



UM ESTUDO DA DEPRESSÃO EM PASTORES PROTESTANTES

DEPRESSION STUDY IN PROTESTANT'S PASTORS

Pérsio Ribeiro Gomes de Deus

Mestre em Ciências da Religião. Médico psiquiatra e professor da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM).

E-mail: pérsio.deus@ig.com.br

RESUMO

Existe uma preocupação crescente com a ocorrência de depressão em religiosos. Alguns trabalhos produzidos em nosso meio apontam os religiosos suscetíveis aos estados depressivos, e em algumas pesquisas esse grupo aparece com índices superiores aos demais profissionais submetidos à depressão. Esta pesquisa procura investigar a incidência de depressão em religiosos, especificamente pastores protestantes, e discutir suas possíveis causas. Inicialmente, serão apresentados de forma resumida os conceitos atuais sobre depressão da óptica das ciências médicas e, posteriormente, os dados colhidos em uma pesquisa em que os pastores aparecem com elevada incidência de depressão.

PALAVRAS-CHAVE

Depressão; Pastores protestantes; Religião; Incidência de depressão; Depressão em religiosos.

ABSTRACT

There is an increase preoccupation with pastor's depression. Some scientific's researchs agree with these observations. This research investigates the incidence of depression in protestant pastors and discusses about the reasons for this occurrence. Depression will be presented according to modern psychiatry concepts and then will be presented the result of pastors research with depression.

KEYWORDS

Depression; Protestant pastors; Religion; Incidence of depression; Depression in pastors.

1. INTRODUÇÃO

A depressão é uma das doenças com maior incidência no mundo atual. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), três em cada dez pessoas no mundo apresentam depressão. A doença causa enorme sofrimento e limitação a seus portadores, e como apresenta início precoce de manifestação e elevada tendência a recorrências (cronificação), os pacientes ficam incapacitados por longos períodos em suas vidas se não se submeterem a tratamentos adequados.

A relação entre sentimento religioso e depressão permaneceu basicamente inalterada ao longo da história do homem. Nessa relação, existe uma causalidade entre depressão e divindades, demônios, pecado ou falta de fé. Essas associações estão tão profundamente arraigadas no homem que ainda o influenciam.

Essas influências podem ser negativas nos cristãos, acarretando prejuízo não somente quanto à compreensão da doença, mas também causando impedimentos e dificuldades na busca do tratamento adequado. Essas dificuldades de compreensão em parte se devem à vinculação da depressão a distúrbios meramente psicológicos explicados pela teoria de Freud. A psicanálise de Freud não tem competência para explicar os distúrbios psíquicos à luz da moderna psiquiatria. Esta, entretanto, em razão de dificuldades metodológicas, só recentemente conseguiu modelos explicativos adequados para a compreensão dos distúrbios depressivos. O atraso no conhecimento científico foi preenchido por ideias preconceituosas e distorcidas sobre a doença.

Recentemente, no estudo *As influências do sentimento religioso sobre os cristãos portadores de depressão* (DEUS, 2008, p. 106), foi verificado que os pastores corresponderam a 26% da amostra de pacientes cristãos portadores de depressão. Esse estudo tem por objetivo discutir as possíveis causas que contribuem para o adocimento dos pastores em relação à doença depressiva.

2. CONCEITO ATUAL DE DEPRESSÃO

A depressão é compreendida atualmente pelas ciências médicas 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 ou psicológicos, familiares e sociais. A doença depressiva deve, portanto, ser examinada dos pontos de vista biológico, genético, cognitivo, social, considerando ainda as histórias pessoal, econômica e espiritual do indivíduo.

A depressão pode ser percebida como sintoma, manifestando-se nos mais diversos quadros clínicos, como na demência, no alcoolismo, no estresse, e pode ser secundária a outras doenças clínicas, como observado na hipertensão, no hipotireoidismo, no diabetes, no reumatismo, no câncer, nos quadros dolorosos crônicos e em várias outras doenças. Pode ainda ser compreendida como síndrome, incluindo as alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta de capacidade em sentir prazer, apatia) e alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, como as alterações de sono e apetite; por fim, compreendida como doença.

As síndromes depressivas são doenças multicausais, portanto, com a interferência de diversos fatores causais. Nas depressões, ocorre um comprometimento multigênico, sendo até três vezes mais frequente em pessoas com antecedentes hereditários positivos. As depressões podem ser afetadas pelas estações climáticas do ano, sendo mais frequentes no inverno e em países de clima frio. Podem ainda ser influenciadas por privação de sono; intensidade de luz e luminosidade; traumas precoces de vida (orgânicos ou psíquicos); lesões estruturais do cérebro; infecções e viroses; situações de estresse e estilos de vida; condições profissionais específicas; agentes químicos e físicos; outras doenças clínicas e psíquicas (depressões secundárias); uso de medicamentos (anti-hipertensivos, corticoides, hormônios, antioncóticos, entre outros).

Fatores psicossociais, como desemprego, aposentadoria, casamentos e separações conjugais, estão correlacionados com aumento nos índices de depressão. Não se pode deixar de mencionar a importância dos fatores familiares. As figuras parentais têm participação preponderante na gênese de estados depressivos. A ausência ou perda de uma das figuras parentais durante a infância (pai ou mãe) predispõe a um maior risco de doença depressiva na idade adulta; conflitos entre os pais – as chamadas “famílias disfuncionais” – também estão relacionados a uma

maior incidência de doença depressiva (BOWLBY, 1977, p. 201-210). Conflitos entre irmãos durante a infância, como agressividade e violência entre irmãos, estão igualmente associados a aumento de depressão (YEH; LEMPERS, 2004, p. 794).

Acredita-se que problemas na escola, como a intimidação feita por colegas mais agressivos ou problemáticos, tenham impacto na causalidade da depressão, ansiedade e autoestima (HAWKER; BOULTON, 2000, p. 441-455).

Há também a associação entre abuso sexual ou violência infantil e maior incidência de estados depressivos nas pessoas vítimas desses fatos. Além dos estados depressivos, existem outros prejuízos na personalidade que se somam como comorbidades aos estados depressivos.

As privações sensoriais não apenas contribuem para o aparecimento de estados depressivos já na infância, e que perdurarão na idade adulta, como ainda interferem em outras funções psíquicas. Se a privação sensorial ocorrer na primeira infância, quando, mediante estímulos sensoriais, novas conexões neuronais são estabelecidas e multiplicadas, o indivíduo terá um déficit complexo em áreas ou sistemas cerebrais que, por falta de estimulação, não se desenvolverão.

Não excluimos de forma alguma os fenômenos espirituais na gênese dos estados depressivos.

Depressão é conceituada como uma diminuição ou queda de energia física e psíquica; assim sendo, qualquer fator que possa causar essa diminuição de energia pode produzir depressão.

O conflito é um desses fatores. Designam-se como conflito situações ou problemas psíquicos não resolvidos e carregados de emoção. A emoção atrelada ao conflito geralmente é negativa e se traduz especialmente por meio da angústia, sentimento gerado pela ambivalência, pela contradição. Quanto mais oposição existe entre juízo de valor e juízo de realidade, mais angústia é gerada. O apóstolo Paulo sintetiza de maneira lapidar esses pensamentos (Rm 7:19): “o bem que quero fazer, este não faço; mas o mal que não quero se apresenta sempre diante de mim”.

Todo conflito, consciente ou não, vai produzir um enorme gasto de energia. No caso do pecado, esse gasto de energia incorpora a culpa, a autopunição, o medo, a tristeza pela falta

cometida; pode levar uma pessoa ao estado depressivo e piorar o estado de quem já está deprimido.

O pecado para o cristão tem um significado terrível, pois simboliza seu afastamento de Deus e, portanto, sua separação e perda da graça divina concedida pelo Espírito Santo. Estar em pecado significa desobedecer aos ensinamentos divinos e entristecer o Espírito Santo de Deus; e tal situação é vivida pelo cristão com extremo sofrimento. Tal pensamento foi desenvolvido pelo apóstolo Paulo em sua carta aos Hebreus, versículos 26, 27 e 31:

Porque, se pecarmos voluntariamente, depois de termos recebido o conhecimento da verdade, já não restam mais sacrifícios pelos pecados, mas uma certa expectação horrível de juízo, e ardor de fogo. Horrenda coisa é cair nas mãos do Deus vivo.

Pode-se concluir que existe uma gama extensa e variada de fatores etiológicos ou causais que podem ser responsáveis pelo aparecimento de uma doença depressiva.

Estudos da Organização Mundial da Saúde (2000) apontam que, em 2010, a depressão será a segunda doença mais frequente no mundo; atualmente, três em cada dez pessoas já tiveram, têm ou terão algum episódio depressivo ao longo da vida. Os estudos em geral apontam que a depressão é mais frequente em mulheres que em homens, na razão de dois a três para um; tal distribuição deve-se especialmente a fatores hormonais femininos.

Do ponto de vista bioquímico, existem diversas hipóteses neuroquímicas para explicar as alterações depressivas; a mais consistente, até o momento, é a hipótese das alterações monoaminérgicas para a depressão, compreendidas as aminas biogênicas como a serotonina, a noradrenalina, a adrenalina dopamina e a acetilcolina. Existem alterações dos receptores e da permeabilidade da membrana celular, bem como alterações de processos intracelulares.

Os deprimidos apresentam diversos sintomas, que podem sofrer variações em intensidade e quantidade.

A depressão é um estado de doença que dura pelo menos três semanas, podendo persistir por mais de um ano. O tempo é um fator importante para caracterizar a depressão,

pois todos nós apresentamos alterações de humor e de energia no cotidiano de nossas vidas. Podemos eventualmente sentir fadiga, cansaço, pouca energia, entretanto, num breve tempo, tudo volta ao normal. Isso não é depressão; essas flutuações de humor e energia correspondem a outros estados psíquicos. Nos estados depressivos, os sintomas ocorrem ao longo do tempo, de forma constante e geralmente progressiva, podendo variar em intensidade.

Deve-se ainda fazer uma diferenciação entre tristeza normal e tristeza como doença. A tristeza normal se refere a estados de perda com causa identificável. O estado de luto é um exemplo de tristeza normal; ao se perder um ente querido, é natural mergulhar-se num estado de tristeza profunda. Passado o período do luto (que é variável, oscilando de seis meses a um ano), a vida vai lentamente voltando ao normal, e a tristeza inicialmente insuportável se transforma em saudade.

A depressão, por sua vez, apresenta uma gama variada de sintomas e pode se apresentar meramente como sintoma, como síndrome ou associada a alguma outra doença (DEL PORTO, 2004). Não é necessário que o paciente apresente todos os sintomas para configurar a depressão; pode haver depressão, até mesmo, sem que esteja presente o sintoma “tristeza”.

Os sintomas mais comuns de depressão são: humor deprimido; irritabilidade; ansiedade e angústia; desânimo e cansaço; maior esforço para realizar atividades que anteriormente realizava com menos esforço; apatia e desinteresse; medo e insegurança; vazio e desesperança; dificuldade em sentir prazer em atividades anteriormente prazerosas; autoestima rebaixada; ideias desproporcionais de culpa; alterações de sono; alterações de peso; diminuição da vontade sexual; dificuldade em concentração e atenção; esquecimentos frequentes; vontade de “deixar de viver”; ideias de suicídio; dores pelo corpo e outros sintomas clínicos (gastrointestinais, cardiovasculares, dermatológicos, tonturas).

Humor deprimido, perda do interesse ou prazer e fadigabilidade aumentada são tidos como os sintomas típicos da depressão. Para confirmar o diagnóstico de depressão, é preciso que haja a soma de cinco dos sintomas descritos, que deverão se manifestar de maneira constante por mais de três semanas.

Em depressões leves, a pessoa consegue trabalhar e até mesmo dar conta de suas responsabilidades, à custa de cansaço constante, mau humor e irritabilidade em graus variáveis.

Nos quadros de depressão moderada, além da exacerbação desses sintomas e de maior sofrimento com redução da qualidade de vida, há um comprometimento do rendimento profissional, que ficará muito aquém do que a pessoa poderia render.

Nos quadros de depressão grave, o comprometimento será o de uma limitação de vida considerável em todos os seus aspectos, como os familiares, sociais e profissionais, podendo haver até mesmo o risco de suicídio.

A depressão interfere na qualidade de vida da população, causando um ônus social global com custos diretos e indiretos relativos ao próprio tratamento, acentuada limitação física, aumento do absenteísmo, prejuízo no funcionamento profissional com queda acentuada da produtividade e enorme sobrecarga familiar.

3. A DEPRESSÃO NOS PASTORES

O estado depressivo em religiosos é observado desde os primeiros “pastores” ou líderes religiosos, como verificado em alguns profetas e demais responsáveis pela liderança religiosa em alguns povos.

O estado depressivo foi verificado e descrito de forma clara em Davi, mas ele era mais um líder político que religioso. Encontramos depressão também no profeta Jonas, registrado em Jonas 4. Igualmente encontramos esse estado em Jeremias, no Livro das Lamentações, 4, e em outros servos de Deus, como a Bíblia nos descreve.

Em nossa prática clínica como psiquiatra, temos atendido um número expressivo de pastores com quadros depressivos, como observado por outros autores (KOENIG, 2001; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2006).

Lotufo Neto (1977, p. 251) encontrou maior incidência de doenças mentais entre ministros protestantes se comparados à população geral, e os transtornos depressivos responderam por 16,4% das doenças mentais encontradas nos ministros protestantes.

Os dados de nossa pesquisa (DEUS, 2008) confirmam os achados desses outros pesquisadores. Dentre os 50 prontuários de pacientes cristãos portadores de depressão atendidos na referida pesquisa num período de seis meses, 13 pertenciam a pastores, representando 26% dos pacientes atendidos. Acreditamos que as respostas desses pacientes merecem uma atenção particular. Dos 13 pastores, nove são presbiterianos, três são batistas, e um é da Assembleia de Deus. Essa porcentagem precisa ser considerada de forma cuidadosa, pois não espelha a incidência real de doença depressiva entre religiosos ou entre pastores. A explicação desse desvio ou artificialidade porcentual pode se dever ao fato de que há poucos psiquiatras cristãos em nosso meio, e essa pesquisa foi realizada por um psiquiatra cristão e presbiteriano. Esclarecemos ainda que, em razão do tamanho reduzido da amostra, os resultados não permitem generalização, pois não refletem a porcentagem de religiosos protestantes em nosso país, devendo, portanto, ser compreendida como estudo de caso.

Indagados quanto ao seu conhecimento sobre a doença depressiva, obtinham-se informações de que o estado de doença por eles apresentada correspondia à doença depressiva, somente três deles tinham informações a respeito. Quanto às causas para seu adoecimento, dos nove pastores presbiterianos, cinco relacionaram sua doença ao estresse do exercício da vida pastoral, dois a problemas de relacionamento conjugal, e dois não sabiam a causa. Dos três pastores batistas, dois relacionaram as causas ao pecado e à falta de fé, e um não sabia a causa. O pastor assembleiano relacionou sua depressão à ação do demônio.

Gráfico 1 – Atribuição de causa da doença entre os pastores presbiterianos



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 2 – Atribuição de causa da doença entre os pastores batistas



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 3 – Atribuição de causa da doença para o pastor assembleiano



Fonte: Elaborado pelo autor.

Um dado revelador e preocupante é que, dentre os pastores, dos nove presbiterianos, cinco referiram como causa da depressão o estresse ligado à atividade pastoral. As explicações desse estresse pastoral foram relacionadas aos seguintes fatores:

- problemas com instâncias da Igreja (compreendida como organização) por presbitérios e sínodos: falta de compreensão e apoio das referidas instâncias;
- problemas de relacionamento com as igrejas locais;
- uma queixa comum a todos foi a existência de problemas financeiros advindos da baixa remuneração profissional;
- problemas conjugais também foram significativos: três dos nove pastores presbiterianos e um dos três

batistas os referiram. A tônica das dificuldades de relacionamento conjugal se referiu à insatisfação das esposas pela falta de tempo e conseqüente falta de dedicação à família, pois a Igreja era priorizada em lugar da esposa e filhos. Alguns também apontaram sentimentos de mágoas das esposas em relação ao tratamento recebido nas igrejas;

- mudanças constantes de campos de trabalho.

Como os 13 pastores são pertencentes a ramos do protestantismo histórico, todos cursaram Seminário e Curso Superior de Teologia, mas somente três deles sabiam a causa da doença. Desse fato podem decorrer conseqüências sérias, pois esses pastores exercem liderança sobre grupos de cristãos e os orientam, entre outras coisas sobre doenças ou estados depressivos. Relacionado a esse fato, foi observado que em 69% dos pastores houve prejuízo da busca por auxílio e tratamento especializado.

Do contato no atendimento médico aos pastores, sabe-se que, em razão das condições peculiares e particulares do exercício do pastorado, estes, a exemplo dos líderes de outros segmentos da sociedade, apresentam inúmeras variáveis que tornam especialmente difícil para eles lidar com estados de fragilização, como o fato de estar doente; o fato se agrava se essa doença for um estado depressivo.

O pastor, líder carismático, ungido, investido da imagem do “homem de Deus” na comunidade, tem que estar sempre pronto e disponível para as atividades pastorais. Essa pronta disponibilidade atrelada à falta de um horário determinado para as atividades pastorais é apontada (UNISINOS, 2008) como uma das causas predisponentes a doenças.

Essas atividades frequentemente demandam uma alternância de emoções: sepultamento pela manhã, reunião de liderança à tarde, casamento em final de tarde e culto à noite; ou seja, a vivência, num mesmo dia, da dor e do luto, o exercício da lógica e a preocupação, a celebração de momento de alegria, prédica e exortação; e atreladas a essas atividades, todas as emoções sentidas, expressas e contidas pelo veículo sagrado.

Foi observado também uma dificuldade em maior autoconhecimento, já que toda a energia cognitiva é voltada ao sagra-

do, e a conativa (ativa) é direcionada à comunidade. Foi referido pelos pastores grandes exigências por parte dos fiéis expressas em cobranças e expectativas por parte da igreja local e da Igreja – compreendida aqui como organização (Igreja Presbiteriana do Brasil, Convenção Batista, Assembleia de Deus), falta de suporte de setores dessas igrejas e a solidão ministerial.

Podem-se depreender deste estudo de caso os seguintes pontos levantados como fatores causais para o desencadeamento de um estado depressivo:

- Estresse relacionado ao exercício da atividade pastoral.
- Baixa remuneração.
- Problemas de relacionamento conjugal.
- Pecado e enfraquecimento da fé.
- Ação do demônio.
- Falta de apoio e compreensão da Igreja (entendida como organização).
- Problemas de relacionamento com membros das igrejas locais.
- Cobrança das igrejas sedes e dos membros das comunidades.
- Mudanças constantes dos campos ministeriais.

Os estados depressivos são verificados em outros grupos de religiosos. Recentemente, a arquidiocese de Caxias do Sul, por meio da publicação da Unisinos (2008), apresentou estudo mostrando que 28% de padres e freiras declararam-se emocionalmente exaustos.

Esses fatores, entre outros que não foram levantados nesta pesquisa, tornam o pastor uma figura ímpar na sociedade; que carece de estudos mais profundos e observações científicas mais rigorosas e extensas. Pelo pequeno número da amostragem como já foi referido, esta pesquisa não permite nenhuma generalização, sendo considerada um estudo de caso. Futuras pesquisas podem ser realizadas no intuito de se compreender mais profundamente esse fenômeno, e a partir de melhor compreensão a proposição de medidas para evitar ou diminuir a incidência de depressão nos pastores.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da experiência no exercício da medicina psiquiátrica tínhamos a evidência clínica de que um número elevado de pastores protestantes eram portadores de depressão. Isso se transformou na hipótese do presente estudo de caso que veio comprovar uma elevada incidência de quadros depressivos em pastores protestantes.

O assunto é bastante complexo, bem como as causalidades encontradas. Similarmente a outros líderes, os pastores precisam se mostrar sempre fortes, pois são modelos, e apresentam grande dificuldade em aceitarem-se doentes. Apresentam falta de informações adequadas sobre o que seja a doença depressiva, e as ideias a respeito da doença são fortemente influenciadas por interpretações de cunho religioso.

Outras causalidades merecem menção: baixa remuneração e estresse advindo das múltiplas funções exercidas no pastorado, aliado à disponibilidade total à comunidade sem que haja uma jornada de trabalho delimitada. Outro ponto que merece relevância é a contínua alternância de estados emocionais relacionados às atividades pastorais, como: ofício fúnebre seguido de celebração de casamento, reunião administrativa, culto, considerando o fato de que cada evento requer uma disponibilidade intelectual e emocional diversa.

Seria possível traçar comparação entre os pastores protestantes e os executivos de alta *performance*, sem, entretanto, terem o suporte e as benesses das corporações nas quais os executivos atuam; até porque Igreja não é corporação. A amostragem, por ser pequena, não permite generalizações, mas o presente estudo revela um tema ainda pouco explorado e que se mostra um campo aberto a futuras pesquisas e estudos

REFERÊNCIAS

A BÍBLIA SAGRADA. *Bíblia de estudo de Genebra*. São Paulo; Barueri: Cultura Cristã e Sociedade Bíblica do Brasil, 1999.

BOWLBY, J. The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, v. 130, p. 201-210, 1977.

DEL PORTO, J. A. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, p. 3-6, 2004. Suplemento.

DEUS, P. R. G. de. *Ansiedade, angústia, medo e depressão*. Apostila relativa a curso apresentado em Simpósio Ipub, São Paulo, 1998.

_____. *As influências do sentimento religioso sobre os cristãos portadores de depressão*. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião)–Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2008.

HAWKER, D. S. J.; BOULTON, M. J. Twenty years research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *Child Psychology*, v. 41, 2000.

KOENIG, H. G.; LOTUFO NETO, F. Religiousness and mental health: a review. In: _____. *Handbook of religions and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford Press University, 2001.

LOTUFO NETO, F. *Psiquiatria e religião*. A prevalência de transtornos mentais entre ministros protestantes. 1977. Tese (Livre-Docência)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 1977.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 3, p. 245-250, 2006.

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.

UNISINOS. Stress na vida religiosa. Disponível em: <www.unisin.br/lhu>. Acesso em: 31 maio 2008.

YEH, H. C.; LEMPERS, J. D. Perceived sibling relationships and adolescents development. *Journal Youth Adolesc.*, v. 33, p. 133-147, 2004.