DEPRESSÃO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA — RECONHECER, ACOLHER E PROTEGER

Ciência, traumas familiares, herança emocional, perigos digitais e espiritualidade cristã no cuidado das novas gerações

Dom Eloy Mendes Netto (Ioannis de Santa Catarina)
Bispo Primaz da Igreja Apostólica Ortodoxa da América

Introdução — Uma infância protegida é responsabilidade de todos

A infância deveria ser um tempo de descobertas, brincadeiras, aprendizado, vínculos afetivos e desenvolvimento da confiança. A adolescência, por sua vez, representa uma etapa de amadurecimento, formação da identidade e construção gradual da autonomia.

Entretanto, muitas crianças e adolescentes atravessam experiências que comprometem profundamente sua saúde emocional.

Alguns crescem em ambientes familiares marcados por conflitos, humilhações, violência ou abandono afetivo. Outros enfrentam bullying, rejeição, dificuldades escolares, perdas e experiências traumáticas.

Existem também aqueles que vivem em famílias acolhedoras e amorosas, mas desenvolvem depressão por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A realidade contemporânea acrescentou novos desafios.

Crianças e adolescentes podem entrar em contato com conteúdos violentos, comunidades virtuais que incentivam comportamentos autodestrutivos, grupos que praticam chantagem e pessoas que utilizam as redes sociais para manipular emocionalmente suas vítimas.

Alguns desses ambientes podem empregar símbolos religiosos invertidos, discursos apresentados como satânicos ou formas de intimidação psicológica. Outros são simplesmente organizações criminosas, grupos abusivos ou comunidades marcadas por comportamentos patológicos e destrutivos.

Independentemente da denominação utilizada, a ameaça à integridade da criança deve ser reconhecida e enfrentada.

A Igreja não pode permanecer indiferente.

Sua missão não consiste apenas em oferecer orações quando a enfermidade já se encontra instalada, mas também em contribuir para a formação de famílias emocionalmente saudáveis, comunidades acolhedoras e ambientes espirituais capazes de favorecer o desenvolvimento humano.

A medicina, a psicologia, a educação, a filosofia e a espiritualidade cristã podem caminhar juntas nessa responsabilidade.

A ciência procura compreender os fatores de risco, os mecanismos de adoecimento e as possibilidades de tratamento.

A filosofia contribui para a reflexão sobre valores, identidade, liberdade, responsabilidade e sentido.

A fé cristã oferece uma compreensão da dignidade humana fundamentada no amor de Deus, na comunhão e na esperança.

A Igreja, por sua vez, pode interceder pelos enfermos na Divina Liturgia, registrar seus nomes no livro de orações, celebrar ofícios de cura e libertação espiritual, oferecer bênçãos sacerdotais e acompanhar as famílias.

Essas práticas não substituem o atendimento clínico, mas podem constituir uma dimensão significativa do cuidado integral.

Este estudo procura oferecer aos pais, sacerdotes, educadores e profissionais de saúde orientações fundamentadas em pesquisas científicas e na tradição cristã ortodoxa.

Seu propósito é compreender a depressão na infância e na adolescência, reconhecer seus sinais, examinar os fatores familiares e sociais envolvidos, prevenir a violência digital e apresentar caminhos responsáveis de proteção e restauração.

1. A depressão infantil e adolescente: uma realidade que precisa ser reconhecida

Durante muito tempo, a depressão foi considerada uma enfermidade predominantemente adulta.

Hoje sabemos que crianças e adolescentes também podem desenvolver transtornos depressivos.

A Organização Mundial da Saúde reconhece os transtornos emocionais entre as importantes causas de sofrimento e incapacidade na adolescência.

Segundo a OMS, aproximadamente um em cada sete adolescentes de 10 a 19 anos apresenta algum transtorno mental. Esse número inclui diferentes condições e não deve ser interpretado como prevalência específica de depressão.

A depressão pode comprometer o desenvolvimento escolar, os relacionamentos, a autoestima e a participação social.

Quando não identificada e tratada adequadamente, pode persistir ou apresentar recorrências.

1.1. Como a depressão aparece nas crianças

Na infância, os sintomas nem sempre se manifestam por tristeza verbalizada.

Uma criança pode não possuir vocabulário suficiente para explicar aquilo que sente.

Por isso, o sofrimento pode aparecer por meio do comportamento.

Entre os sinais que merecem atenção estão:

- Irritabilidade frequente e mudanças importantes de comportamento.
- Perda de interesse pelas brincadeiras.
- Isolamento e afastamento dos amigos.
- Choro frequente ou tristeza persistente.
- Dificuldades escolares e perda de concentração.
- Alterações do sono e do apetite.
- Queixas recorrentes de dores físicas.
- Sentimento de culpa ou inutilidade.
- Falas relacionadas à morte ou ao desejo de desaparecer.

Nenhum desses sinais, isoladamente, confirma depressão.

Entretanto, mudanças persistentes que provocam sofrimento ou prejuízo na vida cotidiana justificam avaliação profissional.

1.2. Como a depressão aparece na adolescência

Na adolescência, a depressão pode apresentar manifestações semelhantes às observadas nos adultos, mas também pode envolver irritabilidade intensa, conflitos familiares e alterações comportamentais.

O adolescente pode afastar-se de amigos, perder o interesse pelos estudos, abandonar atividades anteriormente valorizadas ou desenvolver sentimentos persistentes de desesperança.

Alguns passam a utilizar álcool ou outras substâncias.

Outros apresentam comportamentos de risco, automutilação ou pensamentos suicidas.

É necessário evitar duas interpretações equivocadas.

A primeira consiste em considerar toda mudança emocional como depressão.

A segunda é tratar sintomas persistentes e graves como simples manifestações normais da adolescência.

A avaliação deve considerar duração, intensidade, prejuízo funcional e contexto.

2. As causas da depressão: genética, desenvolvimento e experiências de vida

A depressão infantil e adolescente possui origem multifatorial.

Não existe uma causa única capaz de explicar todos os casos.

Fatores genéticos, biológicos, psicológicos, familiares, escolares e sociais podem interagir.

2.1. Predisposição genética

A presença de depressão em pais ou familiares pode aumentar o risco de transtornos depressivos nos filhos.

Isso não significa que a criança herdará obrigatoriamente a enfermidade.

A predisposição genética não equivale a destino.

As experiências ambientais, os vínculos afetivos, os acontecimentos da vida e o acesso ao cuidado também influenciam o desenvolvimento.

A avaliação clínica deve considerar o histórico familiar de depressão e transtorno bipolar, inclusive em pais e avós.

2.2. Desenvolvimento cerebral e mudanças hormonais

A infância e a adolescência envolvem processos intensos de desenvolvimento cerebral.

Na adolescência, mudanças hormonais, amadurecimento das funções cognitivas e transformações nas relações sociais podem aumentar a sensibilidade a determinadas experiências.

Essas mudanças não causam necessariamente depressão.

Elas integram um período no qual fatores de vulnerabilidade e proteção podem exercer influência importante.

2.3. Traumas e experiências adversas

Violência física, abuso sexual, negligência, humilhação, exposição à violência doméstica e perdas significativas podem aumentar o risco de problemas emocionais.

Entretanto, nem toda criança exposta a adversidades desenvolverá depressão.

Também existem crianças deprimidas sem histórico conhecido de trauma.

O risco depende de diferentes fatores, incluindo intensidade e duração das adversidades, características individuais e disponibilidade de relações protetoras.

2.4. O ambiente escolar

A escola pode representar um espaço de aprendizado, amizade e desenvolvimento.

Entretanto, também pode tornar-se fonte de sofrimento.

Bullying, exclusão, discriminação, humilhação e pressão excessiva por desempenho podem contribuir para dificuldades emocionais.

O enfrentamento dessas situações exige colaboração entre família, escola e profissionais de saúde.

Não basta aconselhar a vítima a ser mais forte.

É necessário interromper a violência.

3. A família como ambiente de proteção ou sofrimento

A família exerce grande influência sobre o desenvolvimento emocional.

É nesse ambiente que a criança geralmente estabelece seus primeiros vínculos, aprende formas de comunicação e desenvolve percepções sobre segurança, confiança e pertencimento.

Uma família não precisa ser perfeita para oferecer proteção.

Entretanto, precisa procurar construir relações nas quais a criança possa expressar sentimentos sem medo de humilhação.

3.1. Ambientes familiares tóxicos

A expressão *ambiente familiar tóxico* é utilizada popularmente para descrever relações persistentemente prejudiciais.

Do ponto de vista científico, é preferível identificar comportamentos e circunstâncias concretas.

Entre eles estão violência doméstica, negligência, humilhação constante, ameaças, controle coercitivo, exposição frequente a conflitos intensos e ausência persistente de apoio emocional.

Essas experiências podem comprometer o desenvolvimento da segurança afetiva.

Uma criança que cresce sob ameaça constante pode desenvolver hipervigilância, medo e dificuldades para confiar.

Outra pode tornar-se excessivamente retraída ou apresentar comportamentos agressivos.

Essas reações não constituem necessariamente depressão, mas indicam a necessidade de compreender o ambiente e proteger a criança.

3.2. A depressão dos pais

Quando um dos pais enfrenta depressão, a dinâmica familiar pode ser afetada.

O adulto pode apresentar fadiga, irritabilidade, dificuldade de interação ou redução da disponibilidade emocional.

Isso não significa que pais deprimidos sejam incapazes de oferecer amor e cuidado.

O tratamento e o apoio aos responsáveis podem beneficiar toda a família.

A criança não deve assumir a responsabilidade de curar emocionalmente os pais.

3.3. Separação conjugal e conflitos

A separação dos pais não determina o desenvolvimento de depressão.

O impacto emocional depende de fatores como qualidade dos vínculos, intensidade dos conflitos, estabilidade das rotinas e proteção oferecida à criança.

O problema pode estar menos na separação em si do que na exposição persistente à hostilidade, às ameaças ou à instrumentalização dos filhos.

Os adultos devem evitar utilizar crianças como mensageiras ou colocá-las diante de escolhas de lealdade.

3.4. A importância da reparação

Todos os pais cometem erros.

O desenvolvimento emocional saudável não exige ausência absoluta de conflitos.

Exige capacidade de reconhecer erros, pedir desculpas, reparar danos e reconstruir o diálogo.

Quando os adultos demonstram responsabilidade por suas atitudes, ensinam que as relações podem ser cuidadas e transformadas.

4. Traumas intergeracionais e o chamado inconsciente familiar

Algumas famílias apresentam padrões de sofrimento que parecem repetir-se ao longo das gerações.

Podem existir histórias recorrentes de violência, abandono, dependência, silêncio emocional ou dificuldades de relacionamento.

A psicologia e as ciências sociais estudam diferentes mecanismos pelos quais experiências familiares podem influenciar gerações seguintes.

Entre eles estão a aprendizagem de comportamentos, os estilos parentais, a qualidade dos vínculos, as condições socioeconômicas e as consequências do sofrimento psicológico dos cuidadores.

4.1. A transmissão intergeracional

Uma pessoa que cresceu em ambiente violento pode reproduzir formas de comunicação aprendidas na infância.

Outra pode desenvolver um esforço consciente para construir uma família diferente.

A transmissão não é inevitável.

Relações protetoras, tratamento psicológico, apoio social e mudanças nas práticas educativas podem interromper padrões prejudiciais.

4.2. O inconsciente coletivo na perspectiva de Jung

Carl Gustav Jung desenvolveu o conceito de inconsciente coletivo como parte de sua psicologia analítica.

Essa perspectiva procura compreender elementos simbólicos e estruturas psíquicas que ultrapassariam a experiência individual.

Também existem abordagens que utilizam expressões como *inconsciente familiar* para refletir sobre narrativas, lealdades e padrões relacionais transmitidos entre gerações.

Esses conceitos podem oferecer interpretações filosóficas e psicológicas sobre a experiência familiar.

Entretanto, não constituem mecanismos cientificamente demonstrados de transmissão hereditária da depressão.

É importante não confundir linguagem simbólica com explicação biológica.

4.3. A epigenética e seus limites

A epigenética investiga mecanismos que regulam a expressão dos genes sem modificar a sequência do DNA.

Existem pesquisas sobre a relação entre adversidades, estresse e alterações epigenéticas.

Entretanto, a transmissão epigenética de traumas psicológicos humanos entre gerações permanece um campo complexo, com importantes limitações metodológicas.

Não se deve afirmar que uma criança herdou biologicamente o trauma emocional de seus avós como se isso fosse um mecanismo clínico estabelecido.

4.4. A possibilidade de interromper ciclos

A história familiar influencia, mas não determina completamente o futuro.

Pais que reconhecem padrões prejudiciais podem procurar ajuda.

Famílias podem aprender novas formas de comunicação.

Crianças podem encontrar vínculos seguros fora de ambientes originalmente adversos.

A comunidade cristã pode contribuir oferecendo acolhimento, orientação e apoio, desde que respeite a necessidade de proteção e tratamento profissional.

A fé cristã não ensina que uma criança esteja condenada a repetir os sofrimentos de seus antepassados.

Cada pessoa possui dignidade própria e possibilidades de desenvolvimento.

5. Os perigos invisíveis das redes sociais

O ambiente digital tornou-se parte importante da vida de crianças e adolescentes.

A internet oferece oportunidades de aprendizado, comunicação e participação social.

Entretanto, também pode expor usuários jovens a conteúdos violentos, assédio, exploração, chantagem, humilhação e comunidades que incentivam comportamentos autodestrutivos.

O relatório de 2023 do Cirurgião-Geral dos Estados Unidos sobre redes sociais e saúde mental juvenil alertou que ainda não é possível concluir que essas plataformas sejam suficientemente seguras para crianças e adolescentes.

Os efeitos variam conforme o tipo de conteúdo, as características individuais, o tempo e o contexto de uso.

5.1. Grupos satânicos ou patológicos: uma ameaça que exige discernimento

Existem relatos de grupos digitais que utilizam coerção, ameaças, humilhação, chantagem e manipulação para induzir crianças e adolescentes a comportamentos perigosos.

Alguns utilizam símbolos ou discursos apresentados como satânicos.

Outros não possuem motivação religiosa identificável e funcionam como redes criminosas, grupos abusivos ou comunidades que promovem violência psicológica.

Podemos empregar a expressão **grupos satânicos ou patológicos** como referência pastoral a esses ambientes destrutivos, desde que a classificação não substitua a investigação dos fatos.

A utilização de símbolos satânicos não demonstra, por si só, a existência de uma organização religiosa específica.

Da mesma maneira, a prática de violência digital não permite diagnosticar transtornos mentais em seus autores.

O que importa, para a proteção da criança, são os comportamentos concretos: ameaças, coerção, exploração, incentivo à autolesão e violência.

5.2. Manipulação emocional e coerção

Crianças e adolescentes podem ser especialmente vulneráveis a determinadas formas de pressão social.

A necessidade de pertencimento, o medo da rejeição e a dificuldade de avaliar consequências podem ser explorados por pessoas mal-intencionadas.

Alguns agressores procuram estabelecer relações de confiança antes de iniciar ameaças.

Outros utilizam chantagem com imagens íntimas ou ameaças contra familiares.

A vítima pode sentir vergonha e acreditar que não existe saída.

É essencial ensinar que nenhuma ameaça digital deve ser enfrentada em silêncio.

A criança precisa saber que pode procurar um adulto de confiança sem ser culpabilizada.

5.3. Automutilação e exposição à violência

Conteúdos que apresentam automutilação, suicídio ou violência como desafios, provas de coragem ou demonstrações de pertencimento podem representar riscos.

O contato com esses conteúdos não produz necessariamente o mesmo efeito em todos os adolescentes.

Entretanto, jovens vulneráveis podem ser especialmente afetados.

Pais e educadores devem prestar atenção a mudanças importantes de comportamento, medo de utilizar o celular, isolamento repentino, ferimentos inexplicados e sinais de chantagem.

Esses sinais não confirmam participação em grupos perigosos.

Exigem conversa cuidadosa e, quando necessário, avaliação profissional.

5.4. Como agir diante de ameaças digitais

Quando uma criança relata ameaças ou coerção, os adultos devem ouvi-la sem julgamento.

É importante interromper o contato com os agressores de maneira segura, preservar informações relevantes para eventual investigação e procurar os órgãos competentes.

Não se deve redistribuir imagens íntimas ou violentas.

Quando houver risco imediato de autolesão ou suicídio, a prioridade é garantir a segurança física e procurar atendimento de emergência.

No Brasil, o SAMU 192 e a Polícia Militar 190 podem ser acionados conforme a situação.

Suspeitas de violência contra crianças e adolescentes podem ser comunicadas ao Conselho Tutelar e ao Disque 100.

5.5. O papel do sacerdote diante desses grupos

O sacerdote deve acolher a família e oferecer oração, orientação e apoio.

Entretanto, não deve concluir automaticamente que a criança está possessa ou sob influência demoníaca.

A prioridade é reconhecer possíveis crimes, proteger a vítima e encaminhá-la para os cuidados necessários.

Orações de proteção e libertação espiritual podem integrar o acompanhamento pastoral, mas nunca devem envolver intimidação, constrangimento ou substituição das medidas de segurança.

6. Como construir um ambiente familiar emocionalmente saudável

A prevenção do sofrimento começa nas relações cotidianas.

Uma criança precisa sentir que sua existência possui valor independentemente de notas escolares, desempenho esportivo ou aprovação social.

6.1. Segurança afetiva

Os pais devem procurar construir uma relação na qual os filhos possam expressar medo, tristeza, raiva e dúvidas.

A criança precisa aprender que os sentimentos podem ser compreendidos e regulados, mesmo quando determinados comportamentos precisam de limites.

A disciplina deve orientar, não humilhar.

6.2. Diálogo cotidiano

Conversas regulares ajudam os adultos a conhecer a vida dos filhos.

Não é suficiente perguntar apenas sobre notas escolares.

É importante interessar-se pelas amizades, pelos medos, pelas alegrias e pelas experiências digitais.

O diálogo precisa ocorrer antes das crises.

6.3. Limites claros e proporcionais

Crianças necessitam de limites.

Entretanto, os limites devem ser coerentes, adequados à idade e acompanhados de explicações.

A violência física e a humilhação não constituem estratégias saudáveis de educação.

A autoridade parental deve estar associada à responsabilidade e à proteção.

6.4. Sono, alimentação e atividade física

O desenvolvimento saudável exige descanso, alimentação adequada, movimento e oportunidades de brincar.

A privação crônica de sono pode prejudicar a atenção, a regulação emocional e o desempenho escolar.

Os dispositivos digitais não devem comprometer sistematicamente essas necessidades.

6.5. Amizades e convivência presencial

A criança precisa desenvolver habilidades sociais.

Brincadeiras, atividades culturais, esportes e convivência comunitária podem favorecer vínculos e autonomia.

A participação digital não deve substituir todas as experiências presenciais.

6.6. Educação digital responsável

Os pais devem conhecer as plataformas utilizadas pelos filhos.

É importante estabelecer regras sobre privacidade, contatos desconhecidos, compartilhamento de imagens e tempo de uso.

A supervisão precisa considerar a idade e a maturidade.

Não deve ser confundida com vigilância humilhante ou punição indiscriminada.

O objetivo é desenvolver autonomia progressiva com segurança.

6.7. Pais também precisam de cuidado

Adultos emocionalmente esgotados podem apresentar dificuldades para oferecer disponibilidade afetiva.

Buscar tratamento para depressão, ansiedade, dependência ou outros problemas não representa fracasso parental.

Pode ser uma forma importante de proteger os filhos.

7. A formação espiritual da criança e do adolescente

A tradição cristã compreende a família como um espaço fundamental de transmissão da fé.

Entretanto, a educação espiritual não deve fundamentar-se no medo.

A criança precisa conhecer Deus como fonte de amor, misericórdia e esperança.

A formação religiosa saudável deve favorecer confiança, compaixão, responsabilidade e respeito.

7.1. A oração familiar

Pequenas orações podem integrar a rotina.

Os pais podem ensinar os filhos a agradecer, pedir proteção e apresentar suas dificuldades a Deus.

A oração não deve ser utilizada como castigo.

Também não deve ser apresentada como obrigação destinada a impedir qualquer sofrimento.

7.2. O Evangelho como formação moral

O ensinamento de Cristo oferece referências para a convivência.

O amor ao próximo, o perdão, a solidariedade e a misericórdia podem ser trabalhados de maneira adequada à idade.

As crianças aprendem principalmente por meio do exemplo.

Uma família que fala sobre amor, mas pratica humilhação constante, transmite mensagens contraditórias.

7.3. A participação na Divina Liturgia

A participação na vida litúrgica pode favorecer pertencimento e continuidade espiritual.

Crianças e adolescentes devem ser acolhidos com respeito às suas etapas de desenvolvimento.

A comunidade precisa evitar constrangimentos e expectativas incompatíveis com sua idade.

7.4. A Oração de Jesus

A Oração do Coração pode ser apresentada de maneira simples:

“Senhor Jesus Cristo, Filho de Deus, tem misericórdia de mim.”

Para crianças pequenas, a oração deve ser breve e espontânea.

Não se devem impor técnicas respiratórias intensas ou exercícios prolongados de silêncio.

A oração deve ser experiência de confiança, não fonte de ansiedade.

7.5. O perigo da religiosidade baseada no medo

A educação cristã não deve utilizar ameaças de castigos divinos para controlar crianças.

Também não deve associar automaticamente dificuldades emocionais a demônios, pecados familiares ou maldições hereditárias.

Essas interpretações podem aumentar a culpa e o medo.

A tradição cristã apresenta a misericórdia como dimensão central da relação com Deus.

8. A Igreja como comunidade de oração e proteção

A Igreja possui uma missão que ultrapassa as paredes do templo.

Ela deve acolher famílias, proteger os vulneráveis e oferecer acompanhamento espiritual.

No cuidado de crianças e adolescentes com depressão, essa missão exige especial responsabilidade.

8.1. O livro de orações da Igreja

A comunidade pode manter um livro destinado à inscrição dos nomes das pessoas enfermas.

Pais ou responsáveis podem solicitar que o primeiro nome da criança ou adolescente seja incluído nas intercessões.

O registro deve preservar a privacidade.

Não é necessário divulgar diagnósticos ou informações íntimas.

A criança, conforme sua idade e compreensão, deve ser respeitada em sua participação.

8.2. A lembrança dos enfermos na Divina Liturgia

A Divina Liturgia constitui o centro da vida sacramental ortodoxa.

A comunidade pode recordar os enfermos nas intercessões litúrgicas, conforme sua tradição e disciplina.

A lembrança nominal manifesta a comunhão da Igreja e sua oração pelos que sofrem.

Essa prática não deve ser apresentada como garantia de recuperação clínica.

Seu valor pertence à vida espiritual e comunitária.

8.3. Os ofícios próprios de cura

Os ofícios de cura podem reunir famílias e comunidade em oração.

As celebrações podem incluir leituras bíblicas, súplicas, bênçãos e intercessões.

O sacerdote deve preservar a dignidade das crianças.

Não deve exigir que revelem experiências traumáticas diante da assembleia.

Também não deve expor menores a situações que provoquem medo ou constrangimento.

8.4. Os ofícios de libertação espiritual

A Igreja pode oferecer orações de proteção e libertação das aflições espirituais, conforme sua disciplina.

Entretanto, a depressão não deve ser automaticamente interpretada como possessão demoníaca.

O sacerdote não deve utilizar práticas intimidatórias ou atribuir sintomas clínicos a entidades espirituais sem fundamento.

A oração de libertação deve expressar confiança em Deus e cuidado pastoral.

Quando existem sinais de depressão, automutilação, psicose ou risco de suicídio, o atendimento profissional é indispensável.

8.5. A imposição das mãos

A imposição das mãos possui significado bíblico e eclesial.

O Evangelho de Lucas relata que Jesus impunha as mãos sobre os enfermos.

No acompanhamento de crianças e adolescentes, esse gesto deve respeitar a idade, o consentimento apropriado e a participação dos responsáveis quando cabível.

A oração deve ocorrer de maneira transparente e segura.

Nenhuma criança deve ser obrigada a receber contato físico religioso.

8.6. A Santa Eucaristia

Na tradição ortodoxa, a Santa Eucaristia é a verdadeira comunhão com Cristo.

A participação sacramental deve seguir a disciplina da Igreja e respeitar as condições do fiel.

A criança deprimida não deve ser tratada como espiritualmente inferior.

Se sua enfermidade dificulta a participação presencial, a família pode procurar orientação sacerdotal.

A comunhão sacramental não substitui o tratamento clínico.

8.7. A proteção como dever pastoral

A comunidade religiosa deve possuir procedimentos claros para lidar com suspeitas de abuso, violência e risco à vida.

O sacerdote não deve prometer sigilo absoluto quando a proteção de uma criança exige comunicação às autoridades competentes.

Também não deve encaminhar uma criança de volta a um ambiente violento sem considerar sua segurança.

A caridade cristã inclui responsabilidade concreta.

9. A escola e os educadores como parte da rede de cuidado

Professores frequentemente observam mudanças comportamentais antes que a família reconheça a gravidade do sofrimento.

Queda persistente do desempenho, isolamento, irritabilidade e faltas frequentes podem indicar dificuldades emocionais.

A escola deve procurar compreender essas mudanças.

Não deve expor o aluno ao ridículo ou atribuir automaticamente o comportamento à indisciplina.

Quando existe suspeita de depressão, é importante dialogar com a família e orientar a busca de avaliação profissional.

Nos casos de bullying, a escola deve adotar medidas efetivas de proteção.

Não basta recomendar que a vítima ignore os agressores.

A intervenção precisa enfrentar a violência e acompanhar seus efeitos.

Quando houver suspeita de abuso familiar, a escola deve observar os procedimentos legais de proteção, evitando encaminhamentos que possam colocar a criança em risco.

10. Diagnóstico e tratamento profissional

A avaliação da depressão infantil e adolescente deve ser realizada por profissionais habilitados, considerando o desenvolvimento, o contexto familiar e escolar e as condições clínicas associadas.

É importante investigar ansiedade, trauma, transtornos do neurodesenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, transtorno bipolar, uso de substâncias e outras condições.

A avaliação também deve incluir perguntas apropriadas sobre bullying, violência, automutilação e pensamentos suicidas.

10.1. Psicoterapia

Intervenções psicológicas adaptadas à idade constituem parte importante do tratamento.

A terapia cognitivo-comportamental pode ajudar crianças e adolescentes a reconhecer padrões de pensamento e comportamento.

A psicoterapia interpessoal pode trabalhar conflitos e dificuldades relacionais.

Intervenções familiares podem ser indicadas quando o contexto e as necessidades clínicas justificarem.

A escolha depende da idade, da gravidade e das características individuais.

10.2. Tratamento medicamentoso

Em determinadas situações, medicamentos antidepressivos podem ser considerados.

A decisão exige avaliação especializada, discussão de benefícios e riscos e monitoramento cuidadoso.

As diretrizes NICE recomendam cautela especial no uso de antidepressivos em crianças e adolescentes, com acompanhamento psicológico e vigilância de possíveis efeitos adversos, incluindo agravamento de pensamentos suicidas.

Os pais não devem iniciar, suspender ou modificar medicamentos por conta própria.

10.3. Quando o tratamento não apresenta resultados

A ausência de melhora exige reavaliação.

Pode ser necessário revisar o diagnóstico, investigar condições associadas e considerar outras intervenções.

A família não deve concluir que o adolescente é incapaz de melhorar.

Também não deve substituir o tratamento por práticas religiosas isoladas.

A oração pode acompanhar a recuperação.

Não deve ser utilizada para impedir o acesso aos recursos clínicos necessários.

11. Quinze situações práticas para pais e sacerdotes

Situação 1 — A criança que deixou de brincar

Uma criança anteriormente participativa passa a permanecer isolada e demonstra pouco interesse por atividades.

Pais: observar a duração da mudança, conversar sem pressão e procurar avaliação se persistir.

Sacerdote: oferecer acolhimento e oração, evitando exigir participação religiosa imediata.

Profissionais: investigar depressão, ansiedade, bullying e outras possíveis causas.

Situação 2 — O adolescente que permanece fechado no quarto

O isolamento pode fazer parte de uma busca por privacidade, mas também pode indicar sofrimento.

Pais: respeitar a autonomia sem abandonar o diálogo.

Sacerdote: oferecer escuta sem julgamento.

Profissionais: avaliar mudanças persistentes, prejuízo funcional e sinais de risco.

Situação 3 — Queda acentuada do desempenho escolar

Pais: evitar humilhações e investigar dificuldades emocionais e pedagógicas.

Sacerdote: reforçar que o valor da pessoa não depende de notas.

Profissionais: avaliar depressão, dificuldades de aprendizagem e outras condições.

Situação 4 — Bullying e humilhação

Pais: acolher o relato e procurar a escola.

Sacerdote: afirmar a dignidade da vítima.

Profissionais: avaliar consequências emocionais e necessidade de tratamento.

A prioridade é interromper a violência.

Situação 5 — Separação dos pais

Pais: preservar a criança dos conflitos conjugais.

Sacerdote: oferecer acompanhamento sem atribuir culpa ao menor.

Profissionais: avaliar dificuldades de adaptação e sintomas persistentes.

Situação 6 — Violência doméstica

Pais ou responsáveis protetores: garantir segurança.

Sacerdote: não exigir reconciliação que exponha a criança a novas agressões.

Profissionais e rede de proteção: avaliar riscos e adotar medidas apropriadas.

Situação 7 — Luto infantil

Pais: permitir perguntas e expressões de tristeza.

Sacerdote: oferecer linguagem de esperança adequada à idade.

Profissionais: avaliar sofrimento persistente e prejuízo funcional.

Situação 8 — Depressão de um dos pais

Família: procurar tratamento para o adulto e preservar a criança de responsabilidades inadequadas.

Sacerdote: apoiar os responsáveis sem culpabilização.

Profissionais: considerar necessidades de toda a família.

Situação 9 — Exposição a conteúdos violentos

Pais: conversar sobre o conteúdo, ajustar a supervisão e investigar possíveis ameaças.

Sacerdote: oferecer orientação espiritual sem criar pânico.

Profissionais: avaliar sofrimento e comportamentos de risco.

Situação 10 — Participação em grupos satânicos ou patológicos

Pais: acolher o relato, interromper a exposição de maneira segura e procurar ajuda quando houver coerção ou ameaça.

Sacerdote: oferecer oração e apoio, sem presumir possessão.

Profissionais e autoridades: avaliar riscos, proteger a vítima e investigar possíveis crimes.

Situação 11 — Chantagem com imagens íntimas

Pais: não culpar a vítima nem divulgar imagens.

Sacerdote: oferecer acolhimento e preservar a dignidade.

Autoridades e rede de proteção: receber a denúncia e orientar as medidas de segurança.

Situação 12 — Automutilação

Pais: levar o comportamento a sério e procurar avaliação profissional.

Sacerdote: escutar sem punição moral.

Profissionais: avaliar risco, funções do comportamento e necessidades de tratamento.

A automutilação não deve ser automaticamente interpretada como tentativa de suicídio, mas exige atenção porque pode coexistir com risco suicida.

Situação 13 — Pensamentos de suicídio

Pais: perguntar diretamente e com serenidade sobre pensamentos de morte, sem julgamento.

Sacerdote: oferecer presença e colaborar para o acesso imediato à ajuda necessária.

Profissionais: realizar avaliação urgente de risco.

Quando houver perigo imediato, a criança ou adolescente não deve permanecer sozinho e deve receber atendimento de emergência.

Situação 14 — Culpa religiosa excessiva

Pais: evitar ameaças de castigo divino.

Sacerdote: apresentar a misericórdia de Cristo e não reforçar confissões compulsivas.

Profissionais: investigar ansiedade, sintomas obsessivos e depressão.

Situação 15 — O adolescente que perdeu a esperança

Pais: escutar sem minimizar o sofrimento.

Sacerdote: oferecer oração, acompanhamento e esperança sem prometer cura imediata.

Profissionais: avaliar depressão e risco de suicídio.

A reconstrução da esperança deve ocorrer com apoio contínuo.

12. Uma pastoral de proteção e saúde emocional das novas gerações

A Igreja pode desenvolver uma pastoral específica para acompanhar crianças, adolescentes e famílias.

Essa iniciativa não precisa transformar a comunidade em serviço clínico.

Sua finalidade é oferecer formação, prevenção, oração e encaminhamento responsável.

12.1. Formação dos pais

A comunidade pode promover encontros sobre desenvolvimento emocional, comunicação familiar, disciplina sem violência, segurança digital e reconhecimento dos sinais de depressão.

12.2. Formação dos sacerdotes

Os sacerdotes devem receber orientações básicas para reconhecer sofrimento emocional, automutilação, risco de suicídio e suspeitas de violência.

Também precisam compreender os limites do aconselhamento pastoral.

12.3. Educação digital

A Igreja pode oferecer atividades educativas sobre redes sociais, privacidade, chantagem, bullying e grupos que incentivam violência.

O objetivo é desenvolver discernimento e segurança.

12.4. Oração comunitária

O livro de orações da Igreja pode incluir os nomes dos enfermos.

A Divina Liturgia e os ofícios próprios podem recordar crianças, adolescentes e familiares em sofrimento.

A comunidade pode interceder pela saúde, pela proteção e pela paz.

12.5. Acompanhamento familiar

Famílias que enfrentam sofrimento emocional podem receber visitas, apoio e orientação.

O acompanhamento deve respeitar a privacidade.

12.6. Rede de encaminhamento

A comunidade pode manter informações atualizadas sobre serviços de saúde mental, atendimento de urgência e órgãos de proteção da infância.

A colaboração entre Igreja, família, escola e profissionais de saúde pode favorecer respostas mais rápidas e responsáveis.

13. A esperança cristã diante do sofrimento infantil

Jesus Cristo acolheu as crianças e reconheceu sua dignidade.

No Evangelho de Marcos, encontramos sua atitude de proximidade e bênção:

“Deixai vir a mim as crianças, não as impeçais.” (Marcos 10,14)

Essa passagem possui profundo significado pastoral.

A criança não deve ser afastada da comunidade por apresentar dificuldades emocionais.

Também não deve ser tratada como espiritualmente inferior.

A Igreja precisa tornar-se um espaço no qual ela encontre acolhimento, proteção e amor.

A esperança cristã não consiste em negar a existência da depressão.

Consiste em reconhecer que a enfermidade não elimina a dignidade humana nem o amor de Deus.

A criança que sofre continua sendo pessoa amada.

O adolescente que atravessa uma crise continua merecendo respeito.

A família que enfrenta dificuldades continua necessitando de apoio.

A comunidade cristã deve oferecer esse cuidado com responsabilidade.

14. Oração pelos filhos e pelas novas gerações

Senhor Jesus Cristo, que acolheste as crianças e as abençoaste com amor,

Olha com misericórdia para nossos filhos e para todos os pequenos e jovens que atravessam momentos de tristeza, medo, solidão e sofrimento.

Protege suas vidas e fortalece seus corações.

Concede sabedoria aos pais, serenidade aos educadores e discernimento aos sacerdotes.

Abençoa os profissionais que cuidam da saúde de nossas crianças e adolescentes.

Guarda-os das violências, das ameaças, das manipulações e de todas as situações que possam comprometer sua dignidade e segurança.

Que encontrem em suas famílias ambientes de amor, respeito e confiança.

Que nossas comunidades sejam lugares de acolhimento e esperança.

Ilumina aqueles que se sentem abandonados e aproxima deles pessoas capazes de oferecer proteção e cuidado.

Pela intercessão da Santíssima Mãe de Deus e de todos os santos, acompanha nossas crianças e adolescentes em seu crescimento.

Pois Tu és a fonte da vida, da misericórdia e da paz, agora e sempre, e pelos séculos dos séculos.

Amém.

Conclusão — Proteger a infância é uma missão cristã e humana

A depressão na infância e na adolescência constitui um desafio que exige conhecimento, sensibilidade e responsabilidade.

Sua origem pode envolver predisposição genética, experiências traumáticas, conflitos familiares, violência, dificuldades escolares e outros fatores.

Não existe uma explicação única para todos os casos.

A família possui grande importância no desenvolvimento emocional, mas não deve ser automaticamente culpabilizada pela enfermidade.

Pais também podem enfrentar sofrimento, limitações e necessidades de tratamento.

A prevenção exige ambientes afetivos seguros, diálogo, disciplina respeitosa, proteção contra violência e atenção ao mundo digital.

As redes sociais trouxeram oportunidades, mas também riscos que precisam ser reconhecidos.

Grupos satânicos ou patológicos, quando envolvidos em coerção, exploração ou incentivo à violência, devem ser enfrentados por meio de proteção, denúncia e atendimento adequado às vítimas.

A Igreja possui responsabilidade especial nesse cenário.

Pode orientar famílias, formar sacerdotes, promover educação preventiva e oferecer oração comunitária.

Pode recordar os nomes dos enfermos na Divina Liturgia, mantê-los no livro de orações e celebrar ofícios próprios de cura e libertação espiritual.

Pode oferecer bênçãos, imposição das mãos e acompanhamento pastoral.

Entretanto, essas práticas não substituem a avaliação médica, a psicoterapia, os serviços de proteção ou o atendimento de emergência.

Ciência e religião podem caminhar juntas quando ambas reconhecem a dignidade da pessoa e colaboram para sua proteção.

A medicina e a psicologia procuram compreender e tratar a enfermidade.

A educação contribui para o desenvolvimento.

A filosofia ajuda a refletir sobre valores e sentido.

A família oferece vínculos e segurança.

A Igreja testemunha o amor de Cristo por meio da oração, da comunhão e da caridade.

Que nenhuma criança seja abandonada em seu sofrimento.

Que nenhum adolescente seja humilhado por suas dificuldades.

Que nenhum pedido de ajuda seja desprezado.

E que nossas famílias e comunidades se tornem ambientes nos quais as novas gerações possam crescer com saúde emocional, liberdade responsável, esperança e vida espiritual.

Proteger uma criança é preservar uma vida, uma história e um futuro que merecem todo o nosso cuidado.

Referências científicas, filosóficas e teológicas

Organização Mundial da Saúde. *Mental Health of Adolescents*. Ficha informativa, 2025.

National Institute for Health and Care Excellence. *Depression in Children and Young People: Identification and Management*. Diretriz NG134, 2019, com recomendações e revisões disponibilizadas pelo NICE.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Major and Persistent Depressive Disorders*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2023.

U.S. Surgeon General. *Social Media and Youth Mental Health: The U.S. Surgeon General's Advisory*. 2023.

World Health Organization. *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. 2022.

Felitti, V. J. et al. *Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. American Journal of Preventive Medicine, 1998.

Hughes, K. et al. *The Effect of Multiple Adverse Childhood Experiences on Health: A Systematic Review and Meta-analysis*. The Lancet Public Health, 2017.

Jung, Carl Gustav. *Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo*.

Bowlby, John. *Attachment and Loss*.

Winnicott, Donald W. *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*.

Frankl, Viktor E. *Em Busca de Sentido*.

Sagradas Escrituras: Marcos 10,13-16; Mateus 18,1-6; Lucas 4,40; 1 Reis 19; Salmos 22, 42 e 142; Tiago 5,14-15.

Nota de responsabilidade

Este artigo possui finalidade educativa, científica, filosófica e pastoral. Não substitui avaliação médica, psicológica ou psiquiátrica.

A oração, a imposição das mãos, a Santa Eucaristia e os ofícios de cura e libertação espiritual são apresentados segundo sua finalidade religiosa. Não constituem tratamentos clínicos comprovados para depressão.

Em situações de violência, abuso, automutilação ou risco de suicídio, a proteção da criança e o atendimento profissional devem ser priorizados.

Igreja Apostólica Ortodoxa da América
Na fé dos Apóstolos, no amor de Cristo.

https://iaoa.com.br/