

---

**A SAÚDE MENTAL DO PASTOR E AS PROVISÕES DE DEUS**

**GOD'S PROVISIONS FOR THE MENTAL HEALTH OF PASTORS**

Delcio Torres Amorim Junior<sup>1</sup>  
Diogo Damiano Crotti de Araújo<sup>2</sup>  
Mario Antonio da Silva<sup>3</sup>

**RESUMO**

O objetivo do trabalho foi estudar os principais transtornos mentais que afetam os pastores evangélicos, causas, fatores predisponentes, fisiopatologia e tratamento, apresentando abordagem médica e teológica, através de revisão da literatura e exegese da perícopes do Evangelho de João 16.25-33. A revisão da literatura médica apresenta a correlação entre os transtornos mentais e índices aumentados de transtornos de ansiedade, depressão e “burnout” em relação à população geral entre pastores evangélicos, alertando para a necessidade de cuidados com a saúde do pastor e sua família pelas igrejas e denominações religiosas, enquanto a abordagem teológica apresenta as formas de tratamento que Deus provê a seus filhos.

135

**Palavras-chave:** Saúde mental. Pastor. Provisões de Deus. Aflições.

**ABSTRACT**

The aim of this research was to study the main mental disorders affecting evangelical pastors, its causes, predisposing factors, physiopathology and treatments, presenting both medical and theological approaches through medical literature review and exegesis of the pericope of the Gospel of John 16.25-33. The medical literature review presents the correlation between mental disorders and the increased rates of anxiety, depression, burnout and suicides among evangelical pastors in relation to the general population, warning to the need for health care for the pastor and his family by churches and religious denominations while the theological approach presents the ways that God provides treatment to his sons.

**Keywords:** Mental health. Pastor. God's provisions. Tribulation.

---

<sup>1</sup> Médico. Mestrando de Teologia da UniFil. Correspondência: drdelcio@hotmail.com

<sup>2</sup> Teólogo. Pastor da Igreja Presbiteriana Central de Londrina/PR

<sup>3</sup> Doutor em Teologia. Pró-reitor de extensão da UniFil

## **1 INTRODUÇÃO**

O ministério pastoral exige uma série de atividades e dedicação de pastores e ministros religiosos para atender às necessidades, demandas e expectativas da denominação religiosa, da igreja e dos membros, bem como perante a sociedade local. Além destas, existem as demandas familiares do próprio pastor requerendo atenção ao cônjuge e aos filhos, agregando-se, aquelas da igreja em relação à família do pastor exigindo-se padrões de comportamento e engajamento nas atividades da igreja como de pastores também fossem. Estas demandas são tão intensas que depositam uma carga muito pesada sobre os ombros do pastor produzindo desgastes físico, emocional e espiritual aumentando o risco de doenças físicas e mentais. O reflexo desta situação tem aparecido pela constatação de aumento de pastores que abandonam o ministério, incidência de transtornos mentais acima da população geral e casos de suicídio. Enquanto os principais diagnósticos recaem sobre doenças físicas (hipertensão arterial, afecções dermatológicas, obesidade, coronariopatia e infarto agudo do miocárdio, entre outras) as causas são creditadas apenas a fatores orgânicos, físicos e de hábitos de vida (sedentarismo, dieta desequilibrada), no entanto, o aparecimento de transtornos mentais provoca discussões e interpretações mais acaloradas e, via de regra, recheadas de preconceitos, dogmas religiosos, interpretações equivocadas da Bíblia e falta de conhecimentos médico, psicológico e científico. Enquanto no seio da igreja os transtornos mentais ainda não têm sido tratados com a importância e complexidade que merecem (na maioria dos casos considerados como falhas espirituais, falta de relacionamento e intimidade com Deus ou prática do pecado), o assunto tem chamado a atenção da academia, dos estudiosos e profissionais da saúde com a multiplicação de pesquisas, publicações de artigos em revistas indexadas e de impacto, monografias de cursos de especialização, dissertações de mestrado, teses de doutorado e, até mesmo, trabalhos de pós-doutorado e livre docência em universidades seculares de reconhecimento internacional.

Este trabalho tem como objetivo apresentar, através de revisão de literatura e análise bíblica, os principais transtornos mentais que afetam os pastores evangélicos, abordando causas, fatores predisponentes, fisiopatologia e tratamento sob as ópticas médica e teológica.

## **2 A SAÚDE SAÚDE MENTAL DO PASTOR**

Para entender a importância da saúde mental dos pastores e ministros religiosos evangélicos (“pastor”), é necessário traçar o cenário que envolve o ministério pastoral, abordando-se os aspectos profissionais, pessoais e familiares além da compreensão dos principais transtornos mentais que acometem a população.

### **2.1 O BINÔMIO MINISTÉRIO-PROFISSÃO**

Quando se trata da atividade pastoral, via de regra, considera-se o ministério como abnegação e dedicação a uma causa ou ideal (no caso a pregação do Evangelho e socorro aos necessitados “*lato sensu*”) desprezando-se os aspectos profissionais do pastor ou ministro religioso. A visão de que o pastor seja apenas um indivíduo vocacionado para cuidar e se preocupar das “coisas espirituais”, “das coisas de Deus”, “daquilo que vem do alto”, desconsidera a atividade pastoral, também, como uma profissão, com todas as implicações de uma atividade profissional, incluindo aspectos legais. O pastor (compreendendo neste termo todos aqueles que desenvolvem a atividade ministerial em tempo integral ou parcial) é visto como alguém separado para servir à igreja, às pessoas e à comunidade sem restrições, devendo estar disponível a todo tempo, independentemente de suas necessidades, sejam elas de convívio e cuidado familiar, descanso, suporte emocional, cuidados de saúde física e mental, e, principalmente, financeiras. Existe um conceito generalizado e arraigado de que “se Deus cuida de seus filhos, cuidará de todas as necessidades daqueles que proclamam sua Palavra”. Realmente, Deus cuida de seus filhos, no entanto esse cuidado não se dá apenas de forma sobrenatural “*stricto sensu*”, como o maná derramado dos céus, mas pela provisão de “meios”, que incluem o cuidado da igreja com seus pastores tanto espiritualmente (Hebreus 13.17-19) quanto materialmente (Filipenses 4.12-18). À despeito de sua atividade espiritual, o pastor é um ser humano que vive no mundo físico, material, com necessidades igualmente espirituais e físicas, incluindo-se familiares e sociais, exerce uma atividade profissional, reconhecida legalmente como tal.

## 2.2 AS AFLIÇÕES DA VIDA PASTORAL

A pouca compreensão do binômio ministério-profissão, muitas vezes inclusive pelo próprio pastor, produz sempre algum grau de sofrimento. De um modo geral, os membros da igreja veem o pastor como alguém com dedicação exclusiva às suas necessidades e demandas em tempo integral, independentemente de suas próprias necessidades, gerando cobranças explícitas e não explícitas. É como se a atividade pastoral trouxesse implícito o desapego à própria vida, introjetando no subconsciente do pastor este tipo de cobrança sobre si mesmo e a responsabilidade incondicional de atender às expectativas dos membros, como a assistência pessoal, crescimento quantitativo da igreja, obras sociais, respeito e reconhecimento da igreja na comunidade, entre outras atividades, despojando-se de suas necessidades pessoais. Ao pastor resta “preocupar-se com as coisas que vêm do alto”, sem que se tenha cuidado com “as coisas que estão aqui embaixo”. Estas situações e cobranças produzem aflições, conflitos interiores, “autocobranças”, que levam a sofrimento que, aliado à falta de suporte espiritual e emocional, geram estresse. Por sua vez, o estresse constante desencadeia episódios de ansiedade que, por sua vez, podem produzir um quadro de distúrbio de ansiedade generalizada, limitante das atividades pessoais e profissionais e favorecendo outros agravos à saúde física e mental. Sofredores de distúrbio de ansiedade generalizada apresentam cinco vezes mais chances de desenvolver quadro de depressão. O tratamento dos conflitos é parte integrante, se não a que ocupa maior tempo da atividade pastoral. São vários os tipos de conflitos atendidos, tais como entre familiares (cônjuges, pais e filhos, irmãos), entre membros da igreja, obreiros e voluntários e funcionários da igreja. O pastor assume a desgastante função de gestão de pessoas em um ambiente em que, muitas vezes, não se separa o “pastor pastor” do “pastor gestor”, com as expectativas de amenizar conflitos (“passar a mão na cabeça”) quando, em verdade, são necessárias atitudes e palavras mais enérgicas. Muitas pessoas que estão nas igrejas, sejam nascidas em família cristã, aquelas desde a mais tenra idade, bem como as convertidas ao Evangelho, carregam uma carga emocional, muitas vezes, com traumas e distúrbios comportamentais importantes que podem afetar profundamente seus relacionamentos pessoais, profissionais e consigo mesmas. Estes aspectos comportamentais, muitas vezes o próprio fator de conversão ao Evangelho, são levados para

dentro da igreja e, quando não tratados adequadamente, afetam os relacionamentos entre os membros, podendo causar dissensões e problemas que afetem a própria igreja (divisões, saída de membros, adultério, fraudes, dívidas não quitadas, estelionato, etc.). Existe uma crença equivocada de que com a conversão ao Evangelho ocorre a transformação do caráter automaticamente, quando, na verdade, o toque do Espírito Santo conscientiza sobre o pecado e apresenta o poder salvador do sacrifício de Jesus na cruz, em função do amor infinito de Deus. À partir de então, o espírito se rende a Cristo, mas os traumas e as feridas na alma (*psiché*) ainda devem ser restaurados em um processo, conhecido como “cura interior”, que pode ser longo e exige aconselhamento, acompanhamento, leitura e meditação na Palavra de Deus e muita oração, e demanda tempo e dedicação, gerando desgaste físico e emocional ao próprio pastor. Um agravante nesta questão é o fato de que o pastor tem suas limitações de disponibilidade de tempo, formação em aconselhamento e suas próprias feridas interiores não tratadas, aumentando sobremaneira suas aflições para a resolução das demandas. A existência de uma liderança ativa, participante, assume grande importância para aliviar a carga sobre as costas do pastor.

139

Outro aspecto importante diz respeito à própria condição do pastor como “profissional”. Se, por um lado, o pastor pode ser visto como um funcionário da igreja e, portanto, passível de demissão, por outro ainda existe, em muitas igrejas, a percepção de que o pastor seja um abnegado, desprovido de necessidades materiais e que sobreviva única e exclusivamente da graça, sem uma diretriz de remuneração adequada que possibilite condições mínimas para sustento do pastor e sua família, plano de aposentadoria (oficial ou complementar), assistência de saúde, férias e demais direitos trabalhistas (1 Timóteo 5.17-18). Além disso, não há programas de educação financeira para que os pastores sejam capacitados na gestão dos recursos pessoais e, eventualmente, daqueles que sejam confiados pela igreja (Isaías 55.2).

Em sua dissertação de mestrado em Liderança Pastoral Urbana, “Conflitos do Ministério Pastoral - Um estudo de pastores em Londrina - PR”, apresentada à UNIFIL - Centro Universitário Filadélfia, Silene Lemos da Silva Cassemiro, entrevistando pastores destacou os seguintes aspectos:

1. Pontos positivos

- Plena convicção de seu chamado, a maioria se sente realizada com o ministério
- Uma equipe de liderança que o ajuda
- Apoio da família, tanto esposa quanto filhos
- Gosta de estudar e acha importante fazer curso de Teologia
- Valoriza a oração e a vida espiritual de sua equipe
- Procura para o diálogo sempre que surge algum problema

2. Pontos negativos

- Problemas com pessoas difíceis que geram desgaste
- Problemas de temperamento dos liderados que dificultam o ministério
- A insubmissão causa problemas
- Dificuldades financeiras
- Consideram o ministério pastoral solitário

140

### 2.3 AS AFLIÇÕES DA FAMÍLIA DO PASTOR

A família do pastor é particularmente afetada não apenas pelas situações que afetam as famílias em geral, mas justamente pelo fato de ser “a família do pastor”, sofrendo “patrulhamento” constante e cobranças completamente inaceitáveis ou incabíveis, como nenhuma outra está sujeita. À esposa do pastor é imposta a expectativa de que seu ministério seja o mesmo que o do marido, exigindo que tenha um papel ativo na igreja nas mesmas dimensões que o pastor, esquecendo-se de seu papel como ajudadora na vida ministerial em proporcionar apoio e segurança emocional, cuidar das necessidades físicas e materiais (a governança da casa), a atenção e cuidado dos filhos e, eventualmente, contribuir com o sustento, dando retaguarda para o exercício do ministério pastoral. Ela é alvo constante de críticas, seja pela ausência em alguma atividade da igreja, por um estilo de roupa, pelo tipo de penteado ou maquiagem, pela disponibilidade de tempo em atender às pessoas, pela forma como educa os filhos, enfim, por cada gesto, ato ou palavra e até mesmo pelo silêncio. Aos filhos do pastor também se fazem exigências quanto ao comportamento, relacionamento interpessoal, participação nas atividades e ministérios da igreja como se “filho de pastor,

pastor fosse”, desrespeitando a individualidade, preferências, aptidões, talentos e vocação. A família sofre com a ausência ou com o pouco tempo dedicado pelo pastor em virtude das intensas atividades da igreja, falta de momentos de lazer e convivência familiar, com as dificuldades financeiras, a pesada carga de cobranças, provocando desgastes físicos e emocionais em todo o núcleo familiar, muitas vezes com a dissolução do matrimônio e o desinteresse pelos filhos pelas atividades da igreja e, até mesmo, por Cristo. As aflições da família afetam diretamente o pastor, aumentam o estresse de uma atividade por si só já estressante, comprometem o desempenho das funções, provocando ansiedade que aumenta as probabilidades de um quadro depressivo e de esgotamento físico e mental (síndrome de *burnout*).

Em sua dissertação de mestrado em Liderança Pastoral Urbana, “Um Olhar para a Família Pastoral”, apresentada à UNIFIL - Centro Universitário Filadélfia, Elvira Lucia Vargas, entrevistou pastores e esposas de pastores de quatro diferentes denominações evangélicas com contexto histórico, social, econômico, político e cultural pelo qual são reconhecidas e cumprem seu papel no cenário religioso e social na cidade de Londrina (Paraná), destacando os seguintes pontos:

- Sofrimento com muitas renúncias por ser filho de pastor
- Seus pais foram exemplo para saber cuidar da sua família
- Há muita cobrança por parte da igreja em relação à família pastoral
- Existem crises que afetam a família pastoral, ativismo, rivalidade
- Em alguns momentos, sua família gostaria que tivesse outra profissão
- Mesmo a família tendo problemas, precisa atender outros
- A igreja não cuida da família pastoral como deveria

Em síntese, o pastor se sente sozinho, com suas necessidades desprezadas pelos membros da igreja, altamente cobrado para suprir as demandas, por vezes negligente com a família e sem segurança financeira. A esposa se sente vigiada, com sua individualidade não reconhecida, solitária, altamente cobrada pela igreja e sem segurança financeira. O filho do pastor sofre com a ausência do pai, sente-se extremamente cobrado pela igreja tanto em relação ao comportamento quanto ao envolvimento com o ministério ao mesmo tempo em que a igreja não cuida da família pastoral e precisa renunciar às coisas da infância, adolescência e

juventude em função de ser “filho do pastor”. A família sofre, o pastor sofre e a igreja sofre, mesmo sem perceber.

#### 2.4 A SAÚDE MENTAL DO PASTOR

Muitos são os fatores que afligem o pastor, de aspectos individuais, relativos ao exercício da atividade pastoral a familiares, que atuam como estressores ou causadores de algum grau de sofrimento:

- Menor compensação material (salário e benefícios) que outro profissional com a mesma formação e responsabilidade
- Restrição do prazer pessoal e da expressão normal das emoções
- Falta de privacidade tendo sua vida pessoal altamente exposta
- Relacionamento com seus superiores, pois ao mesmo tempo em que deve ser o líder de sua comunidade há uma hierarquia a ser respeitada (conselho, presbitério, assembleia)
- Desgaste pela constante necessidade de socorrer às pessoas em suas dificuldades
- A expectativa dos membros da igreja em que seja autoridade em todos os assuntos, com dificuldades em estabelecer limites, provocando esgotamento físico e mental e desequilíbrio emocional
- Ativismo, marcado pela perda de foco e objetivos
- Considerar que deveria ser poupado dos problemas e dificuldades da vida por se dedicar a uma atividade espiritual (LOTUFO, 2009. p. 219-220)
- As expectativas pessoais e dos membros de crescimento da igreja
- Dificuldades financeiras, sejam elas fruto de baixa remuneração ou da inabilidade em tratar com as finanças pessoais
- Instabilidade na manutenção do emprego
- Aflições do cônjuge e filhos

142

Em sua dissertação de mestrado em Liderança Pastoral Urbana, “A Saúde Psicoemocional do Pastor e as Causas dos Altos Índices de Depressão e Suicídio”, apresentada à UNIFIL - Centro Universitário Filadélfia, Irineu Bovo Júnior, entrevistou

pastores presbiterianos na região da cidade de Londrina (Paraná), abordando aspectos estressores referentes ao ativismo com a falta de horário definido de trabalho, o excesso de mediação de conflitos como fator desencadeante de amargura e lembranças do passado, a busca desenfreada em evangelização de massa como forma de crescimento quantitativo do número de membros arrecadação de dízimos e manutenção do emprego, como predisponente de ansiedade extrema, e a associação de todos estes fatores como desencadeantes de distúrbios psicoemocionais, concluiu que:

- Grande parte dos pastores apresenta frustração com relação às expectativas pessoais de resultados não alcançados (conversões de pessoas, crescimento, desenvolvimento e a falta de compromisso dos membros).
- Excesso de mediação de conflitos, divisão de igreja, conflitos entre irmãos de família, críticas recebidas na igreja, relações entre pastores com conselhos e presbíteros da Igreja.
- Ativismo dos pastores aliado à falta de um horário definido de trabalho, sem alcançar resultados esperados provocando estresse nos pastores.
- A demanda ou necessidade de evangelização em massa em uma visão de igreja-empresa, levando ao ativismo pastoral.
- A cobrança colocando um “peso desumano” sobre os membros da família pastoral.
- A preocupação com relações interpessoais, o trabalho, vida financeira, saúde e futuro (aposentadoria) provocando altos níveis de ansiedade.
- A associação de todos estes fatores como desencadeantes de distúrbios psicoemocionais nos pastores.
- A falta de conscientização da necessidade de cuidados aumentando o risco de adoecimento do pastor, de sua família e da própria igreja.

À despeito da literatura demonstrar que existe, “*lato sensu*”, uma correlação negativa entre religiosidade ou espiritualidade com agravos à saúde mental, ou seja, aqueles indivíduos adeptos a uma religião, destacando-se os protestantes não pentecostais, apresentarem um risco diminuído a distúrbios psiquiátricos (marcadamente etilismo e dependência química), os pastores, juntamente com médicos, apresentam risco aumentado de transtornos afetivos e

ansiosos (LOTUFO, 2009, p. 257; SOEIRO *et al.*, 2008), destacando-se o transtorno de ansiedade generalizada, depressão e “*burnout*”.

#### 2.4.1 Transtornos de Ansiedade

Os transtornos de ansiedade são compostos por um grupo de transtornos mentais e comportamentais que compartilham sentimentos de ansiedade e medo excessivos, incluindo o transtorno de ansiedade generalizado (TAG), distúrbio de pânico, fobias, distúrbio de ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e o transtorno de estresse pós-traumático, cujos sintomas podem ser leves a severos e que persistem por longo tempo (OMS, 2017). O medo é a resposta emocional a um perigo real ou percebido, enquanto a ansiedade é a antecipação de um perigo ou ameaça futura, que podem se apresentar como condições transitórias, adaptativas e sem maiores consequências. Os transtornos de ansiedade são diferenciados do medo e da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou se prolongarem (em geral por mais de seis meses) interferindo na vida normal do indivíduo, geralmente induzidos por estresse. Os ataques de pânico são um tipo particular de resposta ao medo e também podem ser observados em outros transtornos mentais (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

144

Os transtornos de ansiedade são os distúrbios psiquiátricos mais frequentes em todas as faixas etárias com incidência no mundo estimada em 3,6%, variando de 2,9%, na costa oeste do Pacífico, até 5,8% na região das Américas, até 9,3% no Brasil, e quase duas vezes mais prevalente nas mulheres em relação aos homens. São a sexta causa de afastamento do trabalho no mundo e a terceira nas Américas (WHO - OMS, 2015). A alta demanda psicológica, baixa remuneração, exigências emocionais e insegurança são fatores predisponentes (FERNANDES *et al.*, 2018).

No transtorno de ansiedade generalizada, o indivíduo tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas, frequentemente se preocupam com circunstâncias diárias da rotina de vida, como possíveis responsabilidades no trabalho, saúde e finanças, a saúde dos membros da família, desgraças com seus filhos ou questões menores, como realizar as tarefas domésticas ou se atrasar para

compromissos. A ansiedade e a preocupação são acompanhadas por pelo menos três dos seguintes sintomas adicionais: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadigabilidade, dificuldade de concentrar-se ou sensações de “branco” na mente, irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Os indivíduos que sofrem de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) apresentam risco aumentado para outros distúrbios psiquiátricos, particularmente depressão maior (53,7% dos pacientes com TAG) e de suicídio (54,8% dos pacientes com TAG), além de risco aumentado de suicídio, variando de 4,1, naqueles sem depressão associada, a 5,9 vezes maior, quando a depressão está presente (VASCONCELOS *et al.*, 2015).

Sob o ponto de vista bioquímico, dois neurotransmissores parecem estar envolvidos no transtorno de ansiedade: a serotonina 5-HT, atuando na regulação da ansiedade tanto como ansiogênico ansiolítico e o GABA (ácido gama-aminobutírico), principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central (SNC) e seu efeito ansiolítico.

145

O tratamento do transtorno de ansiedade generalizado envolve abordagem terapêutica cognitivo-comportamental e medicamentosa, com drogas inibidoras da recaptação de serotonina, antidepressivos tricíclicos ou benzodiazepínicos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008).

#### 2.4.2 Depressão

Os transtornos depressivos são caracterizados por sentimento de tristeza, perda de interesse ou de prazer, culpa ou baixa autoestima, cansaço, dificuldades de concentração, distúrbios do sono ou do apetite, recorrentes ou de longa duração, prejudicando a capacidade do indivíduo para o trabalho, estudo e para as atividades diárias da vida, podendo levar ao suicídio, e incluem duas subcategorias principais: transtorno depressivo maior e distímia (WHO - OMS, 2017). O transtorno depressivo maior representa a condição clássica desse grupo de transtornos. É caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração com alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, com remissões interepisódicas, recorrente na maioria dos casos. A distímia (transtorno depressivo

persistente) é uma forma crônica de depressão, diagnosticada quando a perturbação do humor persiste por, pelo menos, dois anos em adultos e um ano em crianças (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Estima-se que a depressão acometa 4,4% da população mundial, sendo os maiores índices encontrados nos Estados Unidos, Estônia e Austrália (5,9%), Brasil (5,8%) e Portugal (5,7%), e mais comum em mulheres (5,1%) do que em homens (3,6%). Os transtornos depressivos são a primeira causa de afastamento do trabalho no mundo (WHO - OMS, 2017). Os indivíduos que sofrem de transtornos depressivos apresentam risco de suicídio aumentado, variando de 6,4 (distímia) a 6,6 (depressão maior) vezes em relação à população geral (VASCONCELOS *et al.*, 2015). Pesquisa realizada com 1.788 pastores metodistas nos Estados Unidos mostrou incidência de 9,1% de depressão moderada a severa, o que corresponde a uma taxa 154% maior em relação à população geral (DUKE CLERGY HEALTH INITIATIVE, 2014).

146

O papel dos neurotransmissores tem sido o enfoque nos estudos sobre a fisiopatologia da depressão, sendo estabelecida a relação com serotonina e noradrenalina que, juntamente com a acetilcolina, estão envolvidas na regulação da atividade psicomotora, apetite, sono e humor (VALLADA FILHO; LAFER, 1999).

Dessa forma, os transtornos depressivos devem ser encarados como multifatoriais considerando-se aspectos genéticos, sociais, econômicos e biológicos, e seu tratamento envolve abordagem psicoterápica cognitivo-comportamental e de solução de problemas (nos casos leves a moderados), medicamentosa, com drogas inibidoras seletivas da recaptção de serotonina e antidepressivos tricíclicos e a eletroconvulsoterapia (ECT). À despeito de ser o tratamento disponível mais eficaz (80% a 90% de resposta), a eletroconvulsoterapia não é usada como tratamento inicial para os transtornos depressivos devido aos efeitos colaterais, necessidade de anestesia geral e estigma social, sendo efetiva em metade dos pacientes que não respondem à medicação (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2001).

### 2.4.3 “Burnout”

A “síndrome de *burnout*” ou “síndrome do esgotamento profissional” ou “sensação de estar acabado” é descrita como sendo extrema exaustão física, mental e emocional, decorrente de exposição prolongada a situações de estresse emocional e interpessoal profissionais ou no ambiente de trabalho. Foi primeiramente descrita em 1974 por Herbert Freudenberger, que usou a expressão “*staff burnout*” para descrever uma síndrome constituída por exaustão, desilusão e isolamento em trabalhadores da saúde mental (TRIGO *et al.*, 2007), quando o indivíduo, previamente muito envolvido afetivamente com seus clientes ou com o trabalho, sofre um processo contínuo de desgaste até o momento em que perde a energia e desiste de continuar a atividade, pois o trabalho perde o sentido, considerando qualquer esforço como inútil (BRASIL, 2001). É composto pelos seguintes pilares:

- Exaustão emocional: dimensão pessoal com sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo, com sensação de esgotamento, falta de energia e de condições emocionais para tratar as situações rotineiras do trabalho
- Despersonalização: dimensão interpessoal com sentimentos e atitudes negativas, falta de empatia, sensibilidade, indiferença ou afastamento excessivo das pessoas que deveriam receber seus serviços ou cuidados.
- Diminuição do envolvimento pessoal no trabalho: dimensão organizacional com sentimentos de diminuição da competência e de sucesso no trabalho, impactando diretamente na forma de atendimento e contato com os clientes, pacientes e com a própria empresa (TRIGO *et al.*, 2007; PORTAL EDUCAÇÃO, 2019).

147

O “*burnout*” é internacionalmente reconhecido como risco ocupacional para atividades profissionais que envolvam cuidados à saúde, ensino e assistenciais, e no Brasil, através do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999 - Regulamento da Previdência Social, Anexo II, que trata dos agentes patogênicos causadores de doenças profissionais (TRIGO *et al.*, 2007). Epidemiologicamente, o estabelecimento de fatores de risco para “*burnout*” envolvem: a organização, o indivíduo, o trabalho e a sociedade.

Pesquisa realizada na Igreja Presbiteriana do Brasil, no estado de Minas Gerais, evidenciou que o sentimento de baixa realização profissional é o fator mais importante para o

desencadeamento do “*burnout*” para os pastores os principais elementos apontados foram o cansaço físico, o envolvimento emocional com os membros, a superficialidade na relação com os pares, a cobrança por resultados, a complexidade do trabalho pastoral e a falta de reconhecimento no trabalho (SANTOS; HONÓRIO, 2014). A incidência de “*burnout*” em pastores aparentemente é similar às outras atividades assistenciais, provavelmente por conseguirem lidar bem com os desafios e manterem o otimismo por considerarem que o chamado ao ministério é profundamente significativo (DUKE CLERGY HEALTH INITIATIVE, 2014).

O tratamento do “*burnout*” é multifacetado, englobando psicoterapia, medicamentos e intervenções psicossociais (afastamento laboral para tratamento).

A prevenção talvez seja a melhor estratégia no combate ao “*burnout*” com mudanças na cultura organizacional, restrições ao excesso de trabalho, estabelecimento de metas coletivas incluindo o bem estar individual, equipes multidisciplinares treinadas para prover suporte emocional e detecção precoce de indícios de esgotamento (BRASIL, 2001).

148

#### 2.4.4 Suicídio

O suicídio, em si, não é considerado como um transtorno mental, mas uma decorrência deles, porém apresenta interesse haja vista a ocorrência entre pastores que não se observava há algumas décadas. Estima-se que, em 2012, ocorreram cerca de 804.000 suicídios no mundo, o que significa uma taxa de 11,4 a cada 100.000 pessoas, sendo maior em homens (15,0) do que em mulheres (8,0), apesar de as mulheres tentarem mais, porém com menor êxito letal. não há uma resposta simples para o suicídio, mas fatores sociais, culturais e psicológicos, entre outros, podem interagir para provocar um comportamento suicida (WHO - OMS, 2104).

Sob o ponto de vista psicológico, como já discorrido anteriormente, existe risco aumentado em até 6,6 vezes em pacientes que sofrem de depressão maior e 4,1 vezes em indivíduos com transtorno de ansiedade generalizado sem depressão associada (VASCONCELOS *et al.*, 2015). A questão assume maior importância entre os pastores, haja

vista incidência aumentada de quadros depressivos nestes indivíduos (DUKE CLERGY HEALTH INITIATIVE, 2014).

A melhor abordagem no combate ao suicídio é, sem dúvida alguma, a prevenção, porém, neste contexto, os pastores encontram maiores dificuldades por não contarem com uma rede de apoio pessoal, ou não se sentirem seguros para partilhar seus sentimentos, por receio de julgamentos acerca de sua espiritualidade e capacidade de conduzir a igreja. A prevenção do suicídio requer visão, planejamento e estabelecimento de estratégias que requerem conhecimento científico e prático, suporte emocional e estratégia social (WHO - OMS, 2014), requerendo das igrejas e denominações quebras de paradigmas e preconceitos para ajudar o pastor a restaurar seu equilíbrio emocional e conseguir adiante na vida e, até mesmo, no ministério.

### **3 AS PROVISÕES DE DEUS**

149

A carga extenuante de trabalho e desgaste emocional são fatores importantes que afetam a saúde do pastor, como um todo, e os agravos à saúde mental assumem grande importância devido a taxas de incidência elevadas, mas também às dificuldades em procurar auxílio e tratamento, principalmente devido à inexistência de mecanismos de suporte emocional estabelecidos pelas igrejas ou denominações voltados ao pastor e sua família e ao preconceito com relação a este grupo de transtornos. A Bíblia ensina que Deus providencia os escapes, os meios, ou tratamentos para os agravos à saúde “*lato sensu*” (1 Coríntios 10.13). Deus pode, por sua única, exclusiva e indiscutível vontade, prover os meios para restauração das pessoas, segundo sua incompreensível sabedoria, curando alguns por ação sobrenatural, a outros utilizando meios naturais (pessoas, medicamentos) enquanto outros não receberão a cura física, mas a oportunidade de reconhecer a grandiosidade de seu amor e misericórdia na revelação do sacrifício redentor de Cristo que nos torna filhos. Os agravos à saúde mental estão descritos na literatura médica, definindo o diagnóstico, envolvimento neuroendócrino, fisiopatologia e modalidades de tratamento, e este conhecimento científico deve ser utilizado e entendido como providência de Deus para o ser humano, assim como um pai que não mede esforços para o bem de seus filhos. A principal questão a ser abordada é que o cristão não está

livre das aflições, ao contrário, Jesus deixou claro que o homem passaria por aflições (João 16.33), mas também reafirmou o amor do Pai, à partir do amor a Cristo, que provê os escapes necessários (Lucas 11.1). Quando Jesus se refere às aflições (“**θλιψις**” - *thlipsis*) sofridas pelo ser humano demonstra conhecer perfeitamente a amplitude das situações e o sofrimento provocado por elas, como se a pessoa fosse “esmagada, prensada como uvas no lagar”. Metaforicamente, Jesus falava sobre o sentimento de destruição e morte interior provocado por estas situações extremas. Jesus não promete aos apóstolos uma vida isenta de percalços e intempéries, mas, ao contrário, alerta que seriam perseguidos e odiados, no entanto, também assegura que o Pai providenciaria os meios para vencer as agruras da vida (1 Coríntios 10.13). O tratamento destas condições pode envolver várias vertentes, segundo a literatura médica: mudanças no estilo de vida, apoio pessoal, psicoterapia e medicamentoso:

1. Mudança no estilo de vida
2. Apoio pessoal
3. Psicoterapia
4. Tratamento medicamentoso

150

A literatura médica e psicológica também tem estudado a importância e o impacto da espiritualidade no tratamento dos agravos à saúde mental, reconhecendo menores probabilidades de doenças mentais e melhores resultados no tratamento dos pacientes que exercitam a fé (LOTUFO NETO, 1997.; VOLLET & WIGGERS, 2019), mostrando que o relacionamento com Deus é um dos “escapes” oferecidos pelo Pai.

### 3.1. RESTAURAÇÃO DIVINA

A primeira forma de escape proporcionada por Deus é a própria ação divina através do relacionamento com ele. Não há dúvidas, para aqueles que conhecem Bíblia, que Davi sofreu inúmeras aflições, tanto por perseguições sofridas e traumas de batalhas quanto por conflitos interiores. A vida de Davi era extremamente tensa, vivendo constantemente sob a expectativa do inesperado, do perigo iminente, muitas vezes não sentindo segurança física nem mesmo em locais onde buscava refúgio (1 Samuel 21.10-13). Tal era a situação que Davi buscava refúgio físico em esconderijos no deserto, para onde outras pessoas, igualmente aflitas,

também recorriam (1 Samuel 22.1-2). No entanto, Davi buscava e reconhecia em Deus a fonte de todo livramento a alívio das aflições (Salmos 18.28-32). Davi reconhece suas aflições e seus sentimentos de abandono e desesperança, sentindo-se imerso na escuridão. Mais que puramente sentimento de “ansiedade”, Davi mostrava viver um “transtorno de ansiedade generalizada” e um quadro depressivo que frequentemente se associa àquele (GAVIN *et al.*, 2015) e a descrição do sentimento de estar na escuridão (“minhas trevas”), mostra o profundo estado depressivo em que Davi se encontrava mergulhado. Davi se mostra consciente de sua condição, mas busca e reconhece na misericórdia do Senhor a restauração e o conforto nas adversidades. Nos momentos de profunda angústia, clama a Deus em oração (Salmo 55.1-8). Observam-se elementos de transtorno de ansiedade e depressão maior, mas Davi clama ao Pai em oração e reconhece o socorro (Salmo 55.22). Paulo foi outro servo do Senhor sofrendor de perseguições e situações de extremo estresse, reconhecendo, no entanto a importância da íntima relação com Deus para vencer as aflições. Paulo orienta a lançar todas as preocupações sobre o Senhor desenvolvendo uma vida de oração (Efésios 6.18). Paulo insiste na importância da oração, em separar tempo para orar e ter intimidade com Deus. A intimidade produz confiança e a certeza do apoio. Apenas desenvolvendo intimidade com Deus pode-se conhecer e reconhecer Deus como pai bondoso, amoroso e misericordioso, em quem se pode confiar e depositar todas as necessidades, com a convicção de que o melhor será feito, pois Deus está no controle. Outra forma de vencer as aflições, além da oração, é ocupar a mente com as coisas boas e verdadeiras através do conhecimento e meditação na Palavra de Deus (Salmo 1.1-2). O conhecimento de Deus é essencial para a confiança nele e a leitura, conhecimento e meditação na Palavra são essenciais para a renovação da mente, como se, metaforicamente, seja feita a “formatação do *Hard Disk* para remover os vírus, os *malwares*, o lixo”, e inserir informações novas, saudáveis e confiáveis (Romanos 12.2). Apenas pela renovação da mente, da forma de pensar, através da meditação na Palavra de Deus e vida de oração, pode-se praticar e viver as verdades do Evangelho e entregar realmente a vida, as aflições, as necessidades e esperar em Deus (Efésios 3.19-20).

### 3.3.2 Mudanças no Estilo de Vida

A complexidade e intensidade das atividades profissionais dos pastores e ministros religiosos, impõe uma rotina de vida, muitas vezes, desregrada, no que diz respeito a horários, alimentação, descanso, férias, lazer, convivência e relacionamento conjugal e com os filhos. Mudanças ou adaptações no estilo de vida, incluindo a alimentação, são um aspecto importante na prevenção e no tratamento dos agravos à saúde física e mental. A separação de horário para descanso é fundamental para a reparação do vigor, tão importante que o próprio Deus descansou (Gênesis 1.2-3) e determinou ao homem que fizesse o mesmo (Êxodo 31.15). O gerenciamento adequado do tempo, de forma a organizar as atividades e compromissos, é extremamente importante para que as tarefas e compromissos sejam cumpridos de forma eficaz e eficiente, sem desperdício de tempo, esforços e recursos. Paulo instrui a utilizar sabiamente do tempo, priorizando as coisas mais importantes (Efésios 5.15-16) e orienta o uso sábio do próprio tempo, tanto na priorização das atividades, quanto na destinação correta do tempo (Eclesiastes 3.1-8). Outro aspecto importante é o cuidado com a correta alimentação para a preservação da saúde física.

152

### 3.3.3 Apoio Pessoal

Auxílio moral, motivacional, através da rede de relacionamentos de amigos, grupos, comunidades, igreja, sem necessariamente formação técnica ou profissional na área da saúde, também se apresenta como uma das formas de apoio para amenizar o sofrimento e o tratamento aos agravos à saúde mental. Um exemplo clássico é encontrado quando Paulo estava preso em Roma e escreve a Timóteo, revelando sentir-se abandonado pelos irmãos e a importância do apoio moral que recebeu de Onesíforo e sua família (2 Timóteo 1.15-17). Paulo demonstra sentir-se sozinho e sua necessidade de companhia e apoio (2 Timóteo 4.9-11). O próprio Jesus necessitava do apoio de seus discípulos. No Getsêmani, Jesus, tomado de profunda dor, tristeza e angústia tão intensas suou sangue (Lucas 22.44). Esta é uma condição conhecida e descrita na medicina como hematohidrose, hematidrosis ou hemidrosis, extremamente rara, na qual o ser humano transpira sangue sob condição de extremo estresse

físico ou emocional (TSHIFULARO, 2014). Cristo pediu o apoio de seus apóstolos e mostrou-se contrariado por não receber o apoio que necessitava (Mateus 26.36-46).

### 3.3.4 Auxílio Profissional

As três abordagens anteriores encontram fácil aceitação entre os cristãos, porém, em alguns casos não são suficientes para restaurar o equilíbrio da saúde mental, sendo necessária uma intervenção profissional com aplicação de conhecimentos de Psicologia, Psiquiatria e Psicopatologia. Aqui reside uma grande dificuldade no cuidado e tratamento dos agravos à saúde mental. Ainda existem muitos preconceitos e conceitos equivocados a respeito dos distúrbios psicológicos, sendo associados ao pecado e influências ou possessões demoníacas inibindo grande parte dos pastores e ministros religiosos de buscar este tipo de auxílio, quer seja por essa forma de pensar, quer seja por receio de implicações negativas em sua vida ministerial devido ao julgamento feito pelas pessoas. Esta associação entre doenças e pecado pode gerar nas pessoas o sentimento de culpa, quando, na verdade as causas são outras (João 9.1-3). O conceito de que os distúrbios mentais sejam devidos exclusivamente a influências ou possessões demoníacas desconsidera o fato de que, ao aceitar Jesus como senhor e salvador de sua vida, o cristão recebe o Espírito Santo (Romanos 8.10-11). O cristão verdadeiro não pode ser possuído por demônios, pois seu corpo é o templo do Espírito Santo e, como tal não pode ser compartilhado com as trevas (1 Coríntios 6.19). A complexidade da mente humana é de tão grande magnitude que os conflitos interiores podem paralisar o indivíduo. Paulo revelou os conflitos que vivenciava em consequência de seu passado (Romanos 7.15-25), e com certeza não estava possesso por demônios, mas vivendo um conflito interior, assim como muitos pastores, ministros religiosos, obreiros leigos e cristãos, com diferentes níveis de sofrimento. Isto tem favorecido e incentivado a formação acadêmica de profissionais para aconselhamento, psicoterapia e outras terapias com base científica e respeito à fé cristã.

### 3.3.5 Tratamento Medicamentoso

Se a abordagem de aconselhamento profissional ou psicológico encontra resistência baseada em concepções equivocadas sobre os distúrbios mentais, o tratamento medicamentoso agrega os conceitos subjetivos de “loucura”, “insanidade”, não apenas entre cristãos, mas na sociedade como um todo, sedimentados com base no tratamento dispensado aos doentes em um passado não muito distante, devido ao desconhecimento de fisiopatologia, bioquímica e pequena gama de medicamentos disponíveis. Atualmente, está bem estabelecido o papel dos neurotransmissores nos mais variados distúrbios psiquiátricos, principalmente o envolvimento da serotonina, dopamina e noradrenalina, que podem ser afetados por inúmeras situações, incluindo contínua e prolongada exposição ao estresse, hábitos alimentares, deficiências nutricionais (triptofano, aminoácido precursor da serotonina, por exemplo), fatores genéticos e o processo normal de envelhecimento. Estes conhecimentos permitiram o desenvolvimento de medicamentos com melhores resultados e menos efeitos adversos para o tratamento destas doenças. Deus pode realizar curas milagrosas (Tiago 5.14-15), porém o uso de medicamentos para o tratamento e cura de doenças não significa falta de fé, pois sabemos que, em sua soberania, pode curar a uns e não a outros, segundo seus propósitos. O apóstolo Paulo sofria de um mal, que considerava como “um espinho na carne” que, por mais que pedisse, não tinha a cura, mas entendia que havia um propósito de Deus para que assim fosse (2 Coríntios 12.7-9), no entanto também entendia e reconhecia que as doenças podiam ser tratadas com medicamentos, tanto que recomenda a Timóteo o uso terapêutico do vinho (1 Timóteo 5.23). Jesus, mesmo que metaforicamente, faz alusão à necessidade de tratamento médico aos doentes (Mateus 9.10-12). Na parábola do bom samaritano, Jesus menciona o uso de medicamentos no tratamento das feridas (Lucas 10.34). No Velho Testamento também há menção a medicamentos (Ezequiel 47.12) e médicos (Jeremias 8.12). Os agravos à saúde mental podem ter um componente orgânico, bioquímico, neuroendócrino e necessitar de tratamento medicamentoso adequado para o restabelecimento do indivíduo, possibilitando o retorno à vida normal, à convivência familiar e social saudável e ao exercício das atividades ministeriais de forma produtiva, não existindo qualquer argumento bíblico sólido contrário.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As pessoas vivenciam várias situações em suas rotinas diárias de vida, experimentando todos os tipos de sentimentos e experiências que produzem momentos de felicidade e bem estar, mas também de tristeza, sofrimento e dor física, mental e espiritual e com os pastores e ministros religiosos não poderia ser diferente. A atividade pastoral exige dedicação e renúncias pessoais, familiares e sociais para o atendimento das expectativas e necessidades da igreja e de seus membros, muitas vezes em intensidade muito superior àquela que se pode suportar. As exigências lançadas sobre o pastor, quer seja na administração e crescimento da igreja ou em uma pregação que agrade e atenda aos anseios dos membros associadas a outros aspectos, tais como a remuneração muitas vezes insuficiente para dedicação exclusiva ao ministério, ausência de jornada de trabalho definida requerendo disponibilidade integral para o atendimento das necessidades da igreja e seus membros, falta de uma rede de apoio para atender às necessidades do pastor e sua família, a relação de competitividade com os demais pastores, o sentimento de solidão no ministério, entre outros, são fatores que produzem estresse (“fatores estressores”) em níveis variados. A intensidade e constância destes fatores estressores sobre o pastor pode impactar a saúde física e mental desencadeando transtornos de ansiedade, depressivos, “*burnout*” e até suicídio em taxas superiores às observadas na população geral, e requerem tratamento adequado. No entanto, vários são os obstáculos para que o pastor busque e encontre esse tratamento, sendo o preconceito com relação aos transtornos mentais, provavelmente, o principal. A falta de conhecimento teórico e entendimento acerca destes transtornos, muitas vezes atribuídos ao pecado, à falta de fé, a uma espiritualidade fraca e à loucura, sem dúvida, é uma barreira importante a ser quebrada para a procura por tratamento. A igreja, e o próprio pastor, deve reconhecer os transtornos mentais como doenças como outras quaisquer e que Deus, em sua sabedoria, misericórdia e amor infinitos, provê todos os meios para o tratamento adequado e restabelecimento da saúde e do equilíbrio emocional e espiritual, seja por uma cura sobrenatural ou através de pessoas capacitadas, usadas pelo Pai todo-poderoso, para indicar o uso de medicamentos apropriados. Além disso, os transtornos mentais devem ser tratados em suas causas de maneira profilática. As igrejas e denominações religiosas devem instituir programas, normas ou políticas de apoio,

prevenção e tratamento da saúde, física e mental, de seus pastores, através do estabelecimento de regime trabalhista adequado, observando-se períodos de descanso semanal e férias remuneradas, remuneração adequada ou condições de atendimento às necessidades básicas do pastor e sua família, disponibilização de estrutura ou rede de apoio de cuidados e atenção à saúde física e mental, entre outras medidas, de forma a preservar a sanidade do pastor para que a sanidade da própria igreja seja preservada.

### REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais: DSM-4**. Washington (DC): American Psychiatric Press, 1994.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico para transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diagnóstico e tratamento da depressão**. Brasil. 2001. Disponível em [https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/depressao.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/depressao.pdf). Acesso em: 28 jun. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Transtornos de ansiedade: diagnóstico e tratamento**. Brasil. 2008. Disponível em: [https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/transtornos-de-ansiedade-diagnostico-e-tratamento.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/transtornos-de-ansiedade-diagnostico-e-tratamento.pdf). Acesso em: 28 jun. 2019.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Nova Versão Internacional Free Online. Disponível em: <https://www.biblestudytools.com/nvip/>. Acesso em: 22 jun. 2019.

BOVO JÚNIOR, Irineu. **A saúde psicoemocional do pastor e as causas dos altos índices de depressão e suicídio**. 2018. Dissertação (Mestrado em Liderança Pastoral Urbana) – UNIFIL, Londrina, 2018.

CASTILLO, Ana R. GL.; RECONDO, Rogéria; ASBAHR, Fernando R.; MANFRO, Gisele. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, s. 2, dez. 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000600006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600006). Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>

doencas\_relacionadas\_trabalho\_manual\_procedimentos.pdf. Acesso em: 31 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Governo Brasileiro. **Depressão**: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao>. Acesso em: 18 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Governo Brasileiro. **Síndrome de Burnout**: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/sindrome-de-burnout>. Acesso em: 18 jun. 2019.

DEUS, Persio R.G. Um estudo da depressão em pastores protestantes. **Ciências da Religião – História e Sociedade**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 190-202, 2009. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cr/article/view/1134>. Acesso em: 01 jun. 2019.

DUKE CLERGY HEALTH INITIATIVE. **2014 Statewide Survey of United Methodist Clergy in North Carolina**. Durham. 2014. Disponível em: <https://divinity.duke.edu/sites/divinity.duke.edu/files/documents/chi/2014%20Summary%20Report%20-20CHI%20Statewide%20Survey%20of%20United%20Methodist%20Clergy%20in%20North%20Carolina%20-%20web.pdf>. Acesso em: 31 jun. 2019.

157

FERNANDES, Márcia A.; RIBEIRO, Hellany K. P.; SANTOS, José D.M.; MONTEIRO, Claudete F.S.; COSTAL, Rosana S.; SOARES, Ricardo F.S. Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. **Rev. Bras. Enferm.** [online], v. 71, (supl 5), p. 2344-51, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt\\_0034-7167-reben-71-s5-2213.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2213.pdf). Acesso em: 11 jun. 2019.

GAVIN, Rejane S.; REISDORFER, Emilene; GHERARDI-DONATO, Edilaine C.S.; Dos REIS, Leonardo N.; ZANETTI, Ana C.G. Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, mar. 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762015000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 19 jul. 2019.

GOMES, Antonio M.A. Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. **Estudos de Religião**, São Paulo, v. 25, n. 40, 81-109, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ER/article/viewFile/2368/2555>. Acesso em: 01 jun. 2019.

KONKIEWITZ, Elisabete C., MAGRINELLI, Ariadne B., SALES, Dayane C. S., BENTO, Débora R. G. M., MENEGOTTO, Elimar M. A., LEITE, Mariana C. C. **Tópicos de Neurociência clínica**. Dourados: UFGD, 2010. Disponível em: <http://files.ufgd.edu.br/arquivos/arquivos/78/EDITORIA/T%C3%B3picos%20de%20neuroci%C3%A2ncia%20cl%C3%ADnica.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.

LEVITAN, Michelle N.; CHAGAS, Marcos H.N.; CRIPPA, José A.S.; MANFRO, Gisele G.;

HETEM, Luiz A. B.; ANDRADA, Nathalia C., SALUM, Giovanni A.; ISOLAN, Luciano; FERRARI, Maria C.F.; NARDI, Antonio E. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 33, n. 3, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v33n3/14.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.

LOTUFO NETO, Francisco. **Psiquiatria e religião**: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. 1997. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997. Disponível em: <http://www.ieef.org.br/wp-content/uploads/2013/03/PSIQUIATRIA-E-RELIGI%C3%83O-%E2%80%93-A-PREVAL%C3%84NCIA-DE-TRANSTORNOS-MENTAIS-ENTRE-MINISTROS-RELIGIOSOS.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2019.

LOTUFO NETO, Francisco; LOTUFO JR., Zenon; MARTINS, José C. **Influências da religião sobre a saúde mental**. São Paulo: ESETec, 2009. Disponível em: <https://www.faseh.edu.br/wp-content/uploads/2016/02/Influências-da-religião-sobre-a-saúde-mental-Lotufo.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.

MELO NETO, Valfrido L. de; LÔBO, Alice P. da S.; VASCONCELOS, Juarez R. de O. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64 n. 4, out./dez. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852015000400259](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000400259). Acesso em: 26 jun. 2019.

158

MORENO, Fernanda N., GIL, Gislaíne P., HADDAD, Maria do Carmo L., VANNUCHI, Marli T. O. Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, s. 1, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a23.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

PORTAL EDUCAÇÃO. **A Síndrome de Burnout**: aspectos relevantes para o mundo do trabalho. São Paulo. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/psicologia/a-sindrome-de-burnout-aspectos-relevantes-para-o-mundo-do-trabalho/27982>. Acesso em: 01 ago. 2019.

RIBEIRO, Hellany K. P.; SANTOS, José D. M.; MONTEIRO, Claudete F. S.; COSTA, Rosana dos S.; SOARES, Ricardo F.S. Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, s. 5, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001102213&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102213&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 23 jun. 2019.

SANTOS, Ana Cristina de O.; HONÓRIO, Luiz C. As Dimensões da Síndrome de Burnout no Trabalho dos Pastores da Igreja Presbiteriana do Brasil em Minas Gerais. ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 28., 2014, Rio de Janeiro. **Anais** [...] Rio de Janeiro: ANPAD, 2014. Disponível em: [http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2014\\_EnANPAD\\_GPR359.pdf](http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2014_EnANPAD_GPR359.pdf). Acesso

em: 23 abr. 2019.

SOEIRO, Rachel E.; COLOMBO, Elisabetta S.; FERREIRA, Marianne H.F.; GUIMARÃES, Paula S.A.; BOTEGA, Neury J.; DALGALARRONDO, Paulo. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, abr. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X\\_2008000400009&lang=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X_2008000400009&lang=en). Acesso em: 22 jun. 2019.

SOUZA, Fabio G.M. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, s. 1, maio 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000500005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500005). Acesso em: 18 jul. 2019.

TRIGO, Telma R., TENG, Chei T., HALLAK, Jaime E.C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Brasil, v. 34 n. 5, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n5/a04v34n5.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

TSHIFULARO, M. Blood otorrhea: blood stained sweaty ear discharges: hematohidrosis; four case series (2001-2013). **American Journal of Otolaryngology**, [S.l.], v. 35, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24315735>. Acesso em: 19 jun. 2019.

159

VALLADA FILHO, Homero P., LAFER, Beny. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, s. 1, maio 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000500004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500004). Acesso em: 29 jun. 2019.

VARGAS, Elvira L. **Um olhar para a família pastoral**. 2018. Dissertação (Mestrado em Liderança Pastoral Urbana) – UNIFIL, Londrina, 2018.

VASCONCELOS, Juarez R. O.; LÔBO, Alice P. S.; MELO NETO, Valfrido L. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64 n. 4 out./dez. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852015000400259](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000400259). Acesso em: 28 jun. 2019.

VOLLET, Angela B.D.L.; WIGGERS, Eliz M. **A relação entre espiritualidade, saúde e psicologia**: uma pesquisa bibliográfica. Balneário Camboriú, 2019. Comunicação pessoal recebida por drdelcio@hotmail.com.com . Acesso em: 12 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. Geneva, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Burn-out um "fenômeno ocupacional"**:

classificação Internacional de Doenças. Genebra, 2019. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/). Acesso em: 01 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. Genebra, 2014. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 01 ago. 2019.