SAÚDE MENTAL EM PASTORES DA IGREJA PRESBITERIANA DO BRASIL RESIDENTES NA GRANDE SÃO PAULO

Sérgio Ribeiro Santos (IC) e Gabriel Gaudêncio do Rêgo (Orientador)

Apoio:PIVIC Mackenzie

RESUMO

A saúde mental compreende um estado de bem-estar relacionado à resiliência, à capacidade de adaptação e à integração social, não se limitando à ausência de transtornos. Entre pastores, sintomas de ansiedade, depressão e burnout são frequentes e podem ser agravados pela sobrecarga ocupacional, dificuldade em estabelecer limites, falta de apoio social e conflitos espirituais. No Brasil, estudos sobre o tema ainda são escassos, sobretudo em grandes centros urbanos. Esta pesquisa quantitativa, transversal e observacional investigou a saúde mental de 32 pastores da Igreja Presbiteriana do Brasil residentes na Grande São Paulo, identificando fatores de risco e proteção associados ao bem-estar psicológico. Foram aplicados, em formato on-line, um questionário sociodemográfico e ocupacional e os instrumentos WHO-5, PSS-10, GAD-7 e PHQ-9. Os dados foram analisados por estatísticas descritivas e inferenciais. Os resultados indicaram prevalência significativa de sintomas depressivos e ansiosos moderados a graves. O apoio institucional percebido mostrou forte associação com todos os indicadores de saúde mental. O descanso semanal regular e a prática devocional pessoal frequente também se destacaram como fatores protetivos. Além disso, o colapso do bem-estar subjetivo, mais do que a sobrecarga objetiva de trabalho, revelou-se o principal indicador do risco de abandono ministerial. O estudo amplia o conhecimento acadêmico sobre um tema ainda pouco explorado e reforça a necessidade de ações de cuidado psicossocial destinadas aos líderes religiosos e às suas comunidades.

Palavras-chave: Saúde mental; Pastores presbiterianos; Bem-estar psicológico.

ABSTRACT

Mental health encompasses a state of well-being linked to resilience, adaptability, and social integration, extending beyond the mere absence of disorders. Among pastors, symptoms of anxiety, depression, and burnout are common and can be exacerbated by occupational overload, difficulty setting boundaries, a lack of social support, and spiritual conflicts. In Brazil, studies on this topic remain scarce, particularly in large urban centers. This quantitative, cross-sectional, observational study investigated the mental health of 32 pastors from the Presbyterian Church of Brazil residing in the Greater São Paulo area, identifying risk and protective factors associated with psychological well-being. A sociodemographic and occupational questionnaire, along with the WHO-5, PSS-10, GAD-7, and PHQ-9 instruments, were administered online. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. Results indicated a significant prevalence of moderate to severe depressive and anxiety symptoms. Perceived institutional support showed a strong association with all mental health indicators. Regular weekly rest and frequent personal devotional practice also emerged as protective factors. Furthermore, a breakdown in subjective well-being—rather than objective workload—proved to be the primary indicator of the risk of leaving the ministry. The study expands academic knowledge on a little-explored topic and underscores the need for psychosocial care initiatives aimed at religious leaders and their communities.

Keywords: Mental health; Presbyterian pastors; Psychological well-being.

1. INTRODUÇÃO

A atividade pastoral ou sacerdotal é comum a diferentes expressões religiosas. Entre as atribuições destes grupos, historicamente construídas, estão a relação e mediação com o sagrado, orientações pessoais e coletivas das mais diversas naturezas, gestão de todo um aparato religioso, a manutenção do capital simbólico atribuído a esse grupo e a transmissão de conteúdos doutrinários pertinentes à respectiva tradição. As exigências e preparo individual para os que assumem estas funções variam conforme a confissão e tradição religiosas. Por sua vez, esses profissionais do serviço religioso podem ser escolhidos hereditariamente, em ritos de iniciação, por manifestações subjetivas de uma vocação sacerdotal ou por um conjunto de características pessoais que supostamente qualificam o indivíduo para o exercício dessa atividade religiosa. O presente artigo tem por objeto a tradição cristã. especificamente a Igreja Presbiteriana do Brasil, denominação oriunda da Reforma Protestante.

No Brasil, contudo, o cenário acadêmico acerca da saúde mental de pastores ainda é incipiente. A escassez de investigações nacionais sistemáticas limita a compreensão dos fatores de risco e proteção que modulam o bem-estar psicológico desses líderes religiosos, especialmente em contextos urbanos complexos como a Grande São Paulo. Tal lacuna é particularmente preocupante considerando-se que pastores não apenas enfrentam demandas laborais intensas, mas também desempenham papel central na vida comunitária, sendo frequentemente procurados como fontes de apoio emocional e espiritual por seus fiéis. Estudos empíricos líderes religiosos no país têm começado a surgir muito recentemente: Francis et al. (2025), em investigação piloto com padres católicos no Brasil, examinaram preditores individuais de burnout e bem-estar psicológico relacionado ao trabalho, reforçando que o campo carece tanto de dados quanto de instrumentos validados nacionalmente para diferentes tradições religiosas.

Diante desse panorama, a pesquisa buscou responder à seguinte pergunta: pastores presbiterianos residentes na região da Grande São Paulo têm conseguido, a partir das exigências institucionais e sociais e de seus recursos individuais, manter um estado de saúde mental satisfatório, capaz de favorecer o desenvolvimento pessoal e o serviço comunitário? Para tanto, o objetivo central desta pesquisa foi mensurar o estado de saúde mental dos pastores da Igreja Presbiteriana do Brasil que atuam na referida região.

Pesquisas dessa natureza justifica-se tanto pela sua relevância acadêmica quanto social. Em termos acadêmicos, contribuir em um campo que em termos nacionais encontra-se ainda incipiente, o que pode ser constatado pela quantidade de trabalhos acadêmicos disponíveis nas bases de dados. No âmbito social, além da qualidade de vida dos profissionais estudados, uma vez que estas são pessoas que influenciam outros grupos sociais, a saúde mental destes prestadores de serviços religiosos é elemento relevante quando se pensa em termos de contribuição com a comunidade em que estão inseridos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A saúde mental constitui uma dimensão fundamental para o funcionamento adequado do indivíduo, sendo compreendida como um estado de bem-estar, que conjuga fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, associada a capacidade de lidar com os desafios da vida, desenvolver habilidades pessoais e contribuir com sua comunidade (World Health Organization, 2018; Patel et al., 2018). Mais do que a ausência de transtornos mentais, a saúde mental está associada à presença de resiliência, adaptação e de integração social, sendo por isso um tema amplamente presente em iniciativas de promoção de ambientes sociais mais saudáveis e equitativos (Vigo; Thornicroft; Atun, 2016; Ministério da Saúde, 2022).

A saúde mental tem sido extensamente investigada nos mais diferentes âmbitos sociais e profissionais. No que tange à população de líderes religiosos, a saúde mental adquire contornos relevantes. Estudos recentes demonstram que casos de ansiedade e, principalmente, burnout têm emergido entre pastores, sobretudo em razão de fatores como esgotamento emocional, a sobrecarga ocupacional, dificuldade de estabelecer limites claros entre a vida profissional e pessoal, escassez de suporte social e conflitos espirituais internos (Francis et al., 2011; Webb; Chase, 2019; Amankwa, 2023). A prevalência de depressão entre pastores pode ser expressivamente maior do que na população geral, chegando a 16,6% em amostra de pastores da região metropolitana de São Paulo (Santos; Andrade, 2024). Tal situação torna-se ainda mais complexa uma vez que o fato deles exercerem atividades ou serviços religiosos os fazem representados socialmente como pessoas em condições diferenciadas. Quanto ao nosso grupo de interesse é indicado claramente pelas normas institucionais a que estão submetidos que sejam irrepreensíveis na vida, eficientes e zelosos no cumprimento dos seus deveres, além de boa reputação dentro e fora da vida religiosa (Constituição da IPB, Art. 32).

3. METODOLOGIA

3.1 Participantes

O presente pesquisa teve como delineamento uma pesquisa quantitativa, transversal e observacional, de natureza exploratória sendo que dela participaram 32 pastores da Igreja Presbiteriana do Brasil, residentes e/ou atuantes na região da Grande São Paulo. A seleção foi realizada por meio de amostragem não probabilística por conveniência, convidando-se líderes que estivessem no exercício ativo do ministério pastoral em congregações da região. Os critérios de inclusão foram: (a) ser pastor ordenado pela Igreja Presbiteriana do Brasil, (b) exercer atividade ministerial regular em igreja localizada na Grande São Paulo, e (c) concordar em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O planejamento inicial da pesquisa previa uma amostra de 60 participantes; a amostra final obtida (N = 32) correspondeu a aproximadamente 53% da meta projetada, refletindo uma taxa de

adesão abaixo do esperado o que pode incidir em outras hipóteses ou necessidade de metodologia diferente para pesquisas desta natureza com esse grupo.

3.2 Instrumentos

- Questionário Sociodemográfico e Ocupacional — Instrumento elaborado pelo pesquisador contendo informações sobre idade, região de residência, tempo de ministério, regime de trabalho, carga horária semanal, rotina devocional (frequência e duração), padrão de descanso semanal, histórico de psicoterapia e percepção de equilíbrio entre vida profissional e pessoal.
- WHO-5 Well-Being Index (Organização Mundial da Saúde) — Avalia o bem-estar subjetivo por meio de 5 itens, com pontuação de 0 a 100. Escores abaixo de 50 indicam rastreio positivo para depressão (Topp et al., 2015). Utilizou-se a versão em português validada por De Souza e Hidalgo (2012).
- Perceived Stress Scale (PSS-10; Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) — Avalia o estresse percebido nas últimas semanas por meio de 10 itens, com pontuação de 0 a 40. Foi utilizada a versão em português validada por Siqueira Reis, Ferreira Hino e Rodrigues Añez (2010).
- Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7; Spitzer et al., 2006) — Avalia sintomas de ansiedade generalizada por meio de 7 itens, com pontuação de 0 a 21. Utilizamos a versão traduzida pela Pfizer Inc. (2013).
- Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) — Avalia sintomas depressivos por meio de 9 itens, com pontuação de 0 a 27. Usamos a tradução de Santos e colaboradores (2013).

3.3. Procedimentos

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme estabelecido pela Resolução CNS nº 466/2012 e nº 510/2016. A coleta de dados foi realizada de forma on-line, por meio de formulário eletrônico (Google Forms), contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e todos os instrumentos de maneira sequencial. Os dados foram coletados ao longo do segundo semestre de 2025.

3.4. Análise de Dados

Os dados foram tabulados e analisados no ambiente estatístico R (versão 4.x), utilizando os pacotes tidyverse, gtsummary, labelled e ggcorrplot. O tratamento dos dados seguiu quatro etapas sequenciais: preparação e limpeza da base, análise descritiva, análise de prevalência clínica, e análises inferenciais de associação e comparação de grupos, com posterior correção para comparações múltiplas.

As respostas exportadas do formulário eletrônico foram renomeadas e rotuladas com os textos originais das perguntas, preservando a rastreabilidade de cada variável. Participantes que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram excluídos antes de qualquer análise. Os itens das escalas psicométricas, originalmente registrados em formato de texto (ex.: "5 – Concordo Totalmente"), foram convertidos para valores numéricos por meio da extração do dígito inicial de cada resposta. Os itens de formulação positiva do PSS-10 (itens 4, 5, 7 e 8) foram invertidos conforme o procedimento padrão do instrumento, e os escores totais de cada escala (WHO-5, PSS-10, GAD-7, PHQ-9) foram calculados pela soma dos itens correspondentes, com o WHO-5 adicionalmente multiplicado por 4 para conversão à escala de 0 a 100 pontos.

Variáveis contínuas foram descritas por média e desvio-padrão quando a distribuição se aproximava da simetria, ou por mediana e intervalo interquartil (Q1, Q3) em caso de assimetria ou de comparações entre grupos pequenos, dada a maior robustez desses estimadores a valores extremos. Variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. A prevalência de sintomatologia depressiva e ansiosa foi categorizada segundo os pontos de corte clínicos estabelecidos nos manuais originais do PHQ-9 (Kroenke; Spitzer; Williams, 2001) e do GAD-7 (Spitzer et al., 2006).

Dado o tamanho amostral reduzido e a natureza ordinal da maioria das variáveis, optou-se por métodos não paramétricos em todas as análises inferenciais. As correlações entre variáveis contextuais (ocupacionais e devocionais) e os desfechos de saúde mental foram estimadas pelo coeficiente de correlação de Spearman (ρ), apropriado para variáveis ordinais e resistente a distribuições assimétricas e a valores extremos. As comparações entre grupos independentes (por exemplo, descanso frequente versus insuficiente, apoio institucional alto versus baixo) foram conduzidas pelo teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, alternativa não paramétrica ao teste t de Student, adequada quando não se pode assumir normalidade ou quando os grupos comparados são pequenos.

Ao longo do estudo foram conduzidos 21 testes de hipótese independentes (13 comparações de grupo e 8 correlações de Spearman reportadas de forma pontual). Para controlar a inflação do erro Tipo I decorrente de testagens múltiplas sobre o mesmo conjunto de dados, aplicou-se o procedimento de Benjamini-Hochberg para controle da taxa de falsas descobertas (false discovery rate, FDR; Benjamini; Hochberg, 1995), implementado pela função p.adjust() do R com o método "BH". Esse procedimento foi escolhido em detrimento da correção de Bonferroni — mais conservadora e adequada a testes estatisticamente independentes — porque os quatro desfechos de saúde mental utilizados (WHO-5, PSS-10, GAD-7, PHQ-9) são usualmente fortemente intercorrelacionados entre si, o que reduz o número efetivo de hipóteses independentes testadas e torna o controle de falsas descobertas mais apropriado do que o controle do erro por teste individual. Adotou-se o nível de

significância convencional de 5% (α = 0,05) para os testes brutos, e o mesmo limiar foi aplicado aos p-valores ajustados pelo procedimento de Benjamini-Hochberg.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização Sociodemográfica e Ministerial da Amostra

A amostra final foi composta por 32 participantes, com predomínio de pastores na faixa etária de 55 a 64 anos (41%), seguidos por 45–54 anos (28%) e 35–44 anos (22%). Quanto ao tempo de exercício ministerial, 53% relataram 21 anos ou mais de ministério e 31% entre 11 e 20 anos — ou seja, 84% da amostra acumula mais de uma década de atuação pastoral. Em termos de regime laboral, 61% atuam em tempo integral tendo o pastorado como ocupação principal; os demais (39%) conciliam o ministério com outra ocupação profissional.

A Tabela 1 apresenta a caracterização completa da amostra, incluindo variáveis demográficas, ocupacionais, devocionais e os escores totais das quatro escalas de saúde mental utilizadas.

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica, Ministerial e Escores de Saúde Mental.

Variável	Categoria	n (%) / M (DP)
Idade	18–24 anos	0 (0%)
	25–34 anos	1 (3,1%)
	35–44 anos	7 (22%)
	45–54 anos	9 (28%)
	55–64 anos	13 (41%)
	65+ anos	2 (6,3%)
Regime de trabalho	Tempo parcial	12 (39%)
	Tempo integral	19 (61%)
Carga horária semanal	Até 20 horas	8 (25%)
	21 a 30 horas	6 (19%)
	31 a 40 horas	5 (16%)
	41 a 50 horas	8 (25%)
	51 a 60 horas	3 (9,4%)
	61 horas ou mais	2 (6,3%)
Tempo de ministério	De 3 a 5 anos	1 (3,1%)
	De 6 a 10 anos	4 (13%)
	De 11 a 20 anos	10 (31%)
	21 anos ou mais	17 (53%)
Rotina devocional	Raramente	0 (0%)
	1 a 3 vezes por semana	6 (19%)
	4 a 6 vezes por semana	12 (38%)
	Diária	14 (44%)
Tempo devocional	Até 15 minutos	6 (20%)
	De 15 a 30 minutos	12 (40%)
	De 30 a 45 minutos	10 (33%)
	De 45 min a 1 hora	2 (6,7%)
Padrão de descanso semanal	Raramente ou nunca	8 (25%)

Variável	Categoria	n (%) / M (DP)
	Às vezes	12 (38%)
	Sim, na maioria das vezes	12 (38%)
Psicoterapia (histórico)	Não	24 (75%)
	Sim (algum momento)	8 (25%)
Pensou em deixar o ministério	Nunca	17 (59%)
	Raramente	6 (21%)
	Às vezes	4 (14%)
	Frequentemente	2 (6,9%)
Escore WHO-5 (Bem-Estar)	0–100	56,63 (24,09)
Escore PSS-10 (Estresse)	0–40	17,78 (8,19)
Escore GAD-7 (Ansiedade)	0–21	5,16 (5,31)
Escore PHQ-9 (Depressão)	0–27	6,69 (6,82)

Nota. M = média; DP = desvio padrão. Percentuais calculados sobre respostas válidas (dados ausentes variam por item).

A prática devocional pessoal apresentou perfil expressivo: 82% da amostra pratica o “exercício devocional” com frequência e de pelo menos 4 vezes por semana (38% de 4 a 6 vezes; 44% diariamente), com duração predominante entre 15 e 45 minutos por sessão (73% da amostra). O padrão de descanso semanal, por outro lado, constitui ponto de alerta: 63% da amostra não possui um dia de descanso consistente (25% raramente ou nunca descansam; 38% descansam apenas às vezes), e nenhum participante relatou descansar "sempre".

Quanto ao acesso a cuidado em saúde mental, 75% da amostra nunca realizou psicoterapia. Sobre a permanência no ministério, 21% da amostra relatou pensar "às vezes" ou "frequentemente" em deixar o ministério pastoral.

4.2 Prevalência e Severidade Clínica de Sintomas Depressivos e Ansiosos

Os escores médios da amostra situam-se nas faixas mínima a leve (PHQ-9 M = 6,69; GAD-7 M = 5,16). Contudo, a análise por categorias clínicas de severidade — conforme os critérios estabelecidos nos manuais originais dos instrumentos (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Spitzer et al., 2006) — revela uma realidade mais preocupante ao nível individual, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Classificação Clínica de Severidade Depressiva (PHQ-9) e Ansiosa (GAD-7).

Categoria	PHQ-9 — Depressão	GAD-7 — Ansiedade
Mínimo	16 (50%)	16 (50%)
Leve	5 (16%)	10 (31%)
Moderado	7 (22%)	3 (9,4%)
Moderadamente grave	3 (9,4%)	—
Grave	1 (3,1%)	3 (9,4%)

Nota. PHQ-9: pontos de corte 0–4 mínimo, 5–9 leve, 10–14 moderado, 15–19 moderadamente grave, 20–27 grave. GAD-7: 0–4 mínimo, 5–9 leve, 10–14 moderado, 15–21 grave.

Metade da amostra (50%) apresentou sintomatologia depressiva mínima. Contudo, os outros 50% acumulam algum nível de sintomatologia depressiva clinicamente relevante (escore ≥ 5), dos quais 34,5% (somando moderado, moderadamente grave e grave) ultrapassam o limiar recomendado para avaliação clínica especializada — ou seja, aproximadamente um em cada três pastores da amostra apresenta depressão moderada a grave.

Para ansiedade, também 50% da amostra situou-se na faixa mínima, 31% na faixa leve, e 18,8% apresentaram sintomas moderados a graves — indicativo de Transtorno de Ansiedade Generalizada clinicamente provável.

O escore médio do WHO-5 (56,63; DP = 24,09) está acima do ponto de corte clínico de 50 pontos, mas o desvio-padrão elevado indica grande heterogeneidade interna: uma parcela da amostra está em franco florescimento psicológico, enquanto outra está em sofrimento grave — heterogeneidade que as análises de subgrupo das próximas seções ajudam a explicar.

4.3 Correlações entre Contexto Ministerial e Saúde Mental

Para investigar quais dimensões do contexto ministerial mais se associam aos desfechos de saúde mental, foram calculadas correlações de Spearman entre seis variáveis ocupacionais (plantão, sobrecarga, conflitos, apoio institucional, apoio emocional e eficácia percebida) e os quatro escores de saúde mental. Três padrões estruturais emergiram desta análise.

Em primeiro lugar, os três indicadores de sofrimento psicológico formaram um cluster fortemente intercorrelacionado: ρ(Estresse × Ansiedade) = 0,86; ρ(Estresse × Depressão) = 0,78; ρ(Ansiedade × Depressão) = 0,87 — padrão de comorbidade amplamente documentado na literatura (Clark; Watson, 1991). O Bem-Estar (WHO-5) correlacionou-se negativamente com todos eles (ρ entre −0,75 e −0,84), confirmando sua validade como indicador inverso de psicopatologia nesta amostra.

Em segundo lugar, entre as variáveis contextuais, Conflitos e Sobrecarga emergiram como os preditores mais robustos de desfechos negativos (Conflitos × Ansiedade: ρ = 0,76; Sobrecarga × Estresse: ρ = 0,61; Sobrecarga × Depressão: ρ = 0,60), sugerindo que o sofrimento psicológico do pastor emerge mais da qualidade relacional do ambiente ministerial do que do volume bruto de trabalho.

Em terceiro lugar, o Apoio Institucional correlacionou-se negativamente com Estresse (ρ = −0,54), Ansiedade (ρ = −0,52) e Depressão (ρ = −0,59), e positivamente com Bem-Estar (ρ = 0,44) — antecipando o papel central que essa variável assumirá na análise aprofundada da Seção 4.4.

4.4 Apoio Institucional e Saúde Mental

O apoio institucional percebido (a percepção do pastor de que sua denominação oferece suporte adequado ao seu exercício ministerial) foi avaliado por item Likert de 5 pontos (1 = Discordo totalmente; 5 = Concordo totalmente). A distribuição das respostas revelou um cenário fragmentado, e não polarizado: 31,2% dos participantes posicionaram-se de forma neutra (score 3), 28,1%

discordaram (scores 1–2, sentindo-se sem apoio adequado), e 40,6% concordaram (scores 4–5, sentindo-se apoiados).

Para testar o impacto dessa variável nos desfechos de saúde mental, os participantes foram comparados em dois grupos — Alto Apoio (concordam) versus Baixo Apoio (discordam) — por meio de testes de Wilcoxon-Mann-Whitney. Os resultados, apresentados na Tabela 3, revelaram diferenças nominalmente significativas nos quatro desfechos avaliados (p bruto entre < 0,001 e 0,022).

Tabela 3 - Escores de Saúde Mental por Nível de Apoio Institucional Percebido

Desfecho	Alto Apoio (n = 13)	Baixo Apoio (n = 9)	p
Bem-Estar (WHO-5)	72 (52, 80)	32 (24, 60)	0,022
Estresse (PSS-10)	16 (9, 21)	26 (21, 31)	0,002
Ansiedade (GAD-7)	1,0 (0,0, 7,0)	10,0 (7,0, 16,0)	0,004
Depressão (PHQ-9)	1,0 (0,0, 5,0)	13,0 (11,0, 18,0)	0,001

Nota. Teste de Wilcoxon rank sum. Grupo neutro (score 3, n = 10) excluído da comparação binária, mas incluído nas correlações contínuas. Alto Apoio com baixo em medianas (Q1 e Q3).

As magnitudes das diferenças são clinicamente expressivas. No WHO-5, o grupo com baixo apoio apresentou mediana de 32 pontos — abaixo do limiar clínico de 50, zona de rastreio positivo para depressão — enquanto o grupo com alto apoio apresentou mediana de 72, configurando bem-estar robusto. Na Depressão (PHQ-9), a diferença de 12 pontos na mediana (1,0 vs. 13,0) posiciona os grupos em categorias clínicas completamente distintas: mínimo versus moderado. Padrão análogo ocorreu na Ansiedade (GAD-7: 1,0 vs. 10,0).

Após a correção para comparações múltiplas (Benjamini-Hochberg, Seção 5.8), três dessas quatro diferenças permaneceram estatisticamente significativas: Depressão (p ajustado = 0,014), Estresse (p ajustado = 0,008) e Ansiedade (p ajustado = 0,014). Apenas o Bem-Estar (WHO-5) deixou de atingir significância após a correção (p bruto = 0,022; p ajustado = 0,051), embora a diferença clínica entre as medianas (32 vs. 72 pontos) permaneça expressiva e mereça atenção em estudos com maior poder estatístico.

As correlações de Spearman entre o escore contínuo de apoio institucional e os desfechos de saúde mental confirmaram e refinaram esse padrão, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Correlações de Spearman entre Apoio Institucional Percebido e Saúde Mental.

Desfecho	ρ (Spearman)	p	Magnitude
WHO-5 (Bem-Estar)	0,442	0,011	Moderada
PSS-10 (Estresse)	−0,541	0,001	Moderada
GAD-7 (Ansiedade)	−0,518	0,002	Moderada
PHQ-9 (Depressão)	−0,592	< 0,001	Moderada

A correlação mais forte foi observada com Depressão (ρ = −0,592), sugerindo que o desamparo institucional está mais intimamente ligado à instalação de quadros depressivos do que ao estresse agudo ou à ansiedade. As quatro correlações permaneceram estatisticamente significativas

após a correção para comparações múltiplas (p ajustado entre 0,007 e 0,029, Seção 5.8), configurando o conjunto de achados mais robusto de todo o estudo.

4.5 O Peso do Descanso Semanal

Para examinar o papel do descanso como fator protetor, os participantes foram categorizados em "Descanso Frequente" (descansam na maioria das vezes ou sempre) versus "Descanso Insuficiente" (raramente/nunca ou apenas às vezes). A Tabela 5 apresenta a comparação dos desfechos de saúde mental entre esses grupos.

Tabela 5 - Escores de Saúde Mental por Padrão de Descanso Semanal

Desfecho	Descanso Frequente (n = 12)	Descanso Insuficiente (n = 20)	p
Bem-Estar (WHO-5)	64 (56, 80)	56 (26, 76)	0,2
Estresse (PSS-10)	15 (8, 18)	21 (15, 26)	0,033
Depressão (PHQ-9)	2,5 (0,5, 4,5)	9,0 (0,5, 13,0)	0,2

Nota. Teste de Wilcoxon rank sum. Valores de Medianas (Q1 e Q3), para descanso frequente e descanso insuficiente, respectivamente.

O Estresse Percebido apresentou diferença nominalmente significativa entre os grupos (p bruto = 0,033): pastores com descanso insuficiente apresentaram mediana de 21 pontos no PSS-10, contra 15 no grupo com descanso frequente. Contudo, após a correção para comparações múltiplas (procedimento de Benjamini-Hochberg, detalhada na Seção 5.8), esse resultado deixou de ser estatisticamente significativo (p ajustado = 0,069), devendo ser lido como tendência observacional, não como achado confirmatório. Ainda assim, a magnitude descritiva é relevante: a diferença de 6 pontos, se confirmada em amostra maior, deslocaria o grupo de risco da zona de estresse leve para a zona de estresse moderado a alto.

Embora sem significância estatística — atribuível ao N reduzido e à ampla dispersão intragrupo (IQR de 0,5 a 13,0 no grupo sem descanso) —, a diferença na mediana do PHQ-9 (2,5 vs. 9,0 pontos) é clinicamente expressiva: o grupo sem descanso desloca-se da faixa mínima para o limiar da faixa leve-moderada. Esse padrão sugere que a privação de descanso não produz depressão de forma homogênea, mas amplifica a vulnerabilidade diferencial dentro do grupo — alguns pastores parecem resilientes, enquanto outros entram em colapso.

4.6 Prática Devocional e Saúde Mental

A relação entre a prática devocional pessoal (frequência e duração) e os desfechos de saúde mental foi examinada por meio de comparação de grupos (devoção regular ≥ 4x/semana versus irregular < 4x/semana) e correlações de Spearman com as variáveis codificadas ordinalmente. A Tabela 6 apresenta os resultados da comparação de grupos.

Tabela 6 - Escores de Saúde Mental por Regularidade da Prática Devocional.

Desfecho	Irregular (n = 6)	Regular (n = 26)	p
Bem-Estar (WHO-5)	30 (24, 64)	60 (48, 80)	0,14
Estresse (PSS-10)	23 (20, 31)	16 (9, 23)	0,042
Ansiedade (GAD-7)	7,0 (6,0, 7,0)	2,5 (0,0, 7,0)	0,3
Depressão (PHQ-9)	10,0 (9,0, 12,0)	3,5 (0,0, 11,0)	0,2

Nota. Teste de Wilcoxon rank sum. "Regular" = frequência devocional de 4 a 6 vezes por semana ou diária; "Irregular" = raramente ou de 1 a 3 vezes por semana. Valores das Medianas (Q1, Q3) para categorias e Irregular e Regular.

O Estresse Percebido apresentou novamente diferença nominalmente significativa (p bruto = 0,042): pastores com prática devocional irregular apresentaram mediana de estresse de 23, contra 16 no grupo regular. Assim como no caso do descanso semanal, esse resultado não resistiu à correção para comparações múltiplas (p ajustado = 0,080, Seção 5.8) e deve ser interpretado como *tendência observacional*, não como achado confirmatório. Descritivamente, o padrão replica o observado na análise do descanso, em que o estresse é o primeiro marcador a capturar, de forma preliminar, o efeito da ausência de um possível fator protetor. O Bem-Estar (WHO-5) mostrou diferença clinicamente relevante (30 vs. 60 nas medianas) sem atingir significância estatística, atribuível ao N reduzido no grupo irregular (n = 6).

As correlações de Spearman entre as variáveis devocionais (codificadas numericamente) e os desfechos de saúde mental são apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7 - Correlações de Spearman entre Prática Devocional e Saúde Mental.

Variável Devocional	Bem-Estar	Estresse	Ansiedade	Depressão
Frequência Devocional	0,298	−0,382	−0,130	−0,222
Duração Devocional	0,108	−0,124	−0,037	−0,162

Notavelmente, a frequência devocional apresentou correlações consistentemente mais fortes com os desfechos do que a duração das sessões, achado que contraria a hipótese intuitiva de que sessões mais longas seriam mais protetoras, e aponta que o que parece importar é a *regularidade* da prática, independentemente de sua extensão temporal. A consistência diária ou quase-diária pode ser mais restauradora do que sessões longas e esparsas, com implicações práticas diretas para o acompanhamento pastoral.

4.7 Risco de Abandono Ministerial

Para identificar os preditores do risco de abandono ministerial, os participantes foram categorizados em Alto Risco (pensam em deixar o ministério "às vezes" ou mais frequentemente) versus Baixo Risco (nunca ou raramente pensam nisso). A Tabela 8 apresenta a comparação de variáveis ocupacionais e desfechos de saúde mental entre esses grupos.

Tabela 8 - Variáveis Ocupacionais e Escores de Saúde Mental por Risco de Abandono Ministerial.

Variável	Alto Risco (n = 6)	Baixo Risco (n = 23)	p
Plantão (1–5)	4 (4, 4)	4 (3, 4)	0,8
Sobrecarga (1–5)	3 (2, 3)	2 (2, 3)	0,4
Apoio Institucional (1–5)	3 (2, 4)	3 (2, 4)	0,086
Bem-Estar (WHO-5)	30 (24, 60)	68 (56, 80)	0,009
Depressão (PHQ-9)	9,5 (4,0, 11,0)	2,0 (0,0, 9,0)	0,11
Ansiedade (GAD-7)	7,0 (2,0, 8,0)	2,0 (0,0, 7,0)	0,2

Nota. Teste de Wilcoxon rank sum. Alto Risco e Baixo Risco com valores de medianas (Q1 e Q3).

O achado mais notável desta análise é que variáveis puramente operacionais, tais como volume de plantão (p = 0,8) e sobrecarga bruta (p = 0,4), não diferenciaram significativamente pastores em alto e baixo risco de abandono. Pastores que cogitam sair trabalham tanto quanto os que pretendem ficar, o que sugere que o fardo quantitativo do ministério é culturalmente normalizado como parte inerente ao "chamado" pastoral.

Em contraste, o Bem-Estar Subjetivo (WHO-5) apresentou a diferença mais dramática de toda a análise (p bruto = 0,009): o grupo de baixo risco apresentou mediana de 68/100, escore robusto e acima do limiar clínico; o grupo de alto risco colapsou para mediana de apenas 30/100 — dentro da zona de rastreio positivo para depressão grave (Topp et al., 2015). Diferentemente dos achados de descanso e devoção, este resultado resistiu à correção para comparações múltiplas (p ajustado = 0,027, Seção 5.8), configurando evidência estatisticamente robusta. Esse achado indica que o abandono ministerial não é, aparentemente, uma decisão racional motivada por excesso de trabalho, mas uma resposta a um colapso psicológico que precede a decisão de sair.

O Apoio Institucional apresentou tendência não significativa (p bruto = 0,086; permanece não significativo após correção, p ajustado = 0,150), mas a distribuição das respostas é eloquente: metade (50%) dos pastores em alto risco de abandono discordaram receber apoio institucional adequado, contra distribuição mais equilibrada no grupo de baixo risco.

4.8 Implicações dos dados

Os sete eixos de análise deste estudo constroem, em conjunto, um retrato coerente e clinicamente relevante da saúde mental de pastores presbiterianos na Grande São Paulo. Em termos gerais, os achados indicam que metade da amostra apresenta algum nível de sintomatologia depressiva clinicamente relevante, com aproximadamente um em cada três pastores em faixa moderada a grave; que o contexto relacional do ministério, como conflitos interpessoais e sobrecarga percebida, pesa mais sobre a saúde mental do que o volume objetivo de trabalho; que o apoio institucional percebido é, de forma consistente e estatisticamente robusta, o preditor de maior magnitude entre todas as variáveis examinadas, associando-se a diferenças de até 40 pontos no escore de bem-estar entre pastores que se sentem apoiados e os que não se sentem; e que o principal diferenciador entre pastores em risco de abandono ministerial e os que pretendem permanecer não é

a carga de trabalho, mas o colapso do bem-estar subjetivo. O que emerge desse conjunto não é um quadro de excesso de trabalho, mas uma crise de *ecologia do cuidado*: os pastores adoecem quando o ambiente ao redor falha em sustentá-los e florescem quando dispõem de suporte relacional, institucional e espiritual suficiente para metabolizar as demandas do ministério.

A prevalência de sintomatologia depressiva e ansiosa moderada a grave identificada nesta amostra — 34,5% e 18,8%, respectivamente — situa-se em linha com a literatura internacional sobre saúde mental do clero (Francis et al., 2011; Webb; Chase, 2019; Amankwa, 2023). No contexto brasileiro, Santos e Andrade (2024) identificaram prevalência de depressão de 16,6% em amostra de 78 pastores da região metropolitana de São Paulo, avaliada pelo Beck Depression Inventory (BDI-II) — instrumento distinto do PHQ-9 utilizado aqui, o que limita a comparabilidade direta dos percentuais, mas que aponta na mesma direção geral de uma prevalência de sofrimento psicológico superior à esperada para a população em geral. A discrepância entre a avaliação subjetiva de saúde mental (concentrada nos escores 8 e 9 em escala de 0 a 10) e os escores objetivos das escalas padronizadas — que revelam sofrimento clinicamente relevante em metade da amostra — constitui achado teoricamente relevante, sugerindo mecanismos de minimização ou normalização do sofrimento. Tal fenômeno é amplamente documentado em populações cuidadoras (Figley, 1995) e adquire contornos específicos no contexto pastoral, em que a expectativa social de irrepreensibilidade (Constituição da IPB, Art. 32) desincentiva estruturalmente o reconhecimento e o relato de fragilidade psicológica.

Quanto às características ocupacionais e saúde mental, contrariando um modelo linear de "mais trabalho = mais sofrimento", os resultados indicam que variáveis puramente quantitativas (carga horária, volume de plantão, sobrecarga bruta) têm papel secundário na determinação dos desfechos de saúde mental, especialmente no que concerne ao risco de abandono ministerial. O que emerge como decisivo é a qualidade relacional do ambiente ministerial: conflitos interpessoais e sobrecarga percebida (não objetiva) correlacionam-se robustamente com estresse, ansiedade e depressão. Esse padrão é consistente com o modelo demandas-recursos de Bakker e Demerouti (2007) e com a teoria do estresse ocupacional de Karasek (1979), segundo a qual o dano psicológico é maximizado quando alta demanda se combina com baixo controle e baixo suporte social e não pela demanda isoladamente.

4.9 Apoio institucional e bem-estar

O achado de maior magnitude deste estudo destaca a relevância do apoio institucional percebido. Ao apresentar associações estatisticamente significativas com os quatro desfechos avaliados (WHO-5, PSS-10, GAD-7 e PHQ-9) e correlações de magnitude moderada a forte, os dados sugerem que o suporte denominacional atua como um fator associado de expressiva relevância clínica. A associação mais proeminente com a sintomatologia depressiva (PHQ-9) pode ser interpretada à luz da literatura sobre desamparo aprendido (Seligman, 1975): a percepção de

ineficácia ou ausência de suporte diante das demandas pastorais poderia favorecer uma sensação de incontrolabilidade do ambiente. Como hipótese explicativa complementar, a teoria do contrato psicológico (Rousseau, 1989) sugere uma possível leitura para a dinâmica subjacente: ao ingressarem no ministério com expectativas implícitas de suporte em contrapartida à dedicação vocacional, a eventual frustração desse acordo tácito tende a transcender o mero descontentamento laboral, assumindo contornos de ruptura existencial inerentes ao caráter vocacional da atividade pastoral.

Esse achado converge fortemente com a literatura internacional recente sobre saúde mental no clero. Revisões sistemáticas e estudos longitudinais confirmam que o suporte social e congregacional atua de forma consistente como um amortecedor contra sintomas depressivos e estresse (Edwards et al., 2020; Upenieks & Eagle, 2024; Fulmer & Sinclair, 2023), ao passo que lacunas de suporte e isolamento institucional estão diretamente correlacionadas a maior prevalência de depressão e sofrimento ocupacional (Edwards et al., 2020; Kansiewicz et al., 2022; Chan & Chen, 2019). Especificamente em contextos presbiterianos, Francis, Robbins e Wulff (2013) demonstraram que a estruturação de estratégias organizacionais de suporte é eficaz na mitigação do burnout ministerial. De modo análogo, Molina-Moore (2024), ao avaliar 253 padres católicos nos Estados Unidos, verificou que o suporte organizacional percebido modera o impacto do estresse e prediz menores níveis de queixas somáticas. A convergência desses dados entre diferentes tradições religiosas (presbiterianas, metodistas, pentecostais e católicas) reforça que o apoio institucional opera como um mecanismo protetor transversal ao ministério pastoral, e não como uma peculiaridade local ou denominacional.

Adicionalmente, a literatura empírica corrobora a hipótese da relevância do contrato psicológico no contexto vocacional. Em estudos qualitativos com ministros religiosos, a violação do contrato psicológico foi identificada como precursora de um conjunto severo de efeitos negativos e exaustão emocional (Orton, Linde & Jonker, 2020), alinhando-se a metanálises no campo organizacional que associam a quebra de expectativas contratuais a prejuízos diretos na saúde mental, estresse percebido e burnout (Costa, Coyle-Shapiro & Neves, 2026). Cumpre notar que a literatura empírica com clero ainda não testou diretamente o modelo de desamparo aprendido por meio de instrumentos específicos; contudo, as respostas documentadas diante da quebra do contrato institucional, tais como desconfiança, perda de comprometimento e exaustão afetiva (Dulac et al., 2008; Lapointe, Vandenberghe & Boudrias, 2013), são conceitualmente consistentes com uma reação de desamparo e incontrolabilidade.

A teoria da autodeterminação (Deci & Ryan, 2000) acrescenta que a necessidade psicológica básica de pertencimento, como sentir-se parte de uma comunidade que valoriza e cuida, é preditor robusto de bem-estar. O apoio institucional pode funcionar como o principal canal de satisfação dessa necessidade para pastores que, por natureza do papel, tendem a cuidar muito mais do que a serem

cuidados. Esses dados têm implicação prática direta: intervenções centradas apenas no pastor individual (psicoterapia, gestão de tempo) são necessárias, mas estruturalmente insuficientes se a organização denominacional não implementar práticas ativas de suporte estrutural, redes de mentoria e períodos programados de descanso e renovação (Chandler, 2009; Francis, Robbins & Wulff, 2013; Hotchkiss & Lesher, 2018).

Além disso, a análise do risco de abandono revela que a intenção de deixar o ministério não é resposta racional ao excesso objetivo de trabalho, mas sim resposta a um colapso do bem-estar subjetivo. Pastores em sofrimento grave cogitam sair; pastores com bem-estar preservado, mesmo sobrecarregados, tendem a permanecer. Esse achado desloca substancialmente o foco de possíveis intervenções: não se trata de reduzir a carga objetiva de trabalho, mas de restaurar e sustentar o bem-estar subjetivo como condição de permanência vocacional, o que, por sua vez, remete novamente ao papel central do apoio institucional como o fator mais fortemente associado a esse bem-estar.

Ao sobrepor os sete eixos analíticos, delineia-se um modelo descritivo consistente: os estressores que mais importam são relacionais (conflitos interpessoais) e sistêmicos (ausência de apoio institucional, falta de descanso); os fatores protetores são institucionais (apoio denominacional) e espirituais (devoção pessoal regular preservada). O trabalho em si, inferido pelo volume, plantão ou carga horária, ocupa papel secundário. Esse padrão sugere que o pastor é, fundamentalmente, um profissional de vínculo: adoece quando os vínculos ao seu redor (com a denominação, com Deus, com espaços de descanso) se rompem, e se sustenta quando esses vínculos são mantidos.

Do ponto de vista da saúde pública e da psicologia organizacional, esses achados apontam para intervenções em três níveis complementares: individual, com a facilitação de acesso à psicoterapia (apenas 25% da amostra têm ou tiveram acompanhamento psicológico), psicoeducação sobre reconhecimento precoce de sintomas de esgotamento e estímulo à distinção entre devoção pessoal e exercício ministerial público; comunitário, com grupos de suporte entre pares e cultura denominacional que normalize a vulnerabilidade pastoral; e, principalmente, institucional, com programas sistemáticos de suporte denominacional, garantia de um dia semanal de descanso como política institucional — e não apenas recomendação pessoal —, e avaliação periódica do bem-estar dos pastores como indicador de saúde organizacional.

4.10 Limitações do Estudo

Diversas limitações metodológicas condicionam a interpretação dos achados apresentados. O tamanho amostral (N = 32, correspondente a 53% da meta inicialmente planejada) reduz o poder estatístico e a generalização dos resultados: diferenças clinicamente relevantes — como as observadas no PHQ-9 por padrão de descanso e por regularidade devocional — podem não ter atingido significância estatística exclusivamente por limitação de N. A obtenção de 32 participantes frente a uma meta inicial de 60 (53% da amostra planejada) constitui, em si, um achado que merece

reflexão. A baixa adesão em pesquisas com líderes religiosos sobre saúde mental é um fenômeno documentado na literatura internacional (Webb; Chase, 2019; Proeschold-Bell; Byassee, 2018), e diversos mecanismos, não mutuamente excludentes, podem explicá-la neste estudo.

Em primeiro lugar, o próprio objeto da pesquisa pode ter operado como barreira à participação. Responder a um instrumento que investiga diretamente sintomas de ansiedade, depressão e sofrimento psicológico exige do respondente uma autoexposição que colide frontalmente com a expectativa social de irrepreensibilidade atribuída ao papel pastoral (Constituição da IPB, Art. 32). Pastores que reconhecem, ainda que implicitamente, estarem em sofrimento psicológico podem evitar o convite precisamente pelo receio de que o próprio ato de responder já constitua uma forma de admissão de fragilidade, um mecanismo de evitação que, paradoxalmente, tende a ser mais forte exatamente nos casos que mais interessariam à pesquisa.

Em segundo lugar, a sobrecarga de tempo e a exaustão (fenômenos que o próprio estudo buscava investigar) podem ter funcionado como impeditivos práticos à participação. Pastores com maior carga horária, menor descanso semanal e maior exaustão emocional são justamente aqueles com menor disponibilidade de tempo e energia psíquica para dedicar-se a um questionário extenso, ainda que online. Esse mecanismo, se presente, configuraria um viés de não-resposta sistemático: a amostra obtida tenderia a sub-representar os casos mais graves, e os achados deste estudo — já preocupantes — poderiam estar subestimando a real prevalência de sofrimento psicológico na população-alvo.

Em terceiro lugar, fatores institucionais e de confiança podem ter desempenhado papel relevante. Pastores podem hesitar em compartilhar informações sensíveis sobre sua saúde mental e sua relação com a instituição eclesiástica sem garantias mais robustas de confidencialidade, sobretudo em um contexto denominacional relativamente coeso, no qual a percepção de risco de identificação — ainda que o instrumento seja anônimo — pode ser suficiente para inibir a resposta franca.

Outras limitações do estudo são a dependência do autorrelato em todos os instrumentos utilizados, sujeito a desejabilidade social, especialmente acentuada em populações cujo papel social exige demonstração de força e irrepreensibilidade e o delineamento transversal do estudo, que impede o estabelecimento de relações causais a partir dos dados correlacionais. A relação entre devoção pessoal e saúde mental, em particular, é vulnerável à causalidade reversa: pastores em colapso psicológico podem relatar abandono da vida devocional como um dos primeiros sintomas, e não como causa do sofrimento.

Por fim, a ausência de grupos de comparação limita o poder interpretativo dos achados, já que a comparação com a população geral brasileira ou com outras populações de cuidadores permitiria situar a magnitude do sofrimento identificado em perspectiva mais ampla; e a restrição denominacional da amostra (Igreja Presbiteriana do Brasil) limita a generalização dos resultados para

outras tradições protestantes e para o catolicismo, que possuem estruturas de suporte institucional e práticas devocionais distintas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou compreender o estado atual da saúde mental de pastores presbiterianos da Grande São Paulo, identificando fatores de risco e de proteção associados ao bem-estar psicológico. Os resultados permitem afirmar que o sofrimento psicológico nessa população é expressivo (metade da amostra com sintomatologia depressiva clinicamente relevante) e estruturalmente condicionado por fatores relacionais e institucionais, mais do que pela carga objetiva de trabalho.

O apoio institucional percebido emergiu como o preditor de saúde mental de maior magnitude e robustez estatística de todo o estudo, com diferenças significativas em todos os quatro desfechos avaliados — robustez confirmada mesmo sob correção rigorosa para comparações múltiplas. O descanso semanal regular e a prática devocional pessoal frequente (sendo a frequência, não a duração, o fator aparentemente relevante nesta última) mostraram-se protetores no plano descritivo, com o estresse percebido despontando como possível marcador precoce do processo de adoecimento; esses dois achados, contudo, não resistiram à correção estatística e devem ser tratados como hipóteses a confirmar em estudos futuros. Por fim, o colapso do bem-estar subjetivo, e não a sobrecarga objetiva, revelou-se o principal diferenciador entre pastores em risco de abandono ministerial e aqueles que permanecem. Achado que, notavelmente, também resistiu à correção para falsas descobertas.

Esses achados apontam para intervenções em três níveis complementares — individual, comunitário e institucional —, com destaque para a corresponsabilização da estrutura denominacional no cuidado psicossocial de seus pastores. Academicamente, este estudo contribui para o campo ainda incipiente da saúde mental de líderes religiosos no Brasil, oferecendo dados empíricos inéditos sobre pastores presbiterianos da maior metrópole do país. Socialmente, os resultados oferecem subsídios concretos para que a Igreja Presbiteriana do Brasil e outras denominações desenvolvam políticas mais eficazes de cuidado psicossocial de seus pastores, reconhecendo que a saúde mental do pastor não é assunto privado, mas condição para a saúde das comunidades que ele serve.

REFERÊNCIAS

AMANKWA, E. **Examining the Effects of Work-Life Balance on the Psychological and Physical Well-Being of Pastors in the United States.** E-Journal of Humanities, Art and Social Sciences, v. 4, n. 8, 2023. DOI: https://doi.org/10.38159/ehass.2023481.

BAKKER, A. B.; DEMEROUTI, E. **The Job Demands-Resources model:** State of the art. Journal of Managerial Psychology, v. 22, n. 3, p. 309–328, 2007.

BENJAMINI, Y.; HOCHBERG, Y. **Controlling the false discovery rate:** A practical and powerful approach to multiple testing. Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological), v. 57, n. 1, p. 289–300, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CHAN, K.; CHEN, M. **Experience of Stress and Burnout among Pastors in China**. Journal of Pastoral Care & Counseling, v. 73, n. 3, p. 164–171, 2019. DOI: https://doi.org/10.1177/1542305019886533.

CHANDLER, D. J. **Pastoral burnout and the impact of personal spiritual renewal, rest-taking, and support system practices.** Pastoral Psychology, v. 58, n. 4, p. 315–334, 2009. DOI: https://doi.org/10.1007/s11089-008-0184-4.

CLARK, L. A.; WATSON, D. **Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications.** Journal of Abnormal Psychology, v. 100, n. 3, p. 316–336, 1991.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. **A global measure of perceived stress.** Journal of Health and Social Behavior, v. 24, n. 4, p. 385–396, 1983.

COSTA, S.; COYLE-SHAPIRO, J.; NEVES, P. **Psychological contract breach and employee health:** a critical review, exploratory meta-analysis and future research agenda. Work & Stress, 2026. DOI: https://doi.org/10.1080/02678373.2026.2688759.

DE SOUZA, C. M.; HIDALGO, M. P. L. **World Health Organization 5-item well-being index:** validation of the Brazilian Portuguese version. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, v. 262, n. 3, p. 239–244, 2012.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. **The "what" and "why" of goal pursuits:** Human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry, v. 11, n. 4, p. 227–268, 2000. DOI: https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01.

DULAC, T. *et al.* **Not all responses to breach are the same:** The interconnection of social exchange and psychological contract processes in organizations. Academy of Management Journal, v. 51, n. 6, p. 1079–1098, 2008. DOI: https://doi.org/10.5465/AMJ.2008.35732596.

EDWARDS, L. *et al.* **The relationship between social support, spiritual well-being, and depression in Christian clergy:** a systematic literature review. Mental Health, Religion & Culture, v. 23, n. 10, p. 840–862, 2020. DOI: https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1838459.

FIGLEY, C. R. **Compassion fatigue**: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner/Mazel, 1995.

FRANCIS, L. J. *et al.* **Psychological type, emotional temperament, and burnout among Catholic priests in Brazil:** A pilot empirical enquiry. Pastoral Psychology, 2025. DOI: https://doi.org/10.1007/s11089-025-01254-y.

FRANCIS, L. J. *et al.* **Work-related psychological health among clergy serving in the Presbyterian Church (USA):** testing the idea of balanced affect. Review of Religious Research, v. 53, n. 1, p. 9–22, 2011. DOI: https://doi.org/10.1007/s13644-011-0003-8.

FRANCIS, L. J.; ROBBINS, M.; WULFF, K. **Assessing the effectiveness of support strategies in reducing professional burnout among clergy serving in the Presbyterian Church (USA).**

Practical Theology, v. 6, n. 3, p. 319–331, 2013. DOI: https://doi.org/10.1179/1756073X13Z.00000000021.

FULMER, C. B.; SINCLAIR, R. R. **Burnout Among Pastors in Relation to Congregation Member and Church Organizational Outcomes.** Review of Religious Research, v. 65, n. 3, p. 333–355, 2023. DOI: https://doi.org/10.1177/0034673X231176075.

HOTCHKISS, J. T.; LESHER, R. **Factors Predicting Burnout Among Chaplains:** Compassion Satisfaction, Organizational Factors, and the Mediators of Mindful Self-Care and Secondary Traumatic Stress. Journal of Pastoral Care & Counseling, v. 72, n. 2, p. 86–98, 2018. DOI: https://doi.org/10.1177/1542305018780655.

IGREJA PRESBITERIANA DO BRASIL. **Manual Presbiteriano**. São Paulo: Cultura Cristã, 2019.

KANSIEWICZ, K. M. *et al.* **Well-Being and Help-Seeking Among Assemblies of God Ministers in the USA.** Journal of Religion and Health, v. 61, n. 2, p. 1146–1163, 2022. DOI: https://doi.org/10.1007/s10943-021-01488-z.

KARASEK, R. A. **Job demands, job decision latitude, and mental strain:** Implications for job redesign. Administrative Science Quarterly, v. 24, n. 2, p. 285–308, 1979.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. **The PHQ-9:** validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, v. 16, n. 9, p. 606–613, 2001.

LAPOINTE, T.; VANDENBERGHE, C.; BOUDRIAS, J.-S. **Psychological contract breach, affective commitment to organization and supervisor, and newcomer adjustment:** A three-wave moderated mediation model. Journal of Vocational Behavior, v. 83, n. 3, p. 528–538, 2013. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jvb.2013.07.008.

MCEWEN, B. S. **Stress, adaptation, and disease:** Allostasis and allostatic load. Annals of the New York Academy of Sciences, v. 840, n. 1, p. 33–44, 1998.

MINER, M. H. **Changes in burnout over the first 12 months in ministry:** Links with stress and orientation to ministry. Mental Health, Religion & Culture, v. 10, n. 1, p. 9–16, 2007. DOI: https://doi.org/10.1080/13674670600841819.

MOLINA-MOORE, A. A. **The moderating effect of social support on the relationship between occupational distress and somatic symptoms among clergy**. 2024. Tese (Doutorado) – Walden University, ScholarWorks, 2024. Disponível em: https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/16298.

MOLINA-MOORE, J. Perceived Organizational Support, Somatization, and Occupational Stress in Catholic Priests. 2024.

ORTON, F. D.; LINDE, B. J.; JONKER, C. S. **An exploration of psychological contract violation and calling experienced by religious ministers.** Koers - Bulletin for Christian Scholarship, v. 85, n. 1, p. 1–13, 2020. DOI: https://doi.org/10.19108/KOERS.85.1.2480.

PATEL, V. *et al.* **The Lancet Commission on global mental health and sustainable development**. The Lancet, v. 392, n. 10157, p. 1553–1598, 2018.

PROESCHOLD-BELL, R. J.; BYASSEE, J. **Faithful and fractured**: Responding to the clergy health crisis. Grand Rapids: Baker Academic, 2018.

ROUSSEAU, D. M. **Psychological and implied contracts in organizations.** Employee Responsibilities and Rights Journal, v. 2, n. 2, p. 121–139, 1989. DOI: https://doi.org/10.1007/BF01384942.

SANTOS, W. da S.; ANDRADE, E. A. de. **Depressão e desesperança**: uma realidade do pastor? Uma análise sobre os fatores que podem influenciar a saúde mental do pastor. Observatório de la Economía Latinoamericana, v. 22, n. 5, e4934, 2024. DOI: https://doi.org/10.55905/oelv22n5-208.

SELIGMAN, M. E. P. **Helplessness**: On depression, development, and death. San Francisco: W. H. Freeman, 1975.

SPITZER, R. L. *et al.* **A brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder:** the GAD-7. Archives of Internal Medicine, v. 166, n. 10, p. 1092–1097, 2006.

TOPP, C. W. *et al.* **The WHO-5 Well-Being Index**: A systematic review of the literature. Psychotherapy and Psychosomatics, v. 84, n. 3, p. 167–176, 2015.

UPENIEKS, L.; EAGLE, D. E. **Divine Struggles Among Those Doing God's Work:** A Longitudinal Assessment Predicting Depression and Burnout and the Role of Social Support in United Methodist Clergy. Sociology of Religion, v. 85, n. 1, p. 58–84, 2024. DOI: https://doi.org/10.1093/socrel/srad014.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. **Estimating the true global burden of mental illness.** The Lancet Psychiatry, v. 3, n. 2, p. 171–178, 2016.

WEBB, B. L.; CHASE, K. **Occupational Distress and Health among a Sample of Christian Clergy.** Pastoral Psychology, v. 68, n. 3, p. 345–356, 2019. DOI: https://doi.org/10.1007/s11089-018-0844-y.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health**: strengthening our response. Geneva: WHO, 2018.

Contatos: sergio.santos@mackenzie.br / gabriel.rego@mackenzie.br