

# RELIGIOSIDADE E DEPRESSÃO: UMA ANÁLISE EM PASTORES PROTESTANTES

## RELIGIOSITY AND DEPRESSION: AN ANALYSIS IN PROTESTANT SHEPHERDS

Auricele Martins da Silva<sup>1</sup>

Luís Augusto de Carvalho Mendes<sup>2</sup>

**Resumo:** A Depressão é denominada como um transtorno mental que vem acometendo um grande número de pessoas de várias faixas etárias. Assim, o presente estudo teve como objetivo a análise da depressão frente aos pastores protestantes, verificando o nível de estresse no desempenho de suas atividades e descrevendo como o papel do religioso influencia a aceitação e o enfrentamento da depressão. A pesquisa seguiu os preceitos de um estudo exploratório, por meio de uma pesquisa bibliográfica. Os dados foram coletados em 20 materiais entre artigos nacionais e internacionais, livros, e teses que desenvolveram estudos sobre o tema. Foram encontrado que os pastores religiosos podem estar propensos a depressão devido à sobrecarga de trabalho que um pastor acaba assumindo como: produzir sermões, aconselhar, visitar membros, aniversários, velórios, casamentos, reuniões e batizados, sem contar com as demandas de ordem pessoal e familiar, nesse misto de emoções envolvidas, e com todas essas tarefas, geram estresse e desorganização emocional, trazendo consequências pessoalmente negativas para a vida dos ministros da fé. Sendo necessário maior esclarecimento, enfrentamento de preconceitos e, em muitos casos, o acompanhamento especializado para a manutenção da saúde mental.

---

1 Psicóloga pela Faculdade Uninassau João Pessoa

2 Orientador, docente da Faculdade Uninassau João Pessoa



**Palavras-chave:** Religiosidade, Depressão, Liderança, Pastor.

**Abstract:** Depression is termed as a mental disorder that is affecting a large number of people of various age groups. Thus, the present study aimed at analyzing depression in front of Protestant leaders, verifying the level of stress in the performance of their activities and describing how the role of the religious influences the acceptance and confrontation of depression. The research followed the precepts of an exploratory study, through a bibliographical research. The data were collected in 20 materials between articles, books, and theses that developed studies on the subject. It has been found that religious leaders may be prone to depression because of the overwork that a pastor ends up assuming: producing sermons, counseling, visiting members, birthdays, wakes, weddings, meetings, and baptisms, not to mention personal demands and family, in this mix of emotions involved, and with all these tasks, generate stress and emotional disorganization, bringing negative consequences to the life of the ministers of faith. Greater clarification, coping with prejudice and, in many cases, specialized monitoring for the maintenance of mental health are necessary.

**Keywords:** Religious, Depression, Leadership

## INTRODUÇÃO

Dentre os transtornos psiquiátricos existentes na literatura, a depressão aparece como uma doença que apresenta um alto índice de incidência, ocupando a segunda posição das doenças mais frequentes no mundo, A depressão é caracterizada pela perda ou diminuição de interesse e prazer pela vida, gerando angústia e prostração, algumas vezes sem um motivo aparente. Atualmente, a depressão é considerada mais recorrente em mulheres na fase adulta que em homens, fatos justificados em especial devido aos fatores hormonais femininos. (TENÓRIO, 2018).



A depressão é reconhecida pelas ciências médicas como uma desordem do funcionamento do cérebro que afeta e compromete o seu funcionamento, com consequências na vida pessoal, emocional, psicológica e social, sua origem pode ser justificada a partir dos aspectos biológico, genético, cognitivo, social e ligado à história de vida do sujeito.

Na sociedade moderna o ser humano está inserido nos diversos contextos sociais como família, escola, trabalho, igreja, os quais atribuem aos mesmos diversos papéis, esses com suas respectivas responsabilidades. Responsabilidades estas, que em sua maioria promove angústia, ansiedade, preocupação, estresse, que quando não são controlados e reorganizado poderão levar esse indivíduo a desenvolver um quadro clínico de depressão.

As possibilidades da instalação da depressão na vida do indivíduo poderão ser mais frequentes quando o mesmo ocupa um grau de responsabilidade diante de um grupo de pessoas. São os casos dos indivíduos que assumem funções de diretores, gerentes, coordenadores, supervisores de uma estrutura organizacional. No caso das instituições religiosas podem-se fazer referências aos padres, monges, reverendos, bispos e pastores.

Historicamente, nas instituições evangélicas, surge o pastor como a figura que representa autoridade, que diante das responsabilidades e funções a ele atribuídas lhe exige um permanente preparo diante das diversas demandas que surge no contexto da igreja como: aconselhamento, sermão, jejum, oração e leituras diárias. Além de ministrar e realizar cerimônias de noivados, batizados, casamentos, reuniões administrativas, velórios etc.

Ao olhar a figura do pastor acrescentam-se ainda as suas responsabilidades no papel de ser pai, chefe de família, esposo, filho, que a ele confere um peso de ordem pessoal por ser cobrada do mesmo uma postura exemplar no cumprimento desses papéis. Além de, demonstrar eficiência no gerenciamento dos bens pessoais como também, dos recursos financeiros da igreja.

Diante do exposto, acredita-se que o pastor líder de igreja apresenta possibilidade de desenvolver um quadro de depressão devido às exigências feitas a partir das responsabilidades pertinentes



a figura do líder religioso, bem como por sentimentos de angústia e frustração que podem surgir decorrentes dessa atividade ou por outra demanda pessoal.

Porém, por outro lado, percebe-se em sua maioria a certa resistência nos líderes religiosos em aceitar e admitir o diagnóstico da depressão. Culturalmente, a figura do pastor religioso é vista com um ser forte, corajoso, sem problemas, sem doenças de ordem psíquicas, que sempre está pronto para acolher as diversas demandas da irmandade. Assim, este estudo busca entender acontece o processo de aceitação de um diagnóstico de depressão por um líder protestante.

Acredita-se que o agente causador da depressão, é que os líderes religiosos se deparam com essa situação de estresse, problemas pessoais e familiares o qual se depara a todo tempo, pois a sobrecarga de atividades diárias e o imediatismo excessivo têm adoecido a muitos. Até pessoas que estão na igreja que tem a fé como ponto crucial em sua vida, a cada dia tem sido alvo da doença que é depressão, e o número das vítimas vem crescendo de modo significativo.

Assim esta pesquisa analisou como os líderes protestantes percebem a depressão na atualidade, bem como verificou o nível de estresse no desempenho de suas atividades, analisou como o papel religioso influencia na aceitação e no enfrentamento da depressão. Para alcançar tais objetivos, o presente artigo optou por uma revisão bibliográfica, de natureza básica e caráter exploratório, partindo da compreensão de que se acredita que o pastor líder de igreja, apresenta possibilidades de desenvolver um quadro depressivo em meio às exigências e responsabilidades pelas funções desempenhadas pelo líder religioso.

Para se atingir aos objetivos tratou-se de uma pesquisa exploratória que segundo Gil (1999), visa proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo.

Sendo assim, foi realizado um levantamento bibliográfico no banco de dados do Google Acadêmico, periódicos CAPES, SCIELO, em que foram encontrados materiais publicados em livros, revistas eletrônicas, teses, sites eletrônicos etc.

Com relação ao tipo de classificação corresponde a uma pesquisa qualitativa em que o cien-



tista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas. O desenvolvimento da pesquisa é imprevisível. O conhecimento do pesquisador é parcial e limitado. O objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas e ilustrativas: seja ela pequena ou grande, o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações (DESLAURIERS, 1991).

De acordo com Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa qualitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação (MINAYO, 2001). O resultado da pesquisa bibliográfica será apresentado nos capítulos a seguir.

## **DESMISTIFICANDO A DEPRESSÃO**

A depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes e está entre as principais preocupações da organização mundial de saúde. Estima-se que 15 a 20% da população em geral apresenta depressão maior em algum período da vida. (BECKER, 2003).

Segundo Gomes (2011), A pessoa com depressão troca o dia pela noite, o sujeito deprimido passa a ter hábitos noturnos, assim que a noite chega precisa acordar, quando o dia amanhece, precisa dormir, o lugar mais aconchegante do mundo, o mais macio, o mais confortável e mais confiável é a cama. O sujeito deprimido tem a cama como seu maior aliado, ele e a cama são irmãos siameses, assim quando consegue dormir, não quer mais acordar.

Dessa forma o sono aparece como o último refúgio, pois a depressão traz insônia e ela gera irritação, o deprimido é irritadiço, neurastênico mesmo, não tem domínio sobre as próprias emoções, não é paciência, perde a razão facilmente, explode à toa, não sabe a origem da própria irritação e nem



precisa, está sempre irritado, e isso é o basta (GOMES, 2011).

Para aqueles que estão acometidos pela depressão o fracasso é seu companheiro, percebe-se fracassado o tempo todo, ele tem o fracasso como seu amigo íntimo, não consegue enxergar possibilidades alguma de sucesso. A vida é uma areia movediça, como se Deus estivesse se divertindo em culpá-lo, castigá-lo, feri-lo, humilhá-lo, seu amor próprio desaparece, em seu lugar, fica aquele sentimento de vazio que todo deprimido conhece, podendo ser descrito como um filme preto e branco, o tempo passa devagar, com uma sucessão de eventos sem lógica, o trabalho não faz sentido, assim como a vida não parece ter sentido. O dia parece passar apenas como vários fatos marcados pelos atos rotineiros de comer, beber, dormir e acordar para mais uma vez cumprir toda rotina. (GOMES, 2011).

Atualmente a depressão é compreendida pela ciência médica como uma desordem do funcionamento cerebral que afeta e compromete o funcionamento normal do organismo, com reflexos ou consequências na vida pessoal em seus aspectos emocionais, psicológicos familiares e sociais. A doença depressiva deve, portanto ser examinada do ponto de vista biológico, genético, cognitivo e social considerando ainda a história pessoal, econômica e espiritual do indivíduo (DEUS, 2009).

Para conceituar a depressão é necessário olhar a história e observar como o conceito vem sendo usado. O termo depressão e outros correlatos são usados desde a antiguidade tanto na história quanto na medicina. No antigo testamento encontramos a história do rei Saul como descrição de uma síndrome depressiva.

No século V, a.c. Caelius Aurelianus escreveu sobre os sinais de aproximação da melancolia, sendo eles: angústia, depressão, silêncio e animosidade. As vezes um desejo de viver outras vezes um anseio de morte e uma suspeita por parte do paciente de que há uma conspiração que está sendo maquinada contra ele (WHITE, 1987).

Furegato (2008), afirma que a depressão é o transtorno mental que relaciona-se ao humor e afeto. Vem sendo caracterizada como um episódio patológico com perda de interesse falta de apetite, de prazer nas coisas, sentimento de culpabilidade, de inutilidade, falta de energia e pensamento sui-



cida.

A Organização Mundial Da Saúde - OMS afirma que a depressão é uma doença que afeta cerca de 350 milhões de pessoas mundialmente de todas as faixas etárias e idades, é a principal causa de 850 mil suicídios por ano e a quarta doença mais onerosa entre todas as outras doenças. Estima-se que uma em cada quatro pessoas no mundo sofre ou vai sofrer de depressão (OMS, 2017).

A depressão é um transtorno mental. Dos transtornos mentais que levam ao suicídio o mais comum é a depressão. A alteração do humor, a falta de energia, o desânimo profundo, a perda de interesse em atividades e outros sintomas que podem se manifestar em episódios de depressão, tornando-se algo tão insuportável para o enfermo, que este pode se encaminhar para o suicídio. A associação depressão/suicídio cada dia é mais presente (DE SOUZA, 2017).

É uma caracterizada por um conjunto de sintomas físicos e emocionais, alterando a capacidade da pessoa de realizar as atividades normais. O paciente com depressão apresenta sensação de vazio, alteração de humor, irritação, angustia, lentidão ou agitação, déficit de memória, crise de choro, insônia, ganha ou perda de apetite, falta de interesse pelo sexo, isolamento social dentre outros (ISTILLI et. al., 2010 apud. BECKER, 2003).

Para Ramos (1984), existem dois tipos de depressão: 1) Depressão inibida: doente com desinteresse, não se mostrando muito preocupado com seu estado, aliando sua doença às provações vivencia dia a dia. 2) Depressão ansiosa: neste tipo de depressão, o paciente se mostra altamente preocupado com sua doença, relata bastante sobre os sintomas e se apresenta ansioso e bastante agitado.

Considera-se depressão um tipo de transtorno afetivo que provoca alterações cognitivas no corpo e humor. Seus conjuntos de sintomas duram semanas, meses ou até anos, interferindo de forma significativa na vida social, profissional e principalmente pessoal do individuo (JARDIM, 2011).

De acordo com Becker:



O homem depressivo tem a vivência de caminhar negativamente em relação com o tempo, existindo nele uma alteração do sincronismo vivido entre o mundo e a consciência, entre ele e nos. Este transtorno de temporalidade, torna-se incompreensível, inclusive para esse homem psicologicamente enfermo, vendo-se lançado para o passado e impulsionado a examinar aqueles conflitos e acontecimentos mesmo os mais impenetráveis, de seu passado (2003, p. 51).

A depressão tem acometido uma boa parte da sociedade, e vem sendo constituído um mal universal que atinge pobres e ricos, fracos e fortes, grandes e pequeno, crente e não crentes, todos sem distinção poderão ser alvos dela (MILLER, 1983).

O termo depressão vem sendo bastante discutido no meio acadêmico pela imprensa leiga como sendo um mal da atualidade. No entanto Areteu da capadócia, no século I a.C, já descrevia um quadro depressivo dentro da conceituação que hoje se faz desta doença (CORREA, 1995).

A depressão acontece em meio a alguns fatores que envolvem o contexto social e psicológico. Ocorre por meio biológico que envolve transtornos do humor com desregulação de neurotransmissores; fatores genéticos que aparecem como uma herança genética como o transtorno bipolar e os fatores psicossociais que incluem acontecimentos vitais de estresse ambiental. Consideram-se esses pontos importantes para a compreensão da depressão para que haja um tratamento adequado (KAPLAN; SADOCK, 2007).

Em relação à depressão leve o indivíduo fica impossibilitado de trabalhar e de desenvolver as atividades que costuma realizar diariamente por se sentir constantemente cansado, irritado e de mau humor diferenciando de pessoa para pessoa. A depressão moderada causa maior sofrimento com redução da qualidade de vida e diminuição do rendimento profissional que deixa o indivíduo paralisado em expressar suas habilidades reais. No caso de depressão grave as consequências na vida de quem esta acometida por esse transtorno é ficar paralisado em todos os aspectos da vida como: familiares,



profissionais e pessoais, podendo ocorrer outros males até chegar ao ponto de suicídio (DEUS, 2009).

São responsáveis pelo surgimento da doença fatores psicossociais que são eles: desemprego, aposentadoria, casamento e separações conjugais correlacionados com aumento no índice de depressão. A ausência de perda de uma das figuras parentais durante a infância (pai e mãe) predispõe a um maior risco de doença depressiva na idade adulta. Conflito entre irmãos também são igualmente associados ao aumento de depressão (YEH; LEWPERS, 2004).

Lotufo Neto (1977) aponta que a palavra “depressão”, abrange uma grande variedade de sintomas que diferem em gravidade, frequência, duração e origem. Entre os sinais da depressão encontra-se: tristeza geralmente acompanhada de pessimismo e desesperança, apatia e inercia; fadiga que vem acompanhada de perda de energia física e falta de interesse no trabalho; baixa autoestima frequente acompanhada de autocríticas, vergonha, inutilidade; derrota; perda de espontaneidade; dificuldade de concentração; dores pelo o corpo e outros sintomas clínicos (gastrointestinal, cardiovasculares, dermatológico e tonturas).

O homem depressivo tem a vivência de caminhar negativamente em relação com o tempo, existindo nele uma alteração do sincronismo vivido entre o mundo e a consciência entre nós e ele. Este transtorno de temporalidade torna-se incompreensível, inclusive para este homem psicicamente vendo-se lançado para o passado e impulsionando a examinar aqueles conflitos e acontecimentos mesmo os mais impensáveis do seu passado (MINKOWISKI, 1968).

A depressão pode ser percebida como sintoma manifestando-se nos mais diversos quadros clínicos como na demência, alcoolismo, estresse e pode ser secundária a outras doenças clínicas como na hipertensão, hipotireoidismo, diabetes, reumatismo, câncer, nos casos dolorosos crônicos e em várias doenças (DEUS, 2009). Por sua vez a depressão apresenta uma variedade de sintomas com síndrome ou associada a alguma outra doença (DEL PORTO, 2004).

A Classificação Internacional de Doença (CID-10) descreve o portador de depressão como sendo uma pessoa com baixo-autoestima tendo uma perspectiva negativa do futuro, vendo-se soli-



tário e triste com dificuldades de concentração e atenção que cansa facilmente ao realizar pequenos esforços e que não encontra força de vontade e animo para realizar as atividades do dia a dia apresentando sentimentos de culpa e inutilidade, pensamentos ou ações autodestrutivas ou relacionadas a morte (FEITOSA; BOHRY; MACHADO, 2017).

De acordo com Souza (1999), a depressão pode durar semanas ou até anos. Uma vez que o indivíduo passe por uma crise corre maior risco de enfrentar um episódio semelhante no decorrer da vida. Na maioria das vezes o tratamento é realizado de forma conjunta pelo psiquiatra e o psicólogo. A forma que a depressão é vista, os rótulos que são dados às doenças mentais são um dos maiores obstáculos no acesso aos serviços de saúde mental. Assim acaba atingindo não somente as pessoas com doenças mentais como também os seus familiares, profissionais e serviços de atenção à saúde mental e a própria psiquiatria enquanto especialidade médica.

A depressão também pode ocorrer devido a um transtorno do organismo, produzido por uma doença orgânica ou física, ou pela administração de algum medicamento. Esse tipo de depressão é denominado depressão sintomática (CORRÊA, 1995). A forma mais comum de classificação da depressão é aquela que diferencia a depressão bipolar e a depressão unipolar, a primeira caracterizada por longos períodos de depressão intercalados com episódios de mania (euforia) e a segunda por um estado contínuo ou periódico de depressão (CARLSON, 2002),

Louzã-Neto et. al. (1995), consideram que, além da classificação dos transtornos de humor em unipolar, referindo-se à depressão recorrente, e em bipolar, aquela que alterna com episódios de mania ou hipomania, as depressões também podem ser divididas em subtipos depressivos

**Quadro 1:** Os subtipos Depressivos

<b>Tipos</b>	<b>Descrição</b>
<b>1 A Distímia</b>	quadro depressivo leve, intermitente, de início insidioso, em que o indivíduo sofre oscilações de humor depressivo súbito ou contínuas, de intensidade variável ao longo do dia e de um dia a outro, durante anos; Ciclotímia: caracteriza-se por instabilidade persistente do humor com alternância de inúmeros períodos distímicos;



<b>2 Depressão endógena ou melancólica</b>	possui gênese biológica, não importando se existe ou não fator psicogênico desencadeante; Depressão atípica: humor reativo a estímulos e inversão dos sintomas vegetativos da depressão endógena (hipersonia, aumento do apetite e do peso);
<b>3 Depressão sazonal</b>	caracterizada por episódios depressivos recorrentes no outono e no inverno e ausência de depressão na primavera e no verão; Depressão psicótica: trata-se de depressão grave, com presença de delírios e/ou alucinações, podendo ocorrer turvação da consciência em casos mais graves; e Depressão recorrente breve: depressivos que apresentam sintomas por menos de duas semanas, um a dois episódios ao mês, pelo período de um ano. Há também a depressão existencial, onde o homem interroga o mundo e a si mesmo, bem como a seus semelhantes.

**Fonte:** DSM-V (APA, 2014)

Além desses critérios para diagnósticos, existe também, o diagnóstico diferencial, usado para os casos onde doenças clínicas e debilitantes podem causar perda de ânimo e energia, podendo ser comparada com a depressão, além dos casos onde o tratamento médico pode deprimir o paciente. Assim, nestes casos, faz-se o diagnóstico de depressão secundária, necessitando o uso de medicação antidepressiva (ASSUNÇÃO-JUNIOR, 1998). Existem diversos medicamentos antidepressivos que ajudam a regular a química cerebral e a partir disso o médico escolherá segundo o perfil do paciente. O acompanhamento psicológico buscará levantar as causas do problema e como ele poderá ser resolvido.

## **TIPOS DE DEPRESSÃO**

Segundo o DSM-V (APA, 2014), os transtornos depressivos são classificados em vários tipos, sendo três deles citados no presente estudo para uma melhor compreensão: transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia) e transtorno depressivo induzido por substâncias/ medicamento. Sobre os transtornos descritos acima segue algumas características diagnosticas de



cada um.

O Transtorno Depressivo maior segundo o DSM-V (2014) significa: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos dias, conforme indicado por relato subjetivo (ex: sente-se triste vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (ex: parece choroso) em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável; Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todos ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa); Insônia ou hipersonia quase todo dia; fadiga ou perda de energia quase todo dia.

Esse tipo de transtorno pode aparecer pela primeira vez em qualquer faixa-etária, mas a probabilidade é aparecer no início da puberdade seu curso é bastante variável, de forma que alguns indivíduos provam da remissão (um período de dois meses ou mais sem os devidos sintomas, ou 1 ou 2 sintomas não mais que um grau leve), enquanto outros provam vários anos com poucos ou nenhum sintoma entre episódios discretos. Seus sintomas devem estar presentes todos os dias para que sejam considerados presentes durante a maior parte do dia e quase todos os dias. A característica essencial de um episódio de TDM é um período de pelo menos duas semanas durante as quais há um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as coisas. (DSM-V, 2014).

Ainda de acordo com o DSM-V (APA, 2014), o Transtorno depressivo persistente (distímia): Apetite diminuído ou alimentação em excesso; Baixa autoestima; Sentimento de desesperança; Concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões; e Baixa energia e fadiga. O Transtorno depressivo persistente apresenta frequentemente um início indicioso e precoce (na infância, na adolescência ou no começo da idade adulta). O grau em que o transtorno depressivo persistente repercute no funcionamento profissional e social, provavelmente é bastante variável, porém os efeitos podem ser tão grandes quanto ou maiores do que os do transtorno depressivo maior.

Os indivíduos cujos sintomas satisfazem os critérios para transtorno depressivo maior por dois anos devem receber diagnóstico de transtorno depressivo persistente, além de transtorno de-



pressivo maior. Seu grau persistente repercute no funcionamento social e profissional provavelmente varia bastante, porém os efeitos podem ser tão grandes quanto ou maiores do que os do transtorno depressivo maior.

O Manual aponta o Transtorno depressivo induzido por substância/ medicamentos e transtorno depressivo devido a outra condição médica: Uma perturbação proeminente e persistente do humor que predomina no quadro clínico, por humor depressivo ou diminuição acentuada de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades. Os sintomas no critério a desenvolveram-se durante ou logo após intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição a medicamento. A substância/ medicamentos envolvida é capaz de produzir os sintomas nos critérios.

Ainda que concretos na depressão em geral, os primeiros antidepressivos não traziam benefícios a todos os doentes com depressão. Esta análise ainda é válida em nossos dias, pois apenas dois a cada três pacientes reagem aos antidepressivos disponíveis. Nos anos 70 e 80 foram estabelecidos os critérios diagnósticos para a identificar quais os pacientes deprimidos que seriam melhores candidatos aos vários tratamentos antidepressivos (STAHL, 1998).

Segundo Stahl (1998), naquele período surgiu à ideia de que deveria existir um subgrupo de deprimidos unipolares, especialmente responsivos aos antidepressivos, e outro subgrupo que não se comportaria assim. O primeiro era considerado portador de uma forma clínica séria e até mesmo melancólica de depressão, que apresentava base biológica, alto grau de ocorrência familiar, era de natureza episódica e, provavelmente, respondia aos antidepressivos tricíclicos e inibidores da mono-  
manina oxidase.

## **DEPRESSÃO E A ABORDAGEM HUMANISTA-FENOMENOLÓGICA**

Edmund Husserl fundou a Fenomenologia. Em sua filosofia, fazia um paralelo entre a psicologia e a fenomenologia, pois de acordo com ele toda pesquisa empírica fenomenologicamente ou



eidética afirma uma verdade, quer dizer, essencial (ROEHE, 2006).

De acordo com Husserl, a Fenomenologia seria a descrição dos fenômenos como eles são na intencionalidade da consciência, rejeitando, assim, o elementarismo, o naturalismo. Ou seja, seria a busca pelo fenômeno que se constitui na interação do objeto com a consciência: subjetividade versus objetividade. O objeto só passa a se constituir como tal quando reconhecido e representado na consciência. “Sem essa correlação não poderia haver objeto nem tão pouco consciência” (ROEHE, apud. LIMA, 2008, p. 212).

Carl Rogers, psicólogo norte-americano, que enfatizava as potencialidades do ser humano desenvolveu a Abordagem Centrada na Pessoa, que antes dessa nomenclatura essa abordagem teve outros títulos. No ano de 1940, quando surgiu sua primeira proposta teórica, Rogers a nomeou de Psicoterapia Não-Diretiva ou Aconselhamento Não-Diretivo, depois, denominou-a como Terapia Centrada no Cliente, Ensino Centrado no Aluno, Liderança Centrada no Grupo, e por fim, Abordagem Centrada na Pessoa, como é conhecida atualmente (MOREIRA, 2010).

Segundo a concepção rogeriana, o indivíduo traz dentro de si a capacidade e a tendência, latente se não evidente, para caminhar rumo à maturidade. Em um clima psicológico adequado, essa tendência é liberada, tornando-se real ao invés de potencial... Seja chamando a isto uma tendência ao crescimento, uma propensão rumo à auto-realização ou uma tendência direcionada para frente, esta constitui a mola principal da vida, e é, em última análise, a tendência de que toda a psicoterapia depende (ROGERS, 1961/2009 apud SOUZA et. al. 2013).

Para Rogers, a psicoterapia traz a oportunidade para o cliente de experimentar ser livre e assim poder escolher qual caminho o mesmo deve dar no processo terapêutico. O terapeuta acolhe e compreende os comportamentos construtivos e destrutivos do cliente, o que ocasiona a fluidez de suas capacidades criativas e o funcionamento pleno, proporcionando o crescimento, o que acontece devido a tendência a auto realização (SOUZA, et. al. 2013).

Para (SOLOMON, 2002, p. 15) a depressão é a retirada do amor, “quando amamos algo ou



alguém, certamente isso dará um sentido à vida, é uma solidão que destrói a conexão com os outros, mas que principalmente tira a paz de quem está sentindo”. Para o autor “a vida é cheia de tristeza, não importa o que fizer, a falta de perspectiva tomou conta do sujeito acometido”. Esse sofrimento grandioso, como a pessoa vive essa experiência e as possibilidades de enfrentamento desse quadro é o que, de fato, funciona como foco para a abordagem humanista-fenomenológica.

De acordo com Holanda (2011), o tema da “depressão” na literatura clássica de psicopatologia e psiquiatria fenomenológicas normalmente vem associado a outros quadros nosológicos. Em trabalhos de psiquiatras fenomenólogos-existenciais sobre o tema da depressão, podemos citar os nomes de Erwin Straus e Viktor E. Von Gebsattel que, em 1928, publicam - respectivamente - “A Experiência do Tempo na Depressão Endógena e no Desgosto Psicótico” e “Pensamento Pressionado ao Tempo na Melancolia”

O interesse pelo fenômeno da depressão direciona igualmente as pesquisas de Roland Kuhn, outro psiquiatra da tradição fenomenológico-existencial, para a descoberta dos efeitos antidepressivos da Imipramina em 1954 (KUHNS, 1990/2005). Todavia, os nomes mais conhecidos da tradição fenomenológico-existencial em relação a esta temática são Eugène Minkowski e Ludwig Binswanger.

## **O PAPEL DO LÍDER**

A definição de líder eficaz tem variado de autor para autor em função do tipo de consequência ou resultado selecionado como critério de eficácia. Como critério normalmente associado com a eficácia do líder tem: a performance do grupo, o alcance de objetivos, o desenvolvimento e a preparação do grupo, a capacidade em lidar com crises, a satisfação dos subordinados com o líder, a satisfação psicológica e o desenvolvimento dos elementos do grupo e a manutenção do status do grupo. Como medidas mais usadas para verificar a eficácia temos: o crescimento dos proveitos, crescimento das margens de lucro, aumento de sócios, aumento de produtividade, melhoria da performance e o



alcance de objetivos (YUKL, 1989).

Hardin (1995), considerando, no entanto, que todas as definições de líder eficaz se enquadram em cinco dimensões: os líderes eficazes mudam os processos, partilham uma visão inspiradora, possibilitam ajuda para a ação, modelam o futuro e encorajam os seguidores

Krause (1999, p. 43), afirma que: “O poder de liderança está baseado em um consentimento, expectativas e compromissos mútuos. Como o poder de gerenciar deriva principalmente de cargo ou propriedade, o gerenciamento não requer esses fatores para funcionar”, porém o autor ressalta que o ideal é aliar o poder de gestão e o poder de liderança.

Liderar eficazmente envolve romper com velhos hábitos e mentalidades substituindo-as por soluções adequadas aos problemas reais. Envolve quebrar as barreiras interpessoais à comunicação humana, envolve quebrar com o cinismo que as pessoas sentem acerca das suas tarefas ajudando-as a encontrar um propósito e um significado para o que fazem, envolve romper os limites impostos pelo medo e dúvidas que nos assolam alcançando mais do que julgamos possível (COLLINGWOOD, 2001).

Segundo Bennis (2001), o que faz realmente a diferença entre os líderes de sucesso e os que falham é a habilidade em contactar com os clientes e com o mundo exterior à organização, manter as fronteiras suficientemente permeáveis à informação, compreender quais as coisas necessárias e as que devem ser aprendidas e lidar com a mudança ambiental antecipando a inflexão estratégica dos ciclos de vida dos produtos antes dos outros. Assim, aprender a trabalhar e pensar eficazmente requer uma atenção contínua ao desenvolvimento da performance. O papel do líder é cada vez mais o de criar as condições e um ambiente correto para o desenvolvimento e para o aproveitamento das oportunidades (IVANCEVICH et. al., 1983 apud. COVEY, 2001).

Recentemente, Schaffer (2002), considerou que poucos líderes possuem a capacidade de estabelecer expectativas de elevada performance orientada para os resultados organizacionais. Devem, por isso, quebrar a barreira que mantém as expectativas de performance baixas.



Tolfo (2004, p. 271) “[...] aponta que a liderança é apontada como uma força motriz essencial para as organizações, de tal forma que é citada como principal alavanca para vantagens de competição”.

Para Maxmiano (2004), liderança é um dos papéis dos administradores, na qual a pessoa que irá desempenhar esse papel influencia o comportamento de seus liderados. Ou seja, a liderança pode ser definida como uma relação de influência, sendo não somente uma competência que, supostamente, algumas pessoas têm e outras não.

Chiavenato (2005), afirma que a liderança é uma necessidade fundamental e peculiar do trabalho em equipe. De acordo com Chiavenato, para se trabalhar satisfatoriamente em um determinado grupo, onde cada pessoa tem aspirações, objetivos, preferências, talentos e habilidades distintas, onde cada pessoa é ímpar e única, é necessária uma boa liderança para equilibrar estas distinções.

A liderança é a influência interpessoal exercida em sua situação e dirige-se por meio do processo da comunicação do ser humano para a consecução de um ou mais objetivos específicos. A liderança ocorre como um fenômeno social e exclusivamente nos grupos sociais (CHIAVENATO, 2004).

Srour (2005), ainda concorda com Robbins quando diz que muitos costumam batizar os executivos que ocupam altos cargos com a denominação de líderes, porém, isso nem sempre é verdade, pois gestores não são necessariamente líderes e vice-versa.

Um líder é uma referência para seus liderados, e sua atitude perante eles influencia em seus comportamentos. Muitos liderados vêem o líder como uma pessoa de sucesso, que atingiu um objetivo almejado por muitos e veem seu comportamento, suas ações como um caminho a ser seguido (CHIAVENATO, 2005).

A Liderança é um conceito que tem sido alvo de várias interpretações e definições no último século. O líder em geral tem sido visto como alguém que possui determinadas características inatas ou adquiridas, alguém que se adapta as circunstâncias e ao contexto em que a organização se insere e alguém que gera conflitos e exerce influência em ambientes ambíguos, complexos e incertos (BEN-



TO, 2008).

O Papel da liderança é de extrema importância para as instituições, na obtenção de sucesso e na sobrevivência em um contexto de competitividade mantendo a ordem e influenciando para que os participantes da instituição caminhem rumo ao objetivos para o crescimento da organização (MANTOVANI; CARDOSO, 2016).

O líder precisa ter a capacidade de ajudar as pessoas das instituições a trabalharem de forma conjunta em função de objetivos comuns de interesse da instituição. A falta de um líder ou liderança que consiga ter a capacidade de unir a equipe ou o grupo assim será uma dificuldade no cumprimento das metas e dos objetivos estabelecidos. Dessa forma é importante que o líder possua certas características e habilidades. O líder precisa ter a compreensão das dificuldades de sua equipe e identificar metas para a satisfação de demandas motivando o grupo para que este possa conseguir alcançar seus objetivos (MANTOVANI; CARDOSO, 2016).

## **O PAPEL DO PASTOR PROTESTANTE**

As instituições religiosas protestantes têm passado por varias mudanças durante todos esses anos trazendo como consequências mudanças de paradigmas históricos, influências na sua estrutura e definição dos modos de atuação profissional dos seus líderes. Suas implicações são o ponto principal da análise desse artigo, de uma forma geral, as relações entre o modo como o trabalho se insere nessas organizações protestantes e as vivências de prazer e de sofrimento de seus lideres. Todas as mudanças que passam as instituições religiosas hodiernas podem ser comparadas àquelas observadas no cotidiano secular, cujos objetivos poderiam residir na igual busca do tripé: qualidade, produtividade e eficiência (MENDES; SILVA, 2006).

Para Mendes e Silva (2006), a necessidade para a busca do tripé pode estar ligada a mudança no mundo do trabalho resultantes de uma política de mercado que igualmente atingem as instituições



religiosas e que a cada dia necessita de um nível maior de dedicação e comprometimento de seus participantes em suas atividades. A segunda razão é a perda de sua importância perante a sociedade, implicando ações mais agressivas das instituições religiosas na busca por uma quantidade maior de fiéis.

O trabalho é um dos fatores sociais capazes de gerar vulnerabilidade e neste sentido a ocupação de líderes religiosos pode causar prejuízos por se tratar de um trabalho emocional. Para administrar o estresse é exigida a emissão de comportamentos adaptativos e estratégias de enfrentamento dentre as quais se destaca para os pastores o enfrentamento religioso espiritual que envolve o uso das crenças e comportamentos religiosos. É provável que pastores possam sofrer as mesmas influências quanto à pressão no trabalho dos profissionais de outras áreas de atuação (BAPTISTA; CALAIS, 2014).

A análise do contexto de trabalho constitui-se como conceito fundamental para a compreensão do impacto da relação entre organização (religiosa) e sociedade e além disso da dinâmica da organização do trabalho desses líderes religiosos. Esse contexto é constituído por três aspectos, sendo eles: a organização do trabalho, as condições de trabalho e as relações socioprofissionais (MENDES; SILVA, 2006).

Os pastores protestantes recebem uma imensa variedade de problemas de todos aqueles que o procuram e precisam assim descarregar suas angústias para obter o alívio e poder lidar com as demandas diárias. Mesmo assim, sendo conhecedores da Palavra de Deus são seres humanos e com a falta de cuidados necessários sob um olhar diferenciado para eles próprios estarão vulneráveis e assim tendem a adoecer. Entende-se que com toda essa demanda estes homens também precisam ser acompanhados e pastoreados (MACHADO; SANTOS, D.; SANTOS, E., 2016).

Observa-se a responsabilidade para aqueles que têm esse chamado e o cuidado que os pastores precisam ter para com sua saúde emocional. A bíblia assim nos orienta ao cuidado com o coração (emoções) e afirma o ministério pastoral mostrando o exemplo de Cristo. Quanto ao pastorado moldar-se a vida de Cristo, estando enraizado na encarnação de Cristo. Assim os seguidores daquele



que entrou em nosso mundo e se doou para humanidade, para a salvação de todos (FISCHER, 1999).

Entende-se que o motivo principal do ministério pastoral é o amor de Cristo, o qual Paulo confessou que o impelia ao pastorado apesar de encontrar as pessoas com dificuldades em Corinto (MACHADO; SANTOS, D.; SANTOS, E., 2016). “Porque o amor de Cristo nos constrange, julgando assim que, se um morreu por todos, logo todos morreram” (2 Cor 5:14).

Além de tudo precisam ser atentos e dedicados assim como Cristo voltado para o rebanho que foi confiado aos seus cuidados e assim pode exigir um esforço ainda maior do líder. Dessa forma a necessidade de interação e adaptação a este grupo com o intuito de ajudá-lo. Daí percebe-se como é importante o aconselhamento aos pastores como um suporte e ajuda para as suas vidas visto que esse chamado é bastante solitário e sem contar com o impacto e desgaste que este o mesmo traz (OLIVEIRA, 2007).

Podemos entender que há uma vocação pra exercer o pastorado e um cargo de liderança eclesiástica, na realidade atual com as exigências e o imediatismo associados a expectativas e problemas comuns. Diante das pesquisas frente aos estudos atuais constatou-se que pastores da atualidade possui um alto índice de depressão, falta de ânimo, solidão, insegurança, medo, dúvida, depressão, desejo de abandonar o ministério pastoral, desejo e a prática do suicídio (MACHADO; SANTOS, D.; SANTOS, E., 2016).

Compreender o que e por que é feito, com o que é feito e com quem é feito pode ser o melhor relacionamento frente ao impacto desse novo contexto institucional religioso sobre as vivencias de prazer e sofrimento na atividade do líder religioso. A instituição do trabalho se refere a regras, normas, foco da produtividade e divisão do trabalho que demonstra a identidade da instituição e a forma de lidar com seu processo institucional (MENDES; SILVA, 2006).

As condições de trabalho referem-se a infraestrutura oferecida para a realização das atividades bem como suas práticas de recursos humanos. Por ultimo as relações socioprofissionais estabelecidas que se referem ao aspecto relacional entre pares, chefia e clientes (considerados aqui como



clientes membros) possibilitando a análise da instituição com a (MENDES; SILVA, 2006).

## **AS POSSIBILIDADES DO ADOECER PARA O LÍDER PROTESTANTE**

Existem aqueles que acreditam que através do exercício da fé e pelo poder do nome de Jesus é possível acabarem com todas as enfermidades e com todos os problemas. A doença, a tragédia, a dor, devem ser enfrentadas e que tudo vem de satanás e deve-se rejeitar todo mal e tipo de problema. Para alguns os cristãos não precisam e não devem nunca ficar deprimidos. A consulta médica em especial a psiquiatra e psicólogos são considerados “incrédulos” e particularmente admitem que não se estão de acordo ou que não crê nos encaminhamentos e nos recursos bíblicos (BECKER, 2003).

O deprimido não consegue se concentrar nas atividades mais simples da vida cotidiana. Também não sente vontade de fazer nada. Sua concentração é dispersa e sua vontade é frouxa, difusa, nula. Ele começa inúmeros projetos, contudo não persevera em nenhum. Tem muita dificuldade de levar um projeto até o fim. (DEL PORTO, 2004).

Segundo Deus (2009), essas atividades frequentemente demandam uma alternância de emoções, sepultamento pela manhã, reunião de liderança à tarde, casamento no final da tarde e culto a noite, ou seja, a vivencia num mesmo dia da dor e do luto o exercício da logica e a preocupação com a celebração num momento de alegria predica atrelando-se a essas atividades onde todas as emoções são sentidas e expressas contidas pelo vinculo sagrado.

São diversos os casos do adoecer entre os líderes religiosos, desde o início dos tempos Machado; Santos, S.; Santos, E. (2017), em suas pesquisas cita algumas dessas lideranças, como o profeta Elias que teve sua história narrada em um momento muito difícil de sua vida, onde encontrava-se depressivo e desejando nada mais do que uma saída rápida da vida. Outro nome citado pelo autor foi Moisés, que quando estava liderando o povo de Israel pelo deserto, foi acometido pela depressão, assim como o Rei Davi, o apóstolo Paulo e inúmeros outros que vivenciaram essa mesma enfermidade.



A Bíblia relata em 1Samuel 30: 01 ao 04 da tristeza de alma do rei Davi, quando ele chegou em Ziclague com seus soldados e encontraram a cidade destruída pelo fogo e viu que suas mulheres, seus filhos e suas filhas tinham sido levados como prisioneiros. Eles choraram em alta voz até não terem mais forças. [...] O apóstolo Paulo diz: Bendito seja Deus e Pai de nosso Senhor Jesus Cristo, o Pai de misericórdias e Deus de toda a consolação! É ele que nos conforta em toda a nossa tribulação, para podermos consolar os que estiverem em qualquer angústia, com a consolação com que nós mesmos somos contemplados por Deus. (2 Coríntios 1: 3-4) (MACHADO; SANTOS, S.; SANTOS, E., 2017).

Numa visão simplista, os líderes religiosos e a comunidade que eles orientam acreditam que se Deus é soberano como já foi dito por seu exclusivo querer ele pode ou não curar. É uma prerrogativa particular sua. Talvez a não aceitação completa deste fato entre as vertentes protestantes é que gere esse desconforto tão grande. Outros (hoje no Brasil em termos estatísticos, a maioria) rejeitam abertamente a possibilidade da doença em suas vidas e desejam pelo imediatismo que seus problemas sejam solucionados buscando neste Deus essa saída para eliminarem o sofrimento (um reflexo da sociedade imediatista atual) (FREESTON, 1996).

Se a forma de vencer as forças espirituais o meio fosse esforço humano, fisicamente que cada vez mais que os crentes se exercitassem, suas chances de vitória aumentam. Contudo se o único recurso é apenas o senhor, sendo assim devem usar mais tempo na sua presença prostrados, buscando sua ajuda (MACARTHUR; MACK, 2014).

Todas estas estruturas baseadas no conjunto de normas e dogmas religiosos tendem a trazer em voga o relacionamento entre os seres humanos e o divino relacionamento este que ajuda o indivíduo a elaborar os seus sentimentos, questionamentos, sofrimentos, pensamentos e atitudes ligadas



à própria vida fazendo com que se entenda melhor a questão do sofrimento apresentada em toda a sociedade (NASCIMENTO, 2007).

O estigma relacionado às doenças mentais mostra a variabilidade através dos tempos e em diferentes culturas. O termo estigma origina-se do grego *stizein* e significa pontuar, marcar. Na Grécia antiga escravos criminosos e traidores eram marcados com sinais corporais que indicavam serem eles pessoas que deveriam ser evitadas especialmente em lugares públicos (JORGE, 2016).

A relação entre estigma e doenças mentais é bastante antiga e se reflete na compreensão da loucura como uma possessão demoníaca e uma punição por um pecado cometido já presente na Bíblia e ao longo dos séculos seguintes (p. ex., em *Malleus Maleficarum*). Por outro lado, a abordagem da Medicina em busca de causas naturalísticas da insanidade, relacionando-a à teoria da degenerescência – portanto uma condição intratável – fez com que até o Século XVIII os doentes fossem segregados da sociedade e seu tratamento se restringisse a acorrentá-los, açoitá-los ou submetê-los a purgações (JORGE, 2016).

Pereira (2012), descreve que a partir da década de 80 diversos sintomas passaram a ser estudados nas pessoas que escolheram se dedicar ao próximo. Ele ressalta que os ministros do sagrado aventuram-se na vida religiosa com coragem e idealismo. Posteriormente sentem-se diminuídos quanto à realização pessoal, desvalorizados e impotentes perante as expectativas inalcançáveis. Com o tempo se tornam esgotados emocionalmente e impossibilitados de recuperar as motivações e forças espirituais iniciais. Se os sintomas permanecem, os mesmos podem gerar uma crise irreversível culminando com o abandono do ministério ou um modo passivo improdutivo e depressivo de dar continuidade na igreja.

De acordo com Pinheiro (2008), o trabalho do pastor exige competências e responsabilidades muito acima das exigidas em outras profissões como integridade ética e moral, comportamento exemplar, dedicação total, polivalência, amizade, saúde plena e empatia.

Segundo Martins (2008), por mais absurdo que possa parecer, exercer liderança espiritual é



um exercício estressante e desgastante. O autor fala das necessidades pessoais que cada vez mais são projetadas em relação às pessoas esperando e cobrando soluções dele, ou apenas um alento para as suas dificuldades. Em relação aos problemas pessoais, diários, comuns, como: conflitos em casa e na comunidade, distúrbios emocionais, doenças, dificuldade financeira, cuidados com os filhos e etc. E ainda “o guia espiritual”, estando preparado ou não, capacitado a dar orientações, onde essa orientação poderá ou não ser utilizada.

Os sentimentos e suas expressões, o autor relata a dificuldade e resistência que os líderes apresentam diante do terapeuta, e dessa forma não falam de seus sentimentos, sonhos, fantasias e contradições entre outras. Trata-se de uma defesa própria, assim não a uma exposição, contudo ao analisar os seus sentimentos o líder pode estar guardando ressentimento e amargura que poderá futuramente, voltar-se contra ele (MARTINS, 2008).

Existem pastores doentes das emoções no seu exercício de seu ministério, que precisava estar sendo cuidado, mas estão cuidando. O pastorado é carregado de desafios e busca por realizações cada vez maiores. Contudo o pastor passa por sofrimento contínuo por ter que delimitar e sufocar seus sentimentos, suas dores e frustrações, suas lutas. No ministério passar por esse sofrimento é comum. Sem contar com a solidão que faz parte do ministério sacerdotal, que o impede de partilhar seus desafios, dores e lutas, mesmo com uma pessoa que tenha capacidade suficiente para auxiliar como um amigo ou mesmo um pastor do seu ministério (LOPES, 2010).

De acordo com Assumpção (2002) apud. Baptista (2014), em sua pesquisa sobre trabalho e estilo de vida do ministro religioso, referiu alguns fatores de estresse na vida ministerial de pastores Igrejas históricas do país e entre os principais estiveram à falta de ser pastoreado e ter amizades significativas e bem estabelecidas; a solidão; a sensação de observação constante; diversidade de atividades; disponibilidade 24 horas por dia; falta de preparo e conhecimento insuficiente recebido das instituições formadoras para o atendimento de pessoas; expectativas sociais e dos membros quanto à santidade; competitividade disputas pelo poder; burocracia; medo da exposição e administração



eclesial.

O exercício da atividade pastoral é composto de bênçãos e agonias, sucessos e fracassos, vitórias e desafios, onde se mesclam. O autor dentro da sua experiência como pastor e mais alguns como pastor de pastores, ele constata que a falta de conhecimento e de compreensão da igreja das pressões e exigências que estão sobre o pastorado, assim também como a falta de conhecimento acerca dos distúrbios psicológicos e emocionais aos quais o pastor está vulnerável, todas essas dificuldades pode agir como potencializares dos desafios contido ao exercício do ministério pastoral (SILVA, 2006).

Os pastores são chamados para endereços específicos onde a Igreja de Cristo mora e adora a Deus. Em seu ponto básico, a vocação de pastor exige que se encarne em suas igrejas e suas comunidades. Isso significa que devem compreender o povo e sua cultura tão bem que possam pensar os seus pensamentos e sentir os gritos de seus corações. Os pastores têm que se juntar a Jesus em sua cavalgada sofredora na cidade de Jerusalém (FISCHER, 1999).

O ministério é reconhecido como um trabalho estressante. A natureza intrapessoal do ministério não apenas proporciona oportunidade para alegre intercâmbio com outros, mas também ocasiões de lutas e tristezas. Falar em público, liderança administrativa, atender aos doentes e enlutados – tudo contribui para o estresse. Conhecer os próprios limites e desenvolver métodos de lidar com ela é vital para um ministério efetivo (PAGANI, 2010).

Em relação a pesquisa de Deus (2009), a respeito da saúde mental correlacionada com as crenças religiosas, foi possível averiguar dentre 50 prontuários de pacientes evangélicos que são portadores de depressão, atendidos num período de 06 meses, dentre todos sendo evangélicos e religiosos, o mesmo autor da pesquisa utilizou os instrumentos anamnese, entrevista semidirigida. De acordo com a análise dos dados, foram encontrados os seguintes resultados:

- a) Os cristãos aqui pesquisados, em sua grande maioria, não enxergam a depressão como doença; antes, a compreendem como problema espiritual.
- b) A totalidade dos pentecostais e neopentecostais desta amostragem



atribui a causa da doença a problemas espirituais; em sua esmagadora maioria, diretamente ligadas à ação do demônio (100% dentro da amostra).

c) Dentre os cristãos históricos representados neste estudo de caso, mais da metade referiu como causalidade para a depressão a problemas espirituais (pecado, falta de fé); o restante referiu causas devidas a stress profissional, problemas conjugais, hereditariedade e também desconhecimento da causa – mesmos estes tiveram dificuldade na procura por tratamento especializado.

d) Esta dificuldade em compreender a depressão enquanto doença causou prejuízo quanto à procura por tratamento especializado e consequente alívio da doença e das limitações por ela imposta.

e) A doença depressiva, verificada neste levantamento, pôde causar comprometimento da fé no sentido de seu enfraquecimento. Houve influência positiva da fé quanto aos resultados dos tratamentos (92% desta amostra)

f) Porcentagem significativa de religiosos (pastores), na amostra, apresenta particularidades que necessitam mais estudos para melhor compreensão dos dados encontrados. (DEUS, 2008, p. 113-122).

Embora os pastores trabalhem para uma instituição religiosa, os contrassensos do trabalho, as incertezas, os medos e as angústias presentes no seu espaço de trabalho e até o desenvolvimento de algumas doenças, aproximam os líderes religiosos cada vez mais de outros trabalhadores em ethos exógamos. A questão das patologias do medo e da excelência no trabalho assim como a questão da qualificação e da exigência por melhores qualificações são cada vez maiores na contemporaneidade e por isso mesmo instigam a análise das consequências, dessas transformações sociais, culturais e econômicas sobre a saúde psíquica e mental desses líderes (DEJOURS, 1992).



## **A INTERVENÇÃO PSICOTERÁPICA NOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS**

De acordo com Garry Collins (2004), os pastores precisam recarregar suas energias, ou seja, sua bateria, afirmando que os que cuidam de pessoas como: ouvir, orientar e ensinar, gera certo desgaste emocional, assim levando em conta que durante os atendimentos o pastor deva desenvolver a empatia, dessa forma se ele não reabastecer-se, não irá demorar para ter um colapso, tendo em vista que o pastor é um conselheiro em tempo integral. Ninguém consegue fazer tudo, e ninguém consegue dar indefinidamente, tentar fazer isso é um dos motivos do esgotamento físico e da aridez espiritual (COLLINS, 2004).

As intervenções psicoterápicas podem ser de diferentes formatos como psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, comportamental, cognitiva comportamental, de grupo, de casais e de família. Fatores que influenciam no sucesso psicoterápico incluem: motivação, depressão leve ou moderada, ambiente estável e capacidade para insight. Mudanças no estilo de vida deverão ser debatidas com cada paciente, objetivando uma melhor qualidade de vida. Os antidepressivos produzem, em média, uma melhora dos sintomas depressivos de 60% a 70%, no prazo de um mês, enquanto a taxa de placebo é em torno de 30%. Esta taxa de melhora dificilmente é encontrada em outras abordagens terapêuticas de depressão, a não ser o ECT (eletroconvulsoterapia) (SOUZA, 1999).

A eletroconvulsoterapia foi o primeiro tratamento genuinamente efetivo (HERNANDEZ, 1996). Esse tipo de terapia iniciou-se nos anos 30 e tem sido tema de considerável desordem e controvérsia por parte do público (FLAHERTY et. al., 1990).

Acredita-se que a ECT funciona usando um choque elétrico no intuito de causar uma convulsão (um curto período de atividade cerebral irregular) (CARLSON, 2002). Essa convulsão solta bastante substâncias químicas no cérebro que são os neurotransmissores. O ânimo do indivíduo irá melhorar quando suas células do cérebro e seus mensageiros químicos funcionarem de uma maneira melhor (AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2003).



Hernandez (1996), cita as seguintes situações em relação às indicações da ECT: depressão maior e transtorno bipolar; esquizofrenia e outras psicoses funcionais; outros transtornos psiquiátricos, tais como transtornos afetivos e psicoses de origem orgânica, psicoses de grande severidade e também delírios de diversas etiologias.

O tratamento psicoterápico é um das formas mais importantes a ser considerada no tratamento do paciente com depressão. Para Hirschfeld e Goodwin (1992), esse modelo de tratamento visa os aspectos específicos da condição depressiva, ou seja, cognição, afeto e comportamento, e é planejado para analisar o transtorno, não para mudança de caráter.

De acordo com Louzã-Neto e Betarello (1994), as intervenções psicoterápicas que se adequam a esse tipo de transtorno promovem alívio dos sintomas, aumentam a vinculação ao tratamento em geral e auxiliam no processo de reorganização psíquica do paciente. Porém, nos casos mais relevantes ou quando houver necessidade de investigar o nível de abordagem psicológica, deverá solicitar a colaboração do psiquiatra.

De acordo com Solomon (2002), ele cita varias formas existentes para tratamentos da depressão entre eles alternativos, psicoterápico, fitoterápico e etc. O cientificismo ficou marcado no século XX, onde ficou em destaque o antagonismo entre a ciência e a religião e a razão e a fé. Para a psiquiatria e psicologia, há certa desconfiança em relação às intervenções religiosa sobre a depressão. Há mudança rápida em relação a esse quadro. Atualmente para o tratamento da depressão é utilização e recomendado de algumas estratégias conjuntas como o tratamento psicoterápico ou psicológico, o tratamento psicofarmacológico, o tratamento espiritual, o acolhimento do grupo família, a qualidade de vida.

Em relação ao tratamento efetivo para a enfermidade depressiva, de acordo com esse modelo, a expiação e a confissão através do pagamento da culpa pela penitência, do castigo, e pela própria doença. Geralmente a culpa é representada como um sinal de pecado oculto (inconsciente) ou consciente e da desobediência. Adams é maniqueísta, a ideia do (o sagrado e o profano) essa perspectiva



é compreendida pela mútua exclusão. O desconforto humano e a enfermidade são somente atraídos para culpa e o pecado. Sendo assim não tem uma instância apontada como perturbação ou doença mental que não seja exatamente induzida pelo pecado (ADAMS, 1979).

As práticas religiosas e a saúde mental, essa relação é reconhecido como uma importante estratégia de prevenção da saúde, em um dado importante foi criado para a estratégia de atendimento e para facilitar os estudos da doença, crenças religiosas e espiritualidade e suas relações. Para o tratamento da depressão e as possibilidades de entendimento das estratégias de tratamento com o respeito às crenças religiosas podem ser de extrema importância. As associações e os benefícios entre a medicina convencional e seus recursos e outras práticas precisam ser vista para a promoção do bem-estar de muitos individuo com crenças religiosa e espirituais (WILBER, 2000).

No tratamento de depressão, a religião pode influenciar negativamente e positivamente. Em relação aos cuidados médicos e a religião pode ser tanto orientar a pessoa de maneira firme e inflexível, e de desestimular a busca por cuidados, da mesma forma pode auxiliar a incluir a uma comunidade motivá-la para o tratamento. Todas essas questões precisam ser respondidas pelos pesquisadores, todos aqueles que trabalham especialmente na interface da psicologia com a religião nas ciências da religião (TAMAYO, 1988).

## **DISCUSSÕES**

De acordo com os resultados encontrados observou-se que a carga horária de trabalho dos líderes religiosos, bem como o alto índice de responsabilidade contribui para o desenvolvimento da depressão nesses indivíduos. Decorreu-se sobre o desconhecimento da doença frente a essa população, o que promove uma dificuldade de compreensão sobre a depressão gerando assim causas e consequências no indivíduo.

Segundo Deus (2009), o conhecimento limitado a respeito do adoecimento psicológico e



emocional, principalmente no que se refere ao adoecer depressivo, é o principal fator que impede que esses líderes trabalhem na prevenção dessa enfermidade, que vem acometendo cada vez mais, um maior número de pessoas a cada ano. É necessário ter a conscientização que o adoecimento é uma somatização de múltiplos fatores, que ocorrem à medida que varias funções são desempenhadas ao mesmo tempo, gerando assim um colapso emocional e psicológico, que se não for tratado pode ocasionar consequência irreversíveis.

Encontrou-se também uma grande dificuldade em meio aos líderes protestantes em enxergar as situações cotidianas de forma natural. Há uma facilidade de espiritualizar todas as situações, achando que a enfermidade, tragédias, dores, frustrações e angustias vem do maligno encontrando dessa forma dificuldade em ver a depressão como uma grave doença.

Uma perspectiva estudada por Machado; Santos, D.; Santos, E. (2016), que explanou em suas pesquisas que, esses líderes tem dificuldade em compreender que apesar da sua autoridade como liderança religiosa, eles também são seres humanos, que necessitam encontrar um equilíbrio para desempenhar os outros papéis a eles atribuído, como o de pai, esposo, filho entre outros.

A visão de perfeição que as pessoas têm em relação ao pastor sempre deduzindo que ele não erra, não tem problemas, que jamais adoce tem gerado um padrão perfeição pelos fieis, em relação ao pastor que traz dano para vida daquele que quer apenas servir.

Com relação às qualificações para exercer o pastorado é necessário responsabilidade, comportamento exemplar, dedicação total, ética, moral, boa saúde, empatia e acima de tudo amar ao próximo. É necessário que se tenha habilidade em administrar finanças para administrar a parte financeira da igreja. Com toda essa demanda de trabalho pastoral diante dos estudos pesquisados foi possível descrever que a faltam pessoas dispostas em ajudar o pastor em suas atividades, a sobrecarregando e levando-o muitas vezes ao adoecimento.

Em meio às qualificações que os líderes protestantes precisam desenvolver, não existem cursos nem treinamentos para lidar com o misto de emoções diárias encontradas no decorrer da vida



como: casamentos pela manhã e velórios à noite, aniversários, batizados e cultos. São várias emoções vivenciadas em segundos, que acabam trazendo um desconforto e um desajuste internamente.

Silva (2006), relatou em suas pesquisas, que a inúmeras adversidades acerca da igreja no que se refere à compreensão da congregação, as pressões sofridas a esses líderes espirituais, que precisa ter a capacidade de gerenciar as atribuições a eles delegada. Voltamos ao ponto citado anteriormente, no que se refere ao acúmulo excessivo de funções, que pode vir a gerar um adoecer, que se não for tratado, pode causar danos ainda mais graves, culminando até com um possível abandono do ministério.

Sobre a família do líder protestante em meio à temática do estudo, encontrou-se nos resultados que essa é uma situação bastante discutida, pois a família de um líder geralmente é muito prejudicada tendo que carregar esse paradigma de família modelo. Viu-se que de acordo com as exigências feitas pelos fieis e também pela sociedade os filhos do pastor precisam ser sempre muito educados e comportados. Com relação à esposa a mesma precisa ser servidora e envolvida ministerialmente da mesma forma que o marido.

Relacionado ao relacionamento com seus filhos, as tensões também são grandes. Muitas vezes os pais espelham-se nos filhos, para que se tornem ou realizem aquilo que eles não conseguiram, e assim projetam suas expectativas em seus filhos. Isso pode causar intolerância, chegando até a agressão contra os filhos, por não conseguirem alcançar os padrões e imposições impostas pelos pais. conseqüentemente isso também ocorre na igreja, quando esperam que os filhos de pastores estejam além da sua realidade, que sejam exemplos para os demais e não tenham o mesmo direito de se comportar como os seus pares (JOSÉ, 2016).

Assim, a família acaba sofrendo, os filhos sofrem a ausência do pai, a mulher muitas vezes encontra-se só por seu marido está sempre muito ocupado com as demandas da igreja e isso tudo poderá ser absorvido pelo líder religioso, e não equilibrado gera conseqüências seríssimas como o transtorno depressivo. E por fim encontraram-se em meio às pesquisas as dificuldades que o pastor encontra para lidar com suas questões pessoais, pois apesar de tudo ele é um ser humano e tem ques-



tões fora do ministério que precisar resolver. De acordo com os materiais pesquisados essas foram as principais demandas encontradas que podem contribuir para o adoecimento do líder protestante.

De acordo com Martins (2008), em relação ao pastor e a sua família, percebe-se que, essa é uma área difícil de ser administrada, por necessitar de uma atenção maior desse indivíduo, e assim por sempre protelar as decisões que as vezes precisam ser imediatas, acabam trazendo um certo desconforto para o líder protestante, pois as inúmeras atribuições o impedem de desenvolver de forma excelente os outros papéis a ele confiados e assim os mais próximos como, filhos e esposa, acabam sempre ficando para depois quando o assunto é o seu ministério, isso não acontece de modo leviano, é uma situação que se estabelece devido as inúmeras atividades que são acumuladas e que dentro desse contexto deveriam ser delegadas a outros membros da congregação.

Mediante a pesquisa realizada, podemos ver que são diversas demandas que faz esse indivíduo passar por esse processo de adoecimento e assim podemos dizer que é de suma importância, o conhecimento mas aprofundado acerca da depressão, para que se possa trabalhar na prevenção desse transtorno, e favorecendo o bem estar a esse público que são os líderes religiosos, a família, a pressão da instituição, o excesso de trabalho, a cobrança dos fies, entre outras, assim concluímos essa pesquisa.

Os líderes protestantes são responsáveis por muitas atribuições, são suporte espiritual e emocional para todo um ministério, exemplos a serem seguidos, mas acima de tudo isso são seres humanos, que sentem dores, medos, anseios, que passam por sofrimentos e inseguranças, como todos passam. Seguindo a direção desse pensamento, podemos dizer que, deve existir a necessidade de haver um equilíbrio de direcionamento entre a fé no supremo e a ciência humana.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente artigo buscou trazer contribuições para esclarecer as dificuldades encontradas



pelos líderes protestantes na forma de lidar com a depressão e todas as implicações que advém em relação ao diagnóstico do transtorno que vem acometendo cada vez mais um maior numero de lideres.

O estudo trouxe um esclarecimento acerca da depressão nesse público alvo, pois em meio às pesquisas realizadas encontrou-se por parte dos líderes uma parcela de falta de esclarecimento e conhecimento em relação a essa temática e a forma que esses lideres percebem e enfrentam esse transtorno na atualidade.

Assim, pode-se afirmar que os resultados encontrados apresentaram respostas quanto aos objetivos, pois no decorrer da pesquisa verificou-se que o pastor líder de igreja apresenta possibilidade de um quadro depressivo em decorrência às exigências feitas na sua missão acarretando características e sentimentos de angústia e frustração que possivelmente sugiram em relação a essa atividade ou por outra demanda pessoal.

Também foi de grande importância dissertar sobre a resistência desse público alvo em aceitar e admitir o diagnóstico da depressão e questionar a forma que ocorre o processo de aceitação do diagnóstico, pois assim aumenta a colaboração no tratamento e reduz a visão enraizada na cultura social que um líder protestante não pode adoecer.

Em meio à pesquisa pôde-se afirmar também, que as atividade e tarefas realizadas por um líder protestante requer muita atenção e dedicação, e assim acaba gerando um nível alto de estresse contribuindo com o adoecimento emocional e dessa forma trazendo outras demandas emergenciais frente ao transtorno.

Assim pode-se afirmar que diante de todas as pesquisas realizadas no presente estudo pôde-se ver que a sobrecarga de trabalho que um pastor acaba assumindo como: produzir sermões, aconselhar, visitar membros, aniversários, velórios, casamentos, reuniões e batizados, sem contar com as demandas de ordem pessoal nesse misto de emoções envolvidas, e com todas essas tarefas, geram estresse e desorganização emocional, trazendo consequências negativas para a vida dos ministros da fé.

É de suma importância deixar registrando a dificuldade em encontrar conteúdos que abor-



dassem sobre tema, por haver poucos artigos e materiais confiáveis que pode ser utilizado numa pesquisa bibliográfica podendo assim constatar um pequeno número de publicações atuais.

Assim, diante da realidade do tema proposto foi de grande importância o presente estudo pois foi possível encontrar em meios aos artigos, livros, revistas, técnicas de intervenção para uma melhor qualidade de vida dos líderes religiosos que enfrentam a depressão. Dessa forma pode se considerar que as buscas nas fontes encontradas para tal estudo contribuíram para o alcance dos objetivos, pois em meio às pesquisas constatou-se que esse é um tipo de estudo relevante, pois contribui com o conhecimento relacionado ao transtorno de depressão e aumenta as possibilidades do conhecimento da doença e do modelo de tratamento.

Com relação ao conteúdo encontrado constatou-se em meio as pesquisas que cada vez mais nos dias atuais os líderes estão sendo acometidos por esses transtornos e que muitos deles não são tratados pois ainda não conseguem aceitar que estão acometidos por tal transtorno. De acordo com as discussões citadas no corpo do texto pode se considerar a importância de estudar o tema proposto, pois essa é uma realidade cotidiana e desafiante de muitas instituições religiosas atualmente.

Trazer o esclarecimento sobre o transtorno, suas consequências e a não aceitação ou disposição ao tratamento faz com que muitos líderes protestantes tenham uma maior atenção em relação à depressão, e assim possa enxergar esse transtorno não apenas pelo lado espiritual, mas perceba de uma forma geral.

O referido estudo é relevante por buscar contribuir com dados para a construção do conhecimento quanto ao transtorno de depressão, ampliando as possibilidades de conhecer a doença e as formas de tratamento, em vistas a atenuar o aumento de pessoas acometidas por essa doença. Além da ocorrência do alarde da depressão em todas as faixas etárias, mesmo em pessoas detentora de uma fé praticante.

O presente trabalho apresentou uma relevância importante para a construção de uma nova consciência em relação a forma que os líderes protestante ver esse fenômeno que é a depressão nos



dias de hoje, no conhecimento sobre as questões que tem feito esse líder adoecer, e o que esses líderes precisam fazer para se prevenirem para que não caiam no ciclo vicioso que tem feito esses líderes reproduzirem os mesmos erros, para que assim possam ter uma vida espiritual equilibrada sem que interfira na vida pessoal.

A depressão é uma doença que pode atingir qualquer um, incluindo os líderes de fé. De qualquer forma, o apoio, a informação do quanto o tratamento profissional é importante ao longo do período da depressão é útil e ajuda no processo de recuperação.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, J. Conselheiro Capaz. 6. ed. São Paulo: Fiel, 1987.

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. Depression: Electroconvulsive Therapy (ECT). 2003. Disponível em: <[www.familydoctor.org/058.xml](http://www.familydoctor.org/058.xml)> Acesso em 20 de ago. 2018.

ASSUMPÇÃO-JUNIOR F. B. Tristeza e depressão: diagnóstico diferencial. *Pediatria Moderna*. 1998.

BAPTISTA, F. S. Vulnerabilidade ao stress e estratégias de enfrentamento de líderes religiosos cristãos. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/123723/000829301.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 20 de ago. de 2018.

BECKER, M. C. et. al. Aconselhamento Pastoral na Depressão: Uma análise psico-teológica do aconselhamento pastoral diante da depressão. 2003. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313249>> Acesso em 20 de ago. de 2018.



BENNIS, W. A. Nova Liderança. In: JULIO, C. A.; SALIBI NETO, J. (org.). Liderança e gestão de pessoas: autores e conceitos imprescindíveis. São Paulo: Publifolha (Coletânea HSM Management), 2001.

BENTO, A. Desafios à liderança em contextos de mudança: Educação em tempo de mudança, 2008. Disponível em: <<http://www3.uma.pt/bento/Artigos/Resumo2.pdf>> Acesso em 13 de nov. de 2018.

CARLSON N. R. Fisiologia do comportamento. 7. ed. Barueri: Manole, 2002.

CORRÊA, A. C. A fenomenologia das depressões: da nosologia psiquiátrica clássica aos conceitos atuais. *Psiquiatria. biol*, v. 3,1995. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=193710&indexSearch=ID>> Acesso em 13 de nov. de 2018.

COLLINGWOOD, H. (2001). Leadership's first commandment, know thyself. *Harvard Business Review*, 2001. Disponível em: <<https://www.tib.eu/en/search/id/BLSE%3ARN105267496/FROM-THE-EDITOR-Leadership-s-First-Commandment/>> Acesso em 13 de nov. de 2018.

COVEY, S. Putting Principles First In: GIBSON, R. (eds), *Rethinking the Future*,. Nicholas Brealey Publishing. Great Britain, 2001.

CHIAVENATO, I. Administração de novos tempos. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

CHIAVENATO, I. Administração nos novos tempos. Elsevier Brasil, 2005. disponível em:< [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&q=>](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=>) Acesso em: 20 de nov de 2018



DEL PORTO, J. A. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24406.pdf>> Acesso em 24 de out. de 2018.

DESLAURIERS, J. P. c- Guide pratique. Montreal: McGraw-Hill, 1991. Disponível em: <<https://www.erudit.org/fr/revues/nps/1992-v5-n2-nps1963/301190ar.pdf>> Acesso em 24 de out. de 2018.

DEUS, P, R. G. Um Estudo da Depressão em Pastores Protestantes. Revista Mackenzie, São Paulo, v. 7, n.1, 2009. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cr/article/viewFile/1134/849>> Acesso em 13 de nov. de 2018.

DEUS, P. R. G. de et al. As influências do sentimento religioso sobre o cristão portador de depressão. 2008. Disponível em: <[https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&q=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=)> acesso em: 20 de nov de 2018

DEJOURS, C. A. Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1992. Disponível em: <[http://www.cra-rj.adm.br/publicacoes/acervodigital/christophe\\_dejours/A\\_Loucura\\_do\\_Trabalho/index.html#3](http://www.cra-rj.adm.br/publicacoes/acervodigital/christophe_dejours/A_Loucura_do_Trabalho/index.html#3)> Acesso em 24 de out. de 2018

TENÓRIO. G. Depressão: sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/depressao-sintomas-diagnostico-prevencao-e-tratamento/>> Acesso em 20 de out. de 2018.

FEITOSA. M. P.; BOHRY, S.; MACHADO E. R. Depressão: Família e seu papel no tratamento do



paciente. Encontro Revista de Psicologia. Vol. 14, nº. 21, Ano 2011. Disponível em: <[pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/download/2499/2393](http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/download/2499/2393)> Acesso em 18 de dez. de 2017.

FRESTON, P. A erupção protestante na moderna política brasileira. *Jornal da Religião Contemporânea*, v. 11, n. 2, p. 147-168, 1996. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13537909608580765>> Acesso em 20 de nov. 2018.

FLAHERTY J. et al. *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Artes Médicas; 1990.

FISCHER, D. *O Pastor do século 21*. São Paulo: Vida Editora, 1999.

FUREGATO, A. R. F.; et. al. Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à auto-estima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, 2008. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16939>> Acesso em 16 de jun. 2018.

GOMES, A. M. A. Um olhar sobre a depressão e religião numa perspectiva compreensiva. *Estudos de Religião*, v. 25, n. 40, p. 81-109, 2011. Disponível em: <[https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&q=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=)> Acesso em 10 de jun. de 2018.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.

HARDIN, P. Judging leadership potential effectively. *Personnel Journal*. Vol. 74. 1995. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/>> Acesso em 16 de jun. 2018.



HERNANDEZ A. P. Efectividad del tratamiento electroconvulsivo en la depresión. *Psiquiatria Biológica*, 1996. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/350978055/19922-85082-1-PB>> Acesso em 16 de jun. 2018.

HIRSCHFELD R. M., GOODWIN F. K. Transtornos do humor. In: Tabbott J, Hales RdYudofsky S. *Tratado de Psiquiatria*. São Paulo: Artes Médicas; 1992.

HOLANDA, A. F. Gênese e Histórico da Psicopatologia Fenomenológica. Em V. Angerami-Camon (Org.), *Psicoterapia e Brasilidade* São Paulo: Cortez Editora 2011. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/688/1/Marcus%20Antonio%20de%20Souza.pdf>> Acesso em 02 de out. de 2018

ISTILLI, P.T. et al. Antidepressivos: uso e Conhecimento entre Estudantes de Enfermagem. *Revista Latino America de Emfermagem*. São Paulo, v. 18, n..3, jun 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281421933018/>> Acesso em 02 de out. de 2018.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: Ruptura de Laço Social. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/1005/100518631008/>> Acesso em 02 de out. de 2018.

JORGE, M. R. Concepções populares e estigma relacionados às doenças mentais. *Nova Perspectiva Sistêmica*, v. 22, n. 46, p. 8-19, 2016. Disponível em: <<http://www.revistanps.com.br/nps/article/view-File/110/87>> Acesso em 18 de nov. de 2018.

JOSÉ, A. B. O MINISTÉRIO ECLESIAÍSTICO E O SOFRIMENTO INTRAPSÍQUICO (RE) VE-



LADO DESSE TRABALHO. UNITAS-Revista Eletrônica de Teologia e Ciências das Religiões, v. 4, n. 2, p. 2-28, 2016. Disponível em: <[https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%-2C5&q=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%-2C5&q=)> Acesso em 20 de ago. de 2018.

KAPLAN, H.; SADOCK, B. J. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7. Ed. Porto alegre: Artmed, 2007.

KRAUSE, D. G. A arte da liderança para executivos. Lisboa: Lyon, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S0104-4036201500030066300019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0104-4036201500030066300019&lng=en)> Acesso em 20 de out. de 2018.

KUHN, R. Psicofarmacologia e análise existencial. Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental, 2005. (Original publicado em 1990). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142005000200221&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142005000200221&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em 20 de out. de 2018.

LIMA, B. F. Alguns apontamentos sobre a origem das psicopatologias fenomenológico-existenciais. Revista de Abordagem Gestáltica, Goiânia, v.14, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v14n1/v14n1a06.pdf>> Acesso em 20 de out. de 2018.

LOPES, H. De pastor a pastor. (4.ed.) São Paulo: Hagnos ,2010.

LOTUFO NETO, F. Psiquiatria e religião. A prevalência de transtornos mentais entre ministros protestantes. Tese (Livre-Docência)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 1977. Disponível em:<<https://www.passeidireto.com>> Acesso em 20 de out. de 2018.



LOUZÃ-NETO M. R., BETARELLO S. V. Depressão: como diagnosticar e tratar. Revista Brasileira de Medicina. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php/>> Acesso em 20 de out. de 2018.

\_\_\_\_\_, LOUZÃ-Neto M. R., Motta T., Wang Y., Elkis H. Psiquiatria Básica. São Paulo: Artes Médicas; 1995.

MACARTHUR, J. J. R.; MACK, W. A. Introdução ao Aconselhamento Bíblico. São Paulo: Hagnos, 2014.

MACHADO, A. B. DA S.; SANTOS, D. S.; SANTOS, E. C. O ACONSELHAMENTO COMO INSTRUMENTO DE FORTALECIMENTO DE PASTORES E LÍDERES. 2017. Disponível em: <[http://177.107.89.34:8080/jspui/bitstream/123\\_456789/478/1/MachadoSantosSantos.pdf](http://177.107.89.34:8080/jspui/bitstream/123_456789/478/1/MachadoSantosSantos.pdf)> Acesso em 10 de jun. 2018.

MARTINS, J. C. Psicoterapia com líderes religiosos, 2008. In: BRUSCAGIN, Claudia et. al. Religiosidade e psicoterapia. São Paulo: Roca, 2008.

MARCONI, M. DE A.; LAKATOS, E. M. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. – 6. reimpr. São Paulo: Atlas: 2011.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM V. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MANTOVANI, I. F.; CARDOSO, J. M. M. DA PSICOLOGIA INDUSTRIAL À GESTÃO DE PES-



SOAS: A EVOLUÇÃO NA FUNÇÃO DE SER LÍDER. REVISTA UNINGÁ, [S.l.] v. 49 n. 1 (2016) ISSN 2318-0579. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1294>> Acesso em 10 de nov. de 2018.

MAXIMIANO, A. C. A. Introdução à administração. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MENDES, A. M. B.; SILVA, R. R. Prazer e sofrimento no trabalho dos líderes religiosos numa organização protestante neopentecostal e noutra tradicional. *PsicoUSF*, v. 11, n. 1, p. 103-112, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v11n1/v11n1a12>> Acesso em 10 de nov. de 2018.

MILLER, P. L. Depressão e suicídio: Tanatismo, Psicanálise, Psicossomática. Rio de Janeiro, Imago, 1983.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINKOWSHI, E. *Le tempus vecu, Netechel/ Susse dela chaux et Niestle*, 1968.

MOREIRA, V. Revisitando as fases da Abordagem Centrada na Pessoa. *Estudos de Psicologia, Campinas*, v.27, n. 4, p. 537-54 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n4/11.pdf>> Acesso em 03 de out. de 2018.

NASCIMENTO, M. N. F. Religiosidade e Saúde: Etnografia de um grupo da RCC em diálogo com a perspectiva junguiana. 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0359.pdf>> Acesso em 10 de jun. de 2016.



OLIVEIRA, R. M. Kühnrich de. Cuidando de quem cuida: um olhar de cuidados aos que ministram a Palavra de Deus. 3. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento do CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

\_\_\_\_\_, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Depressão é tema de campanha da OMS para o Dia Mundial da Saúde de 2017. 2016. Disponível em: <[https:// www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5321:depressao-e-tema-de-campanha-da-oms-para-o-dia-mundial-da-saude-de-2017&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5321:depressao-e-tema-de-campanha-da-oms-para-o-dia-mundial-da-saude-de-2017&Itemid=839)> Acesso em 01 de nov. de 2018.

\_\_\_\_\_, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde: saúde mental nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2001. Disponível em: <[https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)> Acesso em 01 de nov. de 2018.

PAGANI, C. L. Guia para ministros adventistas do sétimo dia: preparado pela Associação Ministerial da Associação Geral dos Adventistas do Sétimo Dia. (6. ed.) Tatuí: CPB, 2010.

PEREIRA, W. C. C. Sofrimento psíquico dos presbíteros: dor institucional. Petrópolis: Vozes, 2012.

PINHEIRO, C. R. Stress Ocupacional e Qualidade de Vida em Clérigos(as). Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2008. Disponível em: <<http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/208>> Acesso em 08 de out. de 2018.



RAMOS H. L. Depressão endógena. Programa Nacional de Atualização Médica Fontoura – Wyeth, 01-03, 1984. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br>> Acesso em 13 de out. de 2018.

RAFAELLI, R. Husserl e a psicologia. Estudos de Psicologia, Natal, v. 9, n. 2, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2004000200002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2004000200002&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em 13 de out. de 2018.

ROEHE, M. V. Uma abordagem fenomenológico-existencial para a questão do conhecimento em psicologia. Estudos de Psicologia, v. 11, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v11n2/a04v11n2.pdf>> Acesso em 13 de out. de 2018.

SANTOS, P. R. Cuidando da saúde mental e espiritual do pastor: uma abordagem a respeito da necessidade do aconselhamento pastoral direcionado a pastores da Igreja Evangélica Assembleia de Deus. 2016. 10f. Dissertação (Pós graduação em Lato Sensu em aconselhamento) – Faculdade Teológica Batista de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Marcia/Downloads/84-1-307-1-10-20160629.pdf>> Acesso em 10 de out. de 2018.

SHAFFER, R. H. Demand better results and get them. Harvard Business Review, 2002. Disponível em: <<https://hbr.org/1991/03/demand-better-results-and-get-them>> Acesso em 10 de out. de 2018.

SOLOMON, A. O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

\_\_\_\_\_, SOLOMON, Adrew. O demônio do meio-dia, uma anatomia da depressão. Tradução Myriam Campello. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002. p. 15.



SOUZA, C. P. et. al. A questão da psicopatologia na perspectiva da abordagem centrada na pessoa: diálogos com Arthur Tatossian. Revista da Abordagem Gestáltica, Goiânia, v.19, n. 2, dez 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672013000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200006)> Acesso em 03 de out. de 2018.

\_\_\_\_\_, SOUZA, F. G. M. Tratamento da depressão. Revista brasileira de Psiquiatria, v. 21, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 03 de out. de 2018.

SROUR, R. H. Poder, cultura e ética nas organizações: o desafio das formas de gestão. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

STAHL S. M. Psicofarmacologia – Bases neurocientíficas e aplicações clínicas. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda; 1998.

TABBOTT; J. H. R.Y. S. Tratado de Psiquiatria. São Paulo: Artes Médicas; 1992.

TAMAYO, P. El concepto de enfermedad: su evolución a través de la historia. México, Guadalajara: Facultad de Medicina, UNAM/Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología/Fondo de Cultura Económica, 1988. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/106/10633215.pdf>> Acesso em 05 de out. de 2018.

TOLFO, S. R. A. A Liderança: teoria dos traços ao coach. In: BITTECOURT, C. (org), Gestão Contermorãnia de pessoas. Porto Alegre: Bookman, 2004, cap 3, cap. 13, p. 271-307



WHITE, J. As máscaras da melancolia: Um psiquiatra cristão aborda a problemática da depressão e do suicídio. São Paulo: editora ABU, 1987.

WILBER, K. The Collected Works of Ken Wilber: Sex, Ecology, Spirituality, 6 ed., 2000.

\_\_\_\_\_, Psicologia Integral, Consciência, Espírito, Psicologia, Terapia. Tradução Newton Roberval Eichenberg. São Paulo: Cultrix, 2009.

YEH, H.-C.; LEMPERS, J. D. Perceived sibling relationships and adolescent development. Journal of Youth and Adolescence, 2 ed. v. 33, n. 2, p. 133-147, 2004.

YUKL, Gary. Managerial leadership: A review of theory and research. Journal of management, v. 15, n. 2, p. 251-289, 1989. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/014920638901500207>>  
Acesso em 03 de Out. de 2018.

