

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM LÍDERES RELIGIOSOS DE ANÁPOLIS – GOIÁS, 2025

Gabrielle Gabiatti Lião¹
Eduarda Fernandes Ribeiro²
Maysa Alves da Silva³
Sara Mendes Dias⁴
Talita Braga⁵
Adriane Ferreira de Brito⁶

¹Curso de Farmácia, Universidade Evangélica de Goiás,
e-mail: gabiattiliaogabrielle@gmail.com

²Curso de Farmácia, Universidade Evangélica de Goiás, e-mail:
dudafr2018@gmail.com

³Curso de Farmácia, Universidade Evangélica de Goiás,
e-mail: oimaysa.alvesggmail.com

⁴Curso de Farmácia, Universidade Evangélica de Goiás,
e-mail: sarinhasara273@mail.com

⁵Médica Psiquiatra, Curso de Medicina, Universidade Evangélica de Goiás, e-mail:
tatabraga@hotmail.com

⁶Doutora em Ciências Biológicas, Cursos de Farmácia e Medicina, Universidade
Evangélica de Goiás, e-mail: adriane.brito@docente.unievangelica.edu.br

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A tensão entre graça e natureza tem sido objeto recorrente de análise ao longo da história religiosa. Inspirados pelo ensinamento de Jesus, “O bom Pastor dá a vida por suas ovelhas” (Jo 10,11)¹, é relevante avaliar a prevalência de depressão em líderes religiosos e propor estratégias de promoção da saúde, prevenção e tratamento. **OBJETIVO:** Analisar a prevalência da depressão e de seus sintomas em líderes religiosos, identificar fatores de risco, estudar a correlação entre a epidemiologia, o uso de medicamentos psicotrópicos e as diversas variáveis que podem afetar a prevalência de depressão. **MÉTODOS:** Estudo observacional, transversal, quantitativo e correlacional através da obtenção de dados coletados por meio de questionário autoaplicável online (Google Forms), em Agosto/2025, o questionário foi divulgado via e-mail, WhatsApp, Instagram e Telegram. **RESULTADOS:** Na amostra obtida com o questionário, 50 participantes, observou-se apenas 2% (1/50) de casos de “provável” depressão de acordo com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, e outros 2% (1/50) participantes com “possível” depressão. Entre os participantes 14% (7/50) estavam fazendo tratamento com psicofármacos. **CONCLUSÃO:** Na amostra estudada, observou-se que a maioria dos líderes religiosos não apresenta sintomas depressivos relevantes; contudo, é necessário considerar a limitação da coleta de dados e a recusa de alguns líderes a responder ao questionário. O uso de psicotrópicos sem prescrição foi notoriamente prejudicial. **Palavras-chave:** Depressão; Psicofármacos; Saúde mental; Líderes religiosos.

INTRODUÇÃO

Líderes religiosos desempenham um papel crucial na sociedade e são frequentemente vistos como refúgios e fontes de soluções, onde se pode encontrar sentido nos sofrimentos. No entanto, a própria vulnerabilidade, transtornos depressivos e a influência disto nas atividades pastorais merecem ser ressaltados.^{2,3}

Viver sob a Onipotência de Deus e a graça concedida pode, paradoxalmente, levar a que o tema seja tratado com certa resistência e preconceito. O estigma social

associa patologias mentais - mesmo aquelas causadas por deficiências físicas - à falta de fé, ao pecado, às culpas, escrúpulo ou acídia, por exemplo. Por outro lado, a exigência imposta é máxima: espera-se que sejam modelos de conduta e entrega incondicional, “alguém que não se cansa, forte para suportar tudo”⁴. Desse modo, faz-se necessário ressaltar que existem variáveis médicas, psicoterápicas e religiosas a serem consideradas^{5,6}.

A presente pesquisa visa avaliar a prevalência de depressão em líderes religiosos atuantes em Anápolis–GO, ou proximidades, e o uso de medicamentos para o tratamento de transtornos mentais.

METODOLOGIA

Essa pesquisa é de caráter observacional, transversal e quantitativa, realizada por meio da coleta de dados via questionário on-line em Agosto/2025. Foram observadas diversas variáveis sociodemográficas e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), instrumento utilizado para triagem de sintomas de ansiedade e depressão.

O questionário foi disponibilizado na plataforma Google Forms e divulgado por meio de WhatsApp, e-mail, Instagram e Telegram. Os dados foram organizados no Microsoft Excel ® 2010, e analisados estatisticamente.

Foram observados rigorosamente os aspectos éticos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Evangélica de Goiás (CAAE: 84082324.8.0000.5076; Parecer 7.514.091).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 50 líderes religiosos. Pela HADS-Depressão (HADS-D), 96% (48/50) foram classificados como “improvável” para depressão, 2% (1/50) como “possível” e 2% (1/50) como “provável”, este último sem diagnóstico prévio.

Em decorrência do reduzido número de líderes religiosos com sintomas depressivos, seja classificado como “possível” ou “provável” fica inviável fazer alguma correlação entre as variáveis sociodemográficas analisadas e a prevalência de depressão de acordo com a HADS-D.

Tabela 1 – Classificação de sintomas depressivos pela HADS-Depressão (HADS-D) entre líderes religiosos, Anápolis-GO, 2025

Categoria (HADS-D)	n	%	Observações
Improvável	48	96,0	—
Possível	1	2,0	—
Provável	1	2,0	Sem diagnóstico prévio de depressão
Total	50	100,0	—

Fonte: dados do estudo.

Em relação ao uso de medicamentos, 66% (33/50) não faziam uso contínuo, 20% (10/50) utilizavam fármacos com ação direta no sistema nervoso central (SNC), ansiolíticos e/ou antidepressivos, e 14% (7/50) empregavam medicações para outras comorbidades. Dentre os psicofármacos relatados, destacaram-se clonazepam, sertralina, trazodona, zolpidem, vortioxetina, bupropiona, venlafaxina, escitalopram, quetiapina e pregabalina; no paciente sintomático houve relato de uso de trazodona. Nenhum participante referiu tabagismo ou uso de drogas ilícitas. Adicionalmente, 14% (7/50) faziam uso de psicofármacos sem prescrição médica e concentraram as maiores pontuações na HADS-D; por outro lado, entre os usuários de psicotrópicos, 70% (7/10) utilizavam sob prescrição e apresentaram as menores pontuações (**Tabela 2**).

Tabela 2 — Uso de medicamentos e relação com triagem na HADS-D entre líderes religiosos, Anápolis-GO, 2025

Variável	Categoria	% (n)	Observações
	Nenhum	66% (33/50)	—
Uso contínuo de medicações	Fármacos com ação no SNC	20% (10/50)	Inclui ansiolíticos/antidepressivos/hipnóticos
	Outras comorbidades	14% (7/50)	—
Psicofármacos entre usuários	Uso prescrito	70%	Menores pontuações na HADS-D (7/10)

Fonte: dados do estudo.

CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas depressivos entre líderes religiosos em Anápolis (2025) foi baixa: 96% (48/50) foram classificados como “improvável” para depressão de acordo com a HADS-D, enquanto 4% apresentaram triagem positiva — 2% (1/50) “possível” e 2% (1/50) “provável”. Esse padrão de prevalência baixa para depressão pode refletir elementos protetores de resiliência e sentido transcendente vinculados

à prática religiosa.^{7,8} Quanto ao uso de psicofármacos, 20% (10/50) relataram fármacos com ação no SNC; 14% (7/50) referiram uso sem prescrição, associado a maiores escores na HADS-D, ao passo que o uso prescrito 70% (7/10) se associou a menores pontuações. Em conjunto, os dados sugerem que a autoadministração de psicotrópicos é um marcador de risco, reforçando a necessidade de estratégias de educação, rastreio e encaminhamento qualificado (especialmente por especialistas), sem desconsiderar as limitações do delineamento e da coleta autorreferida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ BÍBLIA. Português. Bíblia de Jerusalém. São Paulo: Paulus, 2002.

² João Paulo II. *Salvifici Doloris*. Carta apostólica. Cidade do Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 1984 fev 11.

³ Francisco. *Evangelii Gaudium*. Exortação apostólica. Cidade do Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 2013 nov 24.

⁴ FIGUEIREDO, M. Um olhar para a saúde mental de lideranças evangélicas. *Faculdade Teológica Sul Americana*, 4 set. 2023. Disponível em: <https://ftsa.edu.br/um-olhar-para-a-saude-mental-de-liderancas-evangelicas/>. Acesso em: 11 ago. 2025.

⁵ FRANKL VE. *O Deus Inconsciente*. São Paulo: Quadrante; 1995.

⁶ PROESCHOLD-BELL, R. J.; MILES, A.; TOTH, M.; ADKINS, A.; YANG, C.; CHANG, V. Y. Using Effort-Reward Imbalance Theory to Understand High Rates of Depression and Anxiety Among Clergy. *Journal of Primary Prevention*, v. 34, n. 6, p. 439–453, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10935-013-0321-4>.

⁷ BARRAGÁN, Javier Lozano. *Homília na Missa de Encerramento do XIV Dia Mundial do Doente*. Adelaide, 11 fev. 2006. Disponível em: https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_20060211_barragan-adelaide_po.html. Acesso em: 30 ago. 2025.

⁸ JOÃO PAULO II, Papa. *Discurso à Conferência Internacional sobre Depressão promovida pelo Pontifício Conselho para a Pastoral da Saúde*. Vaticano, 14 nov. 2003. Disponível em: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2003/november/documents/hf_jp-ii_spe_20031114_pc-hlthwork.html. Acesso em: 30 ago. 2025.

⁹ JOÃO PAULO II. Apostolic Constitution *Dolentium Hominum*. Roma: Vaticano, 30 nov. 1985. Disponível em: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/apost_constitutions/documents/hf_jp-ii_apc_30111985_dolentium-hominum.html. Acesso em: 30 ago. 2025.

¹⁰ RATZINGER, Joseph. *Entrevista concedida à Montfort: a doença da vida*. Montfort Associação Cultural, 2003. Disponível em: <https://www.montfort.org.br/bra/veritas/papa/entrevista/>. Acesso em: 30 ago. 2025.