajuda [. Temos] o Espírito Santo em nós, que é uma fonte divina de força e sabedoria, guiando-nos enquanto falamos com pessoas perturbadas” (COLLINS, 2005, p.134). O Espírito Santo, chamado Conselheiro,⁶⁷ “tem a responsabilidade (uma delas) de lembrar os cristãos das palavras de Cristo e de suas promessas, que continuam as mesmas” (PORTE JÚNIOR, 2016, p.284), e a sua ação em nós servirá de motivação para nos consolarmos mutuamente e levarmos amparo nos momentos de dificuldade para os que precisam de apoio – inclusive os que sofrem de depressão –, tendo em vista que “socorrer e ajudar alguém em sua dor [é] uma das mais lindas faces do amor” (SILVA, 2016, p.63).

CONSIDERAÇÕES

A presente pesquisa constatou que a depressão é uma doença que está se manifestando fortemente na sociedade atual, acarretando muitas consequências na vida do indivíduo depressivo e daqueles que estão ao seu redor, uma vez que ela os incapacita de agirem e interagirem. Lamentavelmente, a pandemia e seus fatores estressores têm contribuído para o aumento e intensificação dos sintomas.

Evidenciou-se que não se pode negligenciar os tratamentos e os auxílios prestados aos que sofrem desse transtorno, pois eles são fundamentais para que seu bem-estar integral seja restaurado e/ou mantido, possibilitando a sua retomada às atividades e relacionamentos.

67 Cf. João 14.26. O termo grego *paráklētos* (παράκλητος), dependendo do contexto, pode ser traduzido por “consolador”, “conselheiro”, “ajudador” ou até mesmo “intercessor”, no sentido de advogar em favor de alguém (cf. 1Jo 2.1).

Foi salientado que a espiritualidade é uma dimensão inseparável do ser, e o seu envolvimento no tratamento tem-se mostrado eficaz na melhora da maioria dos pacientes, sendo considerada um fator de resiliência. Nesse aspecto, a espiritualidade cristã, bíblicamente fundamentada e hermeneuticamente correta, contribui imensamente no tratamento. Aliado a este fato, constatou-se a necessidade de os cuidadores formais e informais estarem juntos do indivíduo no processo de recuperação dos sintomas depressivos, ouvindo suas aflições, ajudando-o em suas necessidades e, sempre que houver oportunidade, também o consolando com a mensagem essencial da espiritualidade cristã: Cristo não nos abandona em meio ao sofrimento, pois o sofrer conosco faz parte da sua obra redentora em nosso favor.

A partir disso, foi observado que a igreja cristã não deve se preocupar apenas em atuar no âmbito espiritual, mas também deve cuidar da vida das pessoas em sua integralidade, tendo em vista que o ensino de Jesus acerca do amor ao próximo reflete-se na compaixão e no cuidado das necessidades do próximo. Os relatos sobre os primeiros cristãos nos mostram que, motivados pela compaixão, eles cuidavam das pessoas em necessidade, e por isso o amor ficou conhecido como a marca do cristão.

Assim, urge que os estigmas e preconceitos sobre a depressão sejam combatidos, de modo a que as pessoas a reconheçam como doença e que os acometidos por ela sejam ajudados em seus sofrimentos da melhor maneira, com os recursos que Deus possibilitou por meio da ciência e disponibilizou nos serviços em prol da saúde – que podem estar presentes no espaço da igreja local e na ação terapêutica de seus membros.

O desafio da igreja cristã no século 21, portanto, é reconhecer que tem uma grande contribuição poimênica e terapêutica para a comunidade local e a comunidade em geral, seja por meio do ensino a respeito da importância da prevenção e do cuidado com a saúde mental como parte da integralidade do ser, seja pela disposição em cuidar daqueles que sofrem de transtornos mentais, como a depressão, a fim de auxiliar na recuperação e na conservação do bem-estar do indivíduo por meio do serviço em amor. Para tanto, torna-se fundamental que os cristãos vivam juntos, caminhem juntos e sofram juntos, de modo que um apoie o outro e promova o bem-estar do corpo de Cristo, que é a igreja cristã.

Em vista disso, acrescentamos uma forma de cuidado sistêmico que pode ser implementada nas igrejas locais: o Projeto AcolheDOR,⁶⁸ que visa ser uma porta de acesso a serviços e cuidados de saúde mental e a um envolvimento comunitário de apoio por meio da criação de um grupo gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que quiserem participar e se apoiar mutuamente.⁶⁹ Para tanto, buscar-se-á parcerias com o CVV (Centro de Valorização da Vida) e os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) dos municípios, a fim de capacitarem os líderes voluntários do Projeto. Porém, é óbvio que “se uma igreja tem uma pessoa bem treinada no seu corpo de membros, não há razão para não considerar o apoio à terapia de grupo para pessoas mais perturbadas como uma expressão do seu ministério de cura” (CLINEBELL, 1965, p.122 – Tradução nossa). Tendo psicólogos cristãos na igreja local, também poderá se identificar mais facilmente casos em que seja necessário um possível encaminhamento para um momento de aconselhamento e/ou confissão particular com o pastor. A igreja local, por sua vez, disponibilizará seu espaço para que as reuniões comunitárias aconteçam, de forma que a comunidade geral possa ser beneficiada. Assim, de uma forma concreta, a comunidade cristã poderá promover a socialização das pessoas com transtornos mentais, possibilitando um lugar de escuta mútua e partilhamento de experiências, bem como cuidará da saúde mental da comunidade por meio do ensino e do amparo prestados por uma rede de apoio formada

68 Projeto Social elaborado por Matheus O. Herz, em meados de setembro de 2021, para a disciplina de Diaconia: Fundamentos Teológico-Práticos da Ação Social, referente ao programa de Pós-Graduação em Teologia e Ministério Pastoral pela ULBRA. Disponível em: <https://docs.google.com/presentation/d/14Z8XOPHq-ZF_W5xHPgNEha07_5v0kD7EcI81mAypzml/edit?usp=sharing>

69 Rieth (2002, p.52) traz a seguinte reflexão: milhares de pessoas fazem parte do corpo de Cristo e estão ligados a nós como se fôssemos irmãs e irmãos, tendo em vista que fomos adotados pelo mesmo Pai por causa de Jesus, que se fez nosso irmão (cf. Gl 4.4-7). Porém, como nós não podemos abraçar o mundo inteiro, o que se espera de nós é que convivamos em amor com nossos irmãos da comunidade local, uma vez que “a maioria de nós jamais mudará toda uma sociedade ou toda uma cultura, mas cada um de nós pode ter influência sobre a pessoa ou pessoas mais próximas” (COLLINS, 2005, p.80). Por conseguinte, deve-se ressaltar que “a comunidade é terapêutica, na medida em que possui um caráter diaconal, ou seja, de serviço. Este caráter é vivido dentro do contexto da própria comunidade, onde um auxilia e cuida do outro. [E] ele também é vivido para além dos contornos da comunidade, em relação a pessoas e grupos à sua margem” (NOÉ, 2003, p.11).

por pastor(es), membros da igreja e profissionais da saúde. Ao apoiarem-se mutuamente, poderão estender a mão para cuidar daqueles que estão à sua volta, atuando “como rede de apoio em uma proposta terapêutica sistêmica” (HEIMANN, 2016, p.169).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, Jay E. *O Manual do Conselheiro Cristão*. Trad. João Bentes. São José dos Campos: Editora Fiel, 2006.
- ANDRADE, Aíla Luzia Pinheiro. A teologia e o sofrimento no contexto pós-moderno: pistas para o aconselhamento pastoral. *Revista Estudos Teológicos*. São Leopoldo, v.56, n.2, p.321-330, jul./dez.2016.
- BARROS, Marilisa Berti de Azevedo *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília, v.29, n.4, p.1-12, set.2020.
- BAXTER, Richard. *Superando a tristeza e a depressão com a fé*. Trad. Daniel Oliveira. São Paulo: Vida Nova, 2015.
- BECK, Aaron T.; ALFORD, Brad A. *Depression: causes and treatment*. 2.ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2009.
- BESSA, Daniela Borja. Aconselhamento pastoral: desafio para a igreja local. *Revista Via Teológica*. [s.l.], v.14, n.28, p.62-74, dez.2013.
- BÍBLIA. Português. *Bíblia de Estudo Conselheira*. Trad. João Ferreira de Almeida. 3.ed. Rev. e Atual. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2019.
- BONHOEFFER, Dietrich. *Vida em comunhão*. 11.ed. Trad. Ilson Kayser. São Leopoldo: Sinodal, 2019.
- BURNS, David D. *Antidepressão: a revolucionária terapia do bem-estar*. Trad. Maria Luisa de Abreu Lima Paz. São Paulo: Cienbook, 2015.
- CHACHAMOVICH, Eduardo *et al.* Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. [s.l.], v.31, supl.1, p.S18-25, 2009.
- CLINEBELL, Howard J. *Mental Health Through Christian Community*. Nashville: Abingdon Press, 1965.
- COLLINS, Gary R. *Aconselhamento cristão: edição século 21*. Trad. Lucília Marques Pereira da Silva. São Paulo: Vida Nova, 2004.

_____. *Ajudando uns aos outros pelo aconselhamento*. Trad. Neyd Siqueira. São Paulo: Vida Nova, 2005.

COUTINHO, Maria P. L. *et al.* Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Revista Psico-USF*. [s.l.], v.8, n.2, p.183-192, jul./dez.2003.

ESSER, H. H. Misericórdia. In: COENEN, L.; BROWN, C. *Dicionário Internacional de Teologia do Novo Testamento*. Trad. Gordon Chown. 2.ed. v.1. p.1294-1302. São Paulo: Vida Nova, 2000.

ESWINE, Zack. *A depressão de Spurgeon: esperança realista em meio à angústia*. Trad. Spurgeon's Sorrows. São José dos Campos: Fiel, 2015.

FLECK, Marcelo P. *et al.* Revisão das diretrizes da Associação Médica brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. [s.l.], v.31, supl.1, p.S7-17, 2009.

GONÇALES, Cintia A. V.; MACHADO, Ana L. Depressão, o Mal do Século: de que século? *Revista Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.298-304, abr./jun. 2007.

GUIMARÃES, Hélio P.; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista Psiquiatria Clínica*. [s.l.], v.34, supl.1, p.88-94, jan.2007.

HECKERT, Uriel. Tristeza, melancolia, depressão. In: BAXTER, Richard. *Superando a tristeza e a depressão com a fé*. Trad. Daniel Oliveira. São Paulo: Vida Nova, p.11-19, 2015.

HEIMANN, Thomas. Depressão e Outras Doenças da Alma e Espírito. In: *Tópicos especiais em psicologia e teologia*. Canoas: ULBRA, p.151-177, 2016.

_____. Lutero e o Aconselhamento. In: *Princípios teológicos de aconselhamento*. Canoas: ULBRA, p.206-229, 2016.

_____. Sofrimento, Resiliência e Fé. In: *Tópicos especiais em psicologia e teologia*. Canoas: ULBRA, p.125-149, 2016.

HOCH, Lothar Carlos. A Comunicação como Chave do Aconselhamento Pastoral. In: HOCH, Lothar Carlos; NÓE, Sidnei Vilmar (Orgs.). *Comunidade Terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda*. São Leopoldo: Sinodal, p.96-106, 2003.

KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Revista Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v.34, supl.1, p.95-104, 2007.

LINDEN, Gerson Luis. Destaques da vida de Jesus conforme o Novo Testamento. In: LINDEN, Gerson Luis; SCHOLZ, Vilson. *Cristologia do Novo Testamento*. Canoas: ULBRA, p.21-34, 2010.

_____. Títulos cristológicos de Jesus: Profeta, Servo, Sumo Sacerdote. In: LINDEN, Gerson Luis; SCHOLZ, Vilson. *Cristologia do Novo Testamento*. Canoas: ULBRA, p.35-46, 2010.

LOUW, J. P.; NIDA, E. A. *Léxico Grego-Português do Novo Testamento baseado em domínios semânticos*. Trad. Vilson Scholz. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2013.

LUTERO, Martinho. Catorze Consolações. In: *Obras Selecionadas de Lutero*, v.2, São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, p.11-48, 1989.

MURRAY, David P. *Crente também tem depressão*. Trad. Gumercinda Oliveira e Marcio Sobrinho. Recife: Os Puritanos/Clire, 2012.

NÓE, Sidnei Vilmar. Ideias Introdutórias ao Conceito Comunidade Terapêutica. In: NÓE, Sidnei Vilmar; HOCH, Lothar Carlos (Orgs.). *Comunidade Terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda*. São Leopoldo: Sinodal, p.7-11, 2003.

NOVO TESTAMENTO *interlinear grego-português*. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2004.

NUNES, Catarina R. C. *Depressão e religiosidade em desempregados de meia-idade*. 2015. 75 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Lisboa (ULisboa), Lisboa, 2015.

OLIVEIRA, Márcio Divino; NOGUEIRA, Paulo Dias. Resiliência, fé e práxis pastoral: a igreja como agente de fé resiliente. *Vox Faifae: Revista de Ciências Humanas e Letras das Faculdades Integradas da Fama*. [s.l.], v.2, n.1, p.1-14, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2020. *COVID-19: Intervenções recomendadas em Saúde Mental e apoio psicossocial (SMAPS) durante a pandemia*. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53017/OPASBRANMHMCOVID-19200026_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 out.2021.

_____, [s.d.]. *Depressão*. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>>. Acesso em: 6 out.2021.

PERES, Julio F. P. *et al.* Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v.34, supl.1, p.136-145, 2007.

- PIPER, John. *Quando a escuridão não passa: vivendo com esperança em Deus em meio à depressão*. Trad. Vanderlei Ortigoza. São Paulo: Vida Nova, 2019.
- PORTE JÚNIOR, Wilson. *Depressão e graça: o cuidado de Deus diante do sofrimento de seus servos*. São José dos Campos: Fiel, 2016.
- POWELL, Vania B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. [s.l.], v.30, supl.2, p.S73-80, 2008.
- RIETH, Bruno Felipe. *Comunidade com o jeito de Jesus*. Porto Alegre: Concórdia, 2002.
- SCHUBERT, Waldir Humberto. A Intervenção Pastoral em Casos Depressivos. In: HOCH, Lothar Carlos; NÓE, Sidnei Vilmar (Orgs.). *Comunidade Terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda*. São Leopoldo: Sinodal, p.84-95, 2003.
- SILVA, Ana Beatriz B. *Mentes depressivas: as três dimensões da doença do século*. São Paulo: Principium, 2016.
- SILVA, Antônio Geraldo et al. Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. [s.l.], v.42, n.3, p.229-231, mai./jun.2020.
- SOLOMON, Andrew. *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Trad. Myriam Campello. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
- SOUZA, Sérgio Aparecido. O Aconselhamento Pastoral com Membros da Igreja Local Acometidos de Depressão. *Discernindo – Revista Teológica Discente da Metodista*. São Paulo, v.3, n.3, p.75-94, jan./dez.2017.
- VEITH JUNIOR, Gene Edward. *Espiritualidade da Cruz*. Trad. Paulo S. Albrecht. 2.ed. Porto Alegre: Concórdia, 2015.
- WATSON, Philip S. *Deixa Deus ser Deus*. Trad. Paulo F. Flor. Canoas: ULBRA, 2005.
- WEBER, Gilberto C. O Doente Mental e a Igreja. In: HOCH, Lothar Carlos; NÓE, Sidnei Vilmar (Orgs.). *Comunidade Terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda*. São Leopoldo: Sinodal, p.72-83, 2003.
- WELCH, Edward T. *Aconselhando uns aos outros: 8 maneiras de cultivar relacionamentos saudáveis dentro da igreja*. Trad. Vinicius Pimentel. São José dos Campos: Fiel, 2019.