

## **A Depressão Maior sob a óptica da Psicologia Aristotélico-Tomista: relato de um caso clínico**

### **Major Depression from the Aristotelian-Thomistic Psychology point of view: a clinical case report**

Rogério Neiva Peixoto<sup>1</sup>

#### **Resumo**

Nos quatro anos em que o autor atua como oficial médico dentro da Polícia Militar do Paraná (PMPR), no município de Ponta Grossa (PR), tem-lhe chamado a atenção o número expressivo de afastamentos laborais por causas psiquiátricas, principalmente pelos transtornos de humor e, dentro desses, os episódios depressivos maiores são bastante relevantes. O presente relato examina, à luz dos pressupostos da Psicologia Aristotélico-Tomista, o quadro clínico de uma policial militar na casa dos 30 anos, tratada de forma convencional com medicamentos e psicoterapia, com melhora parcial de sua sintomatologia. Embora seculares, tais pressupostos trazem importantes esclarecimentos sobre o binômio corpo-mente, permitindo um melhor entendimento dos transtornos de humor, principalmente dos transtornos depressivos, como é o caso.

#### **Palavras-chave**

Psicologia Tomista. São Tomás de Aquino. Aristóteles. Depressão.

#### **Abstract**

In the four years that the author has worked as a medical officer in the Military Police of Paraná (PMPR), in the municipality of Ponta Grossa (PR), he has been struck by the significant number of sick leave due to psychiatric causes, mainly due to mood disorders, and, within these, major depressive episodes are quite relevant. This report examines, in the light of the assumptions of Aristotelian-Thomistic Psychology, the clinical picture of a military policewoman in her 30s, treated conventionally with medication and psychotherapy, with partial improvement of her symptoms. Although secular, such assumptions bring important clarifications about the body-mind binomial, allowing a better understanding of mood disorders, especially depressive disorders, as is the case.

#### **Keywords**

Thomistic Psychology. St. Thomas Aquinas. Aristotle. Depression.

---

<sup>1</sup> Médico com especialização em Cirurgia Geral pela Santa Casa de Belo Horizonte, Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, MBA Executivo em Administração e Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas, Diretor de Relações Institucionais do Instituto De Anima e Perito da Junta Médica da Polícia Militar do Estado do Paraná. E-mail: [rogerioneivapeixoto@gmail.com](mailto:rogerioneivapeixoto@gmail.com). Este artigo foi originalmente apresentado no 1º Congresso Aristotélico-Tomista de Psicologia, promovido pelo Instituto De Anima entre 18 e 31 de maio de 2023, e está sendo publicado nesta revista com expressa autorização do autor.

## **Introdução**

Nos quatro anos em que o autor deste relato atua como oficial médico dentro da Polícia Militar do Paraná (PMPR), no município de Ponta Grossa (PR), tem-lhe chamado a atenção o número expressivo de afastamentos laborais por causas psiquiátricas, principalmente pelos transtornos de humor e, dentro desses, os episódios depressivos maiores são bastante relevantes. De fato, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) é muito prevalente e pode ser considerado como um problema de saúde pública (QUEVEDO; IZQUIERDO, 2020, p. 187). Estima-se que, no mundo, a prevalência pontual do TDM esteja em torno de 4,4 a 4,7% e que a prevalência na vida seja de até 16,2% (DALGALARRONDO, 2019, p. 344). Embora a Polícia Militar do Paraná (PMPR) ainda não tenha dados oficiais acerca dos afastamentos por transtornos de humor, a percepção do autor é de que os afastamentos por TDM são bastante relevantes, motivando o presente relato de caso clínico.

Apesar de inúmeros grupos de pesquisadores se dedicarem à investigação da fisiopatologia do TDM, sua origem ainda não é completamente compreendida, podendo ser multifatorial. Várias são as hipóteses, destacando-se, entre elas, desde a teoria da depressão desencadeada pelo estresse, a depressão como processo inflamatório, a depressão como oriunda de distúrbios da microbiota gastrointestinal, o TDM como transtornos dos neurotransmissores e/ou de seus receptores na fenda sináptica, até as teorias que advogam a depressão como resultante de transtornos nas vias de sinalização neuronal (QUEVEDO; IZQUIERDO, 2020, p. 188-193).

Todas essas teorias não são necessariamente excludentes, mas têm em comum o olhar centrado no componente material do ser humano, ou seja, seu corpo. É exatamente este viés que os pressupostos da Psicologia Aristotélico-Tomista vêm aperfeiçoar. Para Aristóteles e São Tomás de Aquino, como veremos abaixo, o ser humano não é somente matéria, mas matéria e forma. A negação do componente formal do homem – chamada por estes autores de alma intelectual – empobrece muito o entendimento do TDM e, de certa forma, restringe bastante suas opções terapêuticas.

## **Apresentação do caso clínico**

Trata-se de uma policial militar que compareceu espontaneamente ao Serviço de Perícias Médicas da PMPR e requereu à Assistente Social que alguém lhe tirasse sua arma de fogo, pois queria se matar, sendo atendida em regime de urgência pelo autor deste texto.

Ela está na casa dos 30 anos, contando um pouco mais de 10 anos de serviço. É estudante do ensino superior nas horas de folga. Mora sozinha e reside na cidade em que trabalha. Pais falecidos. Tem quatro irmãos, que moram em outra cidade, com quem tem contato regular, mas um tanto superficial e, em geral, apenas por meios eletrônicos virtuais. Solteira. Nuligesta. Refere alguns poucos amigos entre os vizinhos de sua residência, mas não frequenta suas casas. De modo semelhante ocorre com os colegas de faculdade, que considera boas pessoas, mas não lhes tem proximidade. “Não tenho ninguém com quem desabafar”, pondera, informando que não se abre sobre seus problemas nem com seus familiares, por não querer preocupar ninguém.

Histórico pessoal e familiar preocupantes. O pai suicidou-se, por enforcamento, quando a militar tinha 17 anos de idade. Foi ela que primeiro encontrou o corpo do pai, pendurado em uma árvore no terreno da casa da família, ao chegar em casa com sua

mãe e irmãos. Sua mãe e uma irmã cuidaram de retirar o corpo e de providenciar o velório. Não soube esclarecer se o pai sofria ou não de algum problema psiquiátrico, embora ache que sim. “Talvez o pai sofresse de depressão”, pondera. A mãe morreu de infarto agudo do miocárdio fulminante, sete anos depois deste fato, nunca tendo apresentado história de transtornos de saúde mental.

A paciente refere tratamento cirúrgico de Síndrome Aderencial Pélvica secundária à endometriose, em 2010. Apresentou episódio de Depressão Maior, em 2014, tratado também com medicamentos, embora não os saiba especificar. À época, reiniciou atividades físicas intensas, pois já era atleta, o que lhe ajudou a combater o quadro psiquiátrico, tendo chegado a retomar seus níveis anteriores de desempenho físico e superado a doença. Desafortunadamente, cerca de seis anos depois, apresentou grave quadro de lesão tendinosa, que lhe forçou a abandonar os treinos, tornando-se consequentemente sedentária. Ao final deste longo período de convalescença ortopédica, que durou muitos meses, os sintomas de anedonia, avolia e tristeza na maior parte do dia retornaram progressivamente, até culminarem com a grave crise de ideias suicidas citada no início deste texto.

Perguntada, informa dificuldades em se concentrar e reter os conteúdos ensinados na faculdade, cuja duração prevista inicialmente para cinco anos já foi extrapolada em mais do dobro. Explicou que as dificuldades de horário impostas pela rotina do serviço policial-militar fizeram com que tivesse que parar o curso algumas vezes. Contudo, a frequência à sala de aula é praticamente a única atividade que consegue lhe desfocar um pouco dos seus problemas; do contrário, se dependesse de sua vontade, não sairia de casa para mais nada.

Às dificuldades de concentração e memória somaram-se episódios de ansiedade, dispneia, falta de ar, palpitações e fadiga, compatíveis com episódios de pânico. Passou também a apresentar sinais de dispepsia, azia, distensão abdominal e diarreia. Para sua própria surpresa, refere que toda a propedêutica de imagens a que se submeteu – tomografia de abdome total, endoscopia digestiva alta e baixa – resultou normal. Entretanto, a testagem para intolerância à lactose, que inicialmente era negativa, passou para positiva, em uma segunda amostragem, acrescenta.

Queixa-se ainda de cefaleia crônica, pulsátil e em pontadas, de topografia frontoparietal bilateral, que relaciona, no tempo, ao recebimento de duas doses das vacinas contra o novo coronavírus. Mesmo assim, desenvolveu quadro da COVID-19. Apresenta também dificuldades para dormir, chegando a ficar insone algumas noites. Em geral, dorme cerca de quatro horas por noite. No momento está licenciada do serviço policial-militar, mas teme seu retorno ao trabalho nas condições em que se encontra. Refere professar a religião Católica, mas que está afastada de toda e qualquer celebração litúrgica; todavia, ressalta que “reza bastante”.

Perguntada sobre a ideiação suicida, minimizou o fato. Respondeu que se tratou apenas de um momento de desespero, mas que, nunca chegou realmente a planejar um possível suicídio, principal e unicamente por causa de seu animal de estimação, que possui há 11 anos e é sua única companhia. Considera que “seria uma covardia com o bichinho”, pois não haveria ninguém mais para alimentá-lo e cuidar dele. Nega histórico de lesões auto infligidas. Nega uso de fumo, álcool ou drogas ilícitas. Iniciou recentemente (menos de um mês) o uso de setralina 50 mg e zolpidem 10 mg, ambos uma vez ao dia, mas ainda não notou melhora alguma no quadro.

Ao exame clínico: chorosa, face tristonha, abatida, cabisbaixa. Vestida com trajes de ginástica, predominantemente bem escuros, sem nenhum desenho ou padrão em cores mais alegres. Vestida com um moletom bem folgado por cima de tudo, a despeito de não estar frio. Emagrecida em relação à última vez que lhe atendi em consulta médica (altura: 1,69 m. Peso: 63 Kg. IMC: 22,05 Kg/m<sup>2</sup>). Lúcida. Bem orientada no tempo e no espaço. Marcha lentificada. Informa bem, mas a fala é monótona, monocórdica. Mãos sempre dentro dos bolsos, com gestos contidos. Sem outras alterações perceptíveis de motricidade.

Apresenta hipoprosexia, humor visivelmente deprimido, afeto congruente, inteligência normal, com pensamentos de conteúdo prevalentes de pessimismo, centrados na tristeza que ora vivencia, de fluxo lento, mas de estrutura lógico-formal preservada. Atenção fixada nos vários cenários possíveis que vislumbra, quando do seu futuro retorno ao trabalho, todos ruins ou catastróficos. Consciência do "eu" físico e psíquico preservada. Não apresenta ideias delirantes. Nega ouvir vozes ou quaisquer outros tipos de alucinações, tanto no presente exame, quanto no passado.

### **Hipótese diagnóstica**

Conforme critérios estabelecidos na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a militar foi diagnosticada como apresentando um episódio de Transtorno Depressivo Maior, episódio atual severo, sem sintomas psicóticos (CID-11: 6A71.3), por apresentar, há várias semanas, quadro de humor deprimido na maior parte do dia, acentuada anedonia em praticamente todas as atividades diárias, insônia quase todos os dias, retardo psicomotor evidente, fadiga durante quase todo o dia, hipoprosexia diária, com sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no seu funcionamento social e profissional. Corroborou o diagnóstico o relato de pelo menos um episódio depressivo maior há cerca de oito anos atrás. Finalmente, a história familiar era preocupante o suficiente para se suspeitar da presença da Depressão Maior no pai da paciente, que terminou por se matar.

### **Pressupostos Teóricos**

Há alguns conceitos filosóficos importantes para se entender o presente caso à luz da Psicologia Aristotélico-Tomista. O primeiro deles é que, segundo Aristóteles, o ser humano é composto por matéria e forma, sendo, portanto, um ser hilemórfico (adjetivo formado por *hylé*, ou matéria, e *morphe*, ou forma). O segundo é que o ser humano possui potências (capacidades ou possibilidades de ação), podendo ou não executá-las, ou, mais precisamente, colocá-las em ato ou atualizá-las.

Segundo São Tomás (2016), os corpos materiais por si mesmos não poderiam ser princípio de vida. Se o fossem, todos os corpos teriam vida, e isso não ocorre. Tanto é assim que, aos seres com vida chamamos animados, e aos sem vida, inanimados. Tomemos, por exemplo, o corpo humano sem vida. Por um lado, caso este tivesse vida por si mesmo, não haveria cadáveres porque nunca haveria mortes. Por outro lado, o corpo é materialmente idêntico instantes antes e instantes depois da morte. Qual é o fator que provoca a completa diferença que há entre o corpo de um vivo e o de um morto? Segundo a teoria hilemórfica a resposta é simples: falta-lhe a forma substancial que informa e atualiza aquela matéria a qual, informada por ela, é um corpo humano e, sem ela, um aglomerado de matéria orgânica que logo entrará em decomposição.

Por isso São Tomás (2016) afirma que a alma é a forma e o princípio primário da vida do corpo. Como a vida se manifesta por operações diversas, segue-se que é pela alma que primariamente nos nutrimos, movemo-nos localmente, sentimos, desejamos, inteligimos e queremos. Todos esses atos só são possíveis porque possuímos as potências de realizá-los, uma potência para cada ato ou grupo de atos. Tais potências, enquanto realidades formais, estão radicadas na forma do corpo humano. Esta é a razão pela qual, em sentido contrário, o corpo material inanimado é incapaz de atualizar qualquer uma das potências do ser humano. Quais são estas potências?

Como sintetiza Cavalcanti Neto (2012), São Tomás distingue quatro tipos de potências: as cognoscitivas, as apetitivas, a locomotora e a vegetativa. As primeiras são divididas em inteligência, sentidos internos (sentido comum, imaginação, memória e cogitativa) e sentidos externos (visão, audição, tato, olfato e paladar). As segundas são divididas em apetite racional (também chamada vontade ou livre-arbítrio), apetite sensitivo (que tem como ato as paixões ou emoções: ira, amor/ódio, alegria/tristeza, desejo/aversão, esperança/desespero, coragem/medo) e apetite natural. A potência locomotora nos faculta o movimento corporal e a vegetativa sua nutrição, reprodução e desenvolvimento. Como observa este mesmo autor, o funcionamento adequado dessas potências acontece quando a inteligência governa a vontade e, estas, as demais potências do composto hilemórfico humano (CAVALCANTI NETO, 2015).

Mas, para entendermos o que seria o funcionamento adequado das potências, ainda é necessário introduzir o conceito de hábito e de comportamento, segundo o enfoque Aristotélico-Tomista. Hábito é aquilo que adquirimos, em geral, pela repetição constante de determinados atos, facilitando, com o tempo, a realização destes (BRENNAN, 1969). É uma ação originariamente espontânea ou livre, voluntária, que depois se fixa com o exercício, de tal forma que pode chegar até a ser repetida sem a intervenção do raciocínio e da consciência.

Segundo Aristóteles (apud ABBAGNANO, 2007), o hábito está entre a potência e o ato. É como que uma potência adquirida. Sendo assim, em relação à potência, ele é ato. Em relação ao ato, ele é potência. O hábito é simultaneamente causa da capacidade de agir e resultado de nossas ações. O hábito se relaciona de forma específica com sua potência. A potência, determinada por dado hábito, é melhor capacitada para realizar posteriormente os hábitos da mesma natureza, e isso é facilmente comprovado pela experiência cotidiana. O que inicialmente nós somos capazes de fazer apenas à custa de grande esforço e com dificuldade, pois nossas capacidades ainda estão cruas e não condicionadas pelo hábito, o fazemos posteriormente com grande facilidade e destreza, porque nossas potências foram aperfeiçoadas pelo hábito.

Os atos habituais tendem a ser agradáveis porque são prontamente realizados pelas nossas potências, quase sem esforço. Eles são favorecidos pelo toque da certeza advindo da prática constante e da longa familiaridade com os objetos sobre os quais são exercidos. Os atos assim realizados podem chegar a uma tal perfeição que o hábito, fonte deles, adquire as feições de uma segunda natureza (BRENNAN, 2016, p. 206-207). Neste sentido, o hábito é, de certa forma, muito semelhante à natureza, pois “frequentemente” e “sempre” são conceitos muito próximos: natural é aquilo que é acontece sempre, enquanto que hábito é aquilo que ocorre frequentemente. Quando os hábitos estão de acordo com a natureza do indivíduo, são considerados saudáveis.

Em suma, do exercício das potências surgem os atos humanos e da frequência desses atos surgem os hábitos. Os atos e os hábitos, por sua vez, constituem nosso comportamento, donde a importância da adequação de uns e de outros para o equilíbrio

comportamental. Em outros termos, dado que a adequação ou inadequação dos atos e hábitos condicionarão o comportamento e o farão, em consequência, equilibrado ou desequilibrado, eles se tornam especial objeto da atenção terapêutica dos transtornos psíquicos e, até certo ponto, de vários outros tipos de transtornos (por exemplo, os hábitos alimentares sobre a saúde digestiva, os posturais sobre a ortopédica, etc.).

Os hábitos podem ser adequados ou inadequados, razão pela qual não devem ser tratados com indiferença. Ao contrário, é muito conveniente que o ser humano adquira hábitos adequados e se desabitué dos inadequados. Uma vez adquiridos, eles devem ser colocados em perspectiva, ou seja, devidamente avaliados em função do benefício ou desvantagem que trazem para o comportamento (BRENNAN, 2016).

Em outros termos, se os hábitos forem positivos, influenciarão o comportamento no sentido de torná-lo equilibrado, além de beneficiarem a saúde corporal como um todo, pois o ser humano é hilemórfico. Em sentido oposto, se os atos e os hábitos ocorrerem do modo contrário à harmonia do funcionamento das potências, favorecerão o desequilíbrio do organismo, tanto mental quanto corporal. Se o desequilíbrio for predominantemente orgânico, dele resultarão doenças predominantemente orgânicas; se o desequilíbrio for predominantemente psíquico, dele surgirão as doenças predominantemente psíquicas (CAVALCANTI NETO, 2015).

Por exemplo, um indivíduo obeso e diabético deve perder peso e abster-se parcialmente de carboidratos, mas não consegue parar de ingerir alimentos hipercalóricos. Ele sabe intelectualmente que deve abster-se deles, mas o hábito inadequado de ingeri-los imoderadamente, adquirido, por vezes, desde a infância, torna a aquisição de hábitos adequados mais difícil. Surgirão, em decorrência, o descontrole dos níveis glicêmicos e a piora da obesidade, podendo levar à lesão de órgãos-alvo com o passar do tempo. Tais efeitos somáticos poderão dar origem a sentimentos de tristeza, desespero e medo. Sua imaginação, em consequência, poderá funcionar de modo também descontrolado, produzindo cenários catastróficos como, por exemplo, o de futuras idas ao pronto-socorro quando de um infarto agudo do miocárdio, ou de uma cirurgia de amputação de membro inferior.

Tais imaginações, reforçadas por memórias das vezes que já precisou ser atendido ou de outras pessoas que o foram, farão com que sua potência cogitativa ative o apetites sensitivo, o qual, como tem por atos as paixões, ou emoções, desencadeará as correspondentes às situações imaginadas. Surgirão medos e preocupações, consolidando um estado de ansiedade, por vezes generalizada. O progresso desta poderá monopolizar cada vez mais a atenção do indivíduo, podendo levá-lo a apresentar crises de pânico. E assim por diante. São situações que nós, médicos, vemos frequentemente no consultório.

O enfoque filosófico dos problemas de saúde pode, portanto, favorecer enormemente a compreensão da gênese das enfermidades psíquicas e até somáticas. É o que comentam autores como, por exemplo, Abramson e Brown (2019), especialistas em Psicologia comparada e que têm apresentado diversos estudos empíricos nesta área, quando observam que o enfoque filosófico pode e até deve ser usado para embasar estudos empíricos. A falta dessa abordagem filosófica, segundo eles, está relacionada com o que chamam de Psicologia fragmentada existente em nossos dias.

## **Raciocínio diagnóstico**

Retomando o exame do caso clínico que aqui reportamos, ao aplicar-lhe os pressupostos da Psicologia Aristotélico-Tomista, vemos que a policial militar apresentava alguns hábitos adequados, como os exercícios físicos frequentes, a frequência a uma universidade, seus planos de carreira, etc. Mas apresentava também hábitos deletérios, como a distância proposital (ou pelo menos pouco compreensível) em relação aos seus familiares, a tendência ao isolamento, a ausência de vida social, o uso abusivo de redes sociais como substitutivo da interação interpessoal real.

A lesão ortopédica (tendinosa) sofrida pela militar parece ter sido um ponto de inflexão para pior em sua vida, pois, como ela própria veio a esclarecer mais tarde, usava a atividade física como lenitivo para seus problemas. Uma vez comprometida, de modo súbito e ainda que parcial, a potência locomotora da paciente e momentaneamente perdida sua capacidade laboral, pode-se observar o progressivo, nítido e grave desequilíbrio de suas demais potências, culminando com o pedido de socorro, com que iniciamos este relato.

Do ponto de vista aristotélico-tomista, podemos considerar que sua inteligência e sua vontade haviam perdido o natural governo que devem exercer sobre os apetites sensitivos, os quais, através dos seus atos, isto é, de paixões como a aversão, o medo, a tristeza e o desespero, haviam quase assumido o comando do seu comportamento, comando este refletido em sua linguagem corporal, no uso de vestimentas com cores escuras, na pobreza dos gestos e na monotonia da voz. Atuaram da mesma forma sua imaginação e sua memória, levando-a a figurar cenários futuros necessariamente ruins, que comprometeriam seu retorno ao trabalho, parecendo resgatar experiências dolorosas passadas, ao mesmo tempo que relegavam ao esquecimento os bons acontecimentos de sua vida.

Este predomínio desequilibrado das emoções, da memória e da imaginação sobre a inteligência e a vontade da paciente acabaram fazendo com que sua atenção ficasse fixada em seus problemas, o que só contribuiria para aumentar suas emoções de ódio, desespero e tristeza, além de prejudicar o pleno exercício de sua capacidade intelectual de julgamento e raciocínio, bem como do seu livre-arbítrio.

Esse desequilíbrio no uso das potências não poderia deixar de ter como resultado a realização desequilibrada dos seus respectivos atos, e a repetição destes, o estabelecimento de hábitos inadequados, favorecendo prejuízos comportamentais como o apego desordenado ao animal de estimação, a desconfiança das pessoas, o isolamento social, o afastamento de seus familiares, o sedentarismo, a perda do apetite com emagrecimento, a perda do sentido da vida, terminando com pensamentos de morte, embora negasse ideiação suicida. Mas não seria de estranhar que esta fosse o próximo passo desse processo mórbido.

## **Orientação terapêutica**

Na condição de médico perito, o autor deste relato fica legalmente impedido de interferir na conduta dos médicos assistentes, limitando-se quando muito a orientar o periciando ou, por vezes, a sugerir que busque a opinião de um segundo médico, caso o periciando se mostre descontente com o atual desenrolar de seu tratamento. Assim sendo, no caso concreto, a militar foi esclarecida sobre a importância de manter o

seguimento psiquiátrico de forma consistente, podendo também iniciar tratamento psicoterápico concomitante, além de retomar hábitos de vida saudáveis.

### **Primeiro retorno à perícia**

Cerca de dois meses depois, a policial militar retornou à perícia médica para reavaliação. Havia iniciado um acompanhamento com médico psiquiatra e com um clínico geral, pelo serviço público, mas ainda de forma irregular e inconsistente. Realizou apenas uma consulta com cada um deles, nesse período. Afirmou não ter intenção de iniciar uma psicoterapia e permanecia quase que reclusa em sua casa. Apresentava também grande aversão ao ambiente de trabalho, que encarava como lhe sendo deliberadamente hostil. Explicou ter sido várias vezes vítima de arbitrariedades de seus superiores. Parecia-lhe que, por este motivo, e pelo fato de possuir uma graduação bastante subalterna para o meio militar, as várias punições disciplinares que sofrera ao longo de sua carreira profissional foram a título de retaliação.

Mantinha o quadro de avolia e anedonia intensas, saindo de casa apenas para comprar alimentos e ir à faculdade. Reiterou, de forma veemente, que o principal motivo de manter-se viva era o seu animal de estimação. O sono ainda permanecia conturbado, acreditando apresentar alguma tendência à melhora com o uso sistemático de 10 mg diários de zolpidem. O psiquiatra havia aumentado a dose de sertralina para 100 mg ao dia, iniciando o uso conjunto de 50 mg de topiramato. Embora referisse apetite normal, continuava perdendo peso progressivamente (perdeu 10 Kg nos últimos 12 meses). Referiu quadro de dor supra-púbica, cuja etiologia parece ser devida a um quadro de nefrolitíase bilateral, então recém-descoberto.

Perguntada sobre as aulas na faculdade, informou que continuava apresentando dificuldades importantes na memória e na atenção, apresentando desempenho abaixo do minimamente satisfatório nas poucas matérias que cursava. Como na primeira perícia, reiterou que o principal motivo de frequentar as aulas é a possibilidade de sair um pouco do ambiente da casa, o que lhe custa muito, e ver pessoas diferentes.

Ao exame clínico, apresentava-se bastante desleixada, pior que na primeira perícia. Cabelos em franca desordem. Não usa nenhum tipo de adereço ou maquiagem. Face tristonha. Cenho franzido. Em trajes esportivos, à semelhança da entrevista anterior, predominantemente escuros. Mantinha o uso do moletom frouxo e das mãos constantemente colocadas nos bolsos.

Apresentava evidente fobia ao ambiente de trabalho, inclusive ao ambiente médico-pericial, pois que este também faz parte do quartelamento militar. Apresentava ainda grande labilidade emocional, com choro fácil. Mantinha o pensamento fixo nos possíveis cenários futuros e catastróficos, quando do seu eventual retorno ao trabalho, imaginando novas punições administrativas arbitrárias e malquerenças dos colegas militares. Não considerava ter amigos entre seus pares ou superiores dentro da PMPR. Mesmo entre seus vizinhos, familiares e colegas de faculdade, ninguém atendia seus critérios de amizade a ponto de confiar-lhes qualquer desabafo ou pedido de ajuda. Informava bem, mas mantinha a fala monótona. Mantinha-se bem orientada do ponto de vista auto e alopsíquico. Continuava negando ideações suicidas. Restante do exame inalterado em relação à primeira perícia.

## **Segundo retorno à perícia**

O segundo retorno ocorreu cerca de quatro meses após a primeira perícia. Na ocasião, já vinha mantendo acompanhamento psiquiátrico regular, pelo menos mensalmente. Iniciou psicoterapia, há algumas semanas, com boa resposta. Não surgiram ideações suicidas. Refere ter se aberto com uma de suas irmãs, tendo conseguido falar sobre os eventos tristes, inclusive os mais graves, pela primeira vez em sua vida.

Seu médico assistente havia associado, duas semanas antes, 50 mg diários de desvenlafaxina ao uso de topiramato, sertralina e zolpidem, que já fazia. Cursando com sonolência diurna, desde então. Referia melhora da qualidade do sono, que, todavia, passou a ser entrecortado por poliúria noturna secundária ao quadro de nefrolitíase, que se tornou sintomático. Ganhou dois quilos e meio de peso corporal, com melhora do apetite. Persistem dificuldades de memória e de concentração. Passou a nutrir melhores expectativas em relação ao futuro. Referiu melhora do padrão álgico abdominal e do trânsito intestinal à custa do uso diário de polietilenoglicol via oral.

Ao exame clínico, apresentava melhora parcial do estado de humor, passando a esboçar alguns sorrisos, o que antes não fazia. Ainda anda arqueada. Melhora da higiene corporal, embora ainda continue com os trajes esportivos escuros e as mãos dentro dos bolsos do moletom. Ainda sem adereços, porém com os cabelos em ordem. Passou a gesticular um pouco, retirando com frequência uma das mãos dos bolsos. Apresentava-se calma e cooperativa. Informava bem. Melhorou do quadro de fobia do meio militar, que agora não lhe causa mais desconforto.

Apresentava humor pouco deprimido, com afeto congruente. Começava a vislumbrar seu retorno ao trabalho, figurando cenários futuros melhores. Referiu ver o término do seu curso superior como uma possível válvula de escape para deixar a profissão de policial militar. Fala ainda um pouco arrastada, mas não mais monótona, apresentado inflexões da voz. Negou o surgimento de ideação suicida. Continuava bem orientada do ponto de vista auto e alopsíquico. De modo preocupante, ainda mantinha estrutura precária de apoio. Não visita seus parentes mais próximos há cerca de seis meses, mesmo a despeito de queixas tão consistentes de solidão. Restante do exame inalterado em relação à segunda perícia.

## **Discussão**

Segundo o DSM-5, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) representa a condição clássica dos transtornos depressivos. Ele é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e nas funções neurovegetativas, com remissões episódicas. O transtorno é recorrente na maior parte dos casos. Dentre essas alterações, o paciente necessariamente deve apresentar ou o humor deprimido ou a perda do interesse ou do prazer (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 155 e 160). Conforme Dalgalarondo (2019), do ponto de vista psicopatológico, as síndromes depressivas têm como elementos mais salientes o humor triste e, na esfera volitiva, o desânimo.

A despeito do seu fácil reconhecimento clínico, conhecer com exatidão as causas do TDM permanece um desafio. Afirma Stahl (2020) que, embora distúrbios no metabolismo das monoaminas possam estar envolvidos nos transtornos de humor, não há evidências claras nem convincentes de que a deficiência delas seja a responsável pela

depressão, isto é, parece não haver nenhum déficit real de monoaminas nos pacientes que sofrem do TDM. De modo semelhante, tampouco há evidências claras e convincentes de que anormalidades nos receptores de monoaminas possam ser responsáveis pela depressão.

A teoria monoaminérgica, portanto, claudica. Todavia, mesmo a despeito de bases farmacológicas e fisiológicas tão precárias e de taxas de remissão na casa dos apenas 30%, curiosamente os antidepressivos inibidores da recaptção de monoaminas permanecem a primeira linha de tratamento da depressão (KRISHNAN; NESTLER, 2008) e o presente caso clínico não é exceção à regra.

Ademais, outras teorias, como as hipóteses glutamatérgica e inflamatória da fisiopatologia do TDM, ainda parecem ser insuficientes para explicar o surgimento dos transtornos de humor, fazendo como que a gênese do TDM permaneça em grande parte uma incógnita. Sem embargo, o entendimento da fisiopatologia dos transtornos de humor é de suma importância para a busca de alternativas de tratamento (QUEVEDO; IZQUIERDO, 2020).

É nesse cenário que a Psicologia Aristotélico-Tomista adquire relevância, pois muda o atual enfoque fisiopatológico centrado no componente material do ser humano para um enfoque predominantemente centrado no seu componente formal. Isso não significa que ela não leve em conta os aspectos biológicos da enfermidade mental. Em um primeiro momento, estando o paciente com a inteligência e a vontade obnubiladas pela imaginação, pela memória e pelas emoções, é importante atuar no alívio da sintomatologia clínica, pois um intelecto perturbado tende a ser pouco responsivo às intervenções do psicoterapeuta. Neste ponto, a utilização de psicofármacos pode ser útil, embora não imperiosa (CAVALCANTI NETO, 2015).

Segundo o enfoque aristotélico-tomista, uma vez que os sinais clínicos estejam amenizados, o foco do tratamento passa a ser recolocar a vontade (ou apetite racional) no seu devido lugar, isto é, subordinada à inteligência e governando as demais potências (CAVALCANTI NETO, 2015). Com isso parece concordar Beck (2013) quando afirma que o pensamento disfuncional é comum a todos os transtornos psicológicos, mas quando as pessoas avaliam seus pensamentos de forma mais realista, elas obtêm uma melhora do seu estado emocional e do seu comportamento.

No presente caso clínico, a paciente chegou a usar zolpiden, topiramato, sertralina e desvenlafaxina, apresentando apenas um começo de melhora parcial do quadro clínico. Talvez o médico assistente o tenha considerado como pertencendo do espectro do Transtorno Afetivo Bipolar, pois introduziu uma droga estabilizadora do humor, embora isso não tenha ficado claro nos poucos atestados médicos apresentados durante seu período de afastamento total até o término desse relato.

Por questões também sociais (dificuldade de marcação de consultas na rede pública, limitação financeira, dificuldades de deslocamento), a paciente relutou em iniciar o tratamento farmacológico para o TDM, fazendo-o somente após dois meses da agudização do quadro clínico inicial. Já com relação à psicoterapia, não foi possível identificar a linha terapêutica adotada pelo psicólogo que a atendeu, mas até onde sabemos, há apenas um profissional de Psicologia que segue os pressupostos da Psicologia Aristotélico-Tomista em Ponta Grossa, e essa militar não é paciente dele.

## Considerações finais

Tem-se a impressão de que, para a Psiquiatria moderna, uma vez satisfeitos os critérios diagnósticos do DSM-5, a depressão de Pedro seria igual à depressão de Antônio, a qual, por sua vez, seria igual à de Paulo. Tudo pareceria ser uma questão material orgânica, predominantemente de neurotransmissores. Contudo, o que se pensaria de um profissional de informática que, ao procurar consertar um computador infectado por *malwares* e “cavalos de Troia”, afirmasse tratar-se apenas de um problema de troca de peças?

Ora, se o *hardware* de um smartphone ou de um computador não funciona sem o adequado funcionamento do seu *software*, como esperar que os problemas mentais de um ser humano possam ser sanados mediante a mera intervenção no seu “*hardware*” e sem levar em conta os distúrbios do seu “*software*”, isto é, os que dizem respeito à sua realidade formal?

O enfoque aristotélico-tomista da Psicologia representa uma maneira individualizada de abordagem das enfermidades mentais, uma vez que possibilita, através da análise da interação e do funcionamento das potências do ser humano, ou seja, da sua realidade formal, identificar quais delas se encontram em conflito umas com as outras. E, uma vez identificado este desequilíbrio, estabelecer uma estratégia terapêutica autenticamente etiológica, isto é, que vai à raiz do problema.

O presente relato de caso, embora não apresente uma estratégia terapêutica, já que foi realizado por um médico perito, permite avaliar a coerência e a utilidade do mencionado enfoque não só para a Psiquiatria e a Psicologia, mas até para atividades tão diversificadas como a médico-pericial. O que põe em evidência a utilidade de se ampliar a pesquisa científica nesta interessante e paradoxalmente nova área do conhecimento.

## Referências

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de Filosofia*. 5. ed. rev. e aum. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 1210 p. ISBN 978-85-336-2356-9.

ABRAMSON, Charles I.; BROWN, Erika A. Aristotelean-Thomistic Approach of Comparative Psychology. *International Journal of Comparative Psychology*, [s. l.], v. 32, 29 mar. 2019. DOI <https://doi.org/10.46867/ijcp.2019.32.00.12>. Disponível em: <https://doi.org/10.46867/ijcp.2019.32.00.12>. Acesso em: 9 maio 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p. ISBN 978-85-8271-088-3.

BECK, Judith S. *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 413 p. ISBN 978-85-8271-008-1.

BRENNAN, Robert Edward. *Thomistic Psychology: A Philosophic Analysis of the Nature of Man*. Tacoma: Cluny Media LLC, 2016. 330 p. ISBN 978-1-944418-23-6.

BRENNAN, Robert Edward. *Psicología general*. Traducción Antonio Linares Maza. 2. ed. Madrid: Morata, 1969.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. Principios terapéuticos derivados del enfoque psicológico tomista. In: CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA Y NEUROCIENCIAS – INTERPSIQUIS, 16, fev. 2015. Disponível em: <https://psiquiatria.com/trabajos/19CONF1CVP2015.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2023.

CAVALCANTI NETO, Lamartine de Hollanda. *Contribuições da Psicologia Tomista ao estudo da plasticidade do ethos*. 2012. 571f. Tese (Doutorado em Bioética) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://philpapers.org/rec/CAVCDP-2>. Acesso em: 13 maio 2023.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 505 p. ISBN 978-85-8271-505-5.

KRISHNAN, Vaishnav; NESTLER, Eric J. The Molecular Neurobiology of Depression. *Nature*, p. 894-902, 16 out. 2008. DOI 10.1038/nature07455. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2721780/>. Acesso em: 11 maio 2023.

QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan (Orgs.). *Neurobiologia dos Transtornos Psiquiátricos*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020. 374 p. ISBN 978-85-8271-586-4.

STAHL, Stephen M. *Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas*. Tradução: Patrícia Lydie Voeux. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. 552 p. ISBN 978-85-2777-2586-6.

TOMÁS DE AQUINO, Santo. *Suma Teológica: Ia Pars*. 4. ed. Campinas: Ecclesiae, 2016. 763 p. v. 1. ISBN 978-85-8491-044-1.

WOHLEB, Eric S.; FRANKLIN, Tina; IWATA, Iwata; DUMAN, Ronald S. Integrating neuroimmune systems in the neurobiology of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, n. 17, p. 497-511, 9 jun. 2016. DOI <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.69>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrn.2016.69>. Acesso em: 7 maio 2023.