

## Transtornos depressivos em profissionais de saúde

### *Depressive disorders in health professionals*

Rafael Sanches Moreno Gomes <sup>1</sup>, Camila Temporim de Alencar <sup>1</sup>, Ingrid Wallau <sup>1</sup>,  
Ulysses Rodrigues de Castro <sup>2</sup>

#### Resumo

A depressão é uma doença incapacitante e tem maior prevalência em profissionais de saúde. Estudos relatam alta prevalência de transtornos depressivos entre os trabalhadores da saúde, como médicos residentes, enfermeiros, estudantes de medicina e médicos graduados. Trabalhos mostram que a população mais acometida por depressão são mulheres, na faixa etária de 40 anos e com longo tempo de exposição a determinados trabalhos, como envolvimento com os familiares dos doentes, e carga de trabalho excessiva. Esse estudo pretende destacar os fatores relacionados a depressão no contexto laboral de profissionais da saúde e evidenciar como os transtornos depressivos deterioram a qualidade de trabalho destes profissionais.

**Palavras chave:** depressão; pessoal de saúde; doenças profissionais

#### Abstract

Depression is a disabling disease and it is more prevalent among health professionals. Studies have reported a high prevalence of depressive disorders among health care workers, such as medical residents, nurses, medical students and medical graduates. Studies show that the population most affected by depression are women aged 40 and with long time exposure to certain kinds of work, such as involvement with patient's family members of and excessive workload. This study aims to highlight the factors related to depression in the employment context of health professionals and demonstrate how depressive disorders deteriorate the quality of work of these professionals.

**Key words:** depression, health personnel, occupational diseases

#### Introdução

As depressões estão classificadas no grupo de transtornos do humor (Grupo F30-F39) de acordo com a Classificação Internacional das Doenças – CID- 10

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992). São síndromes que se manifestam a partir de um conjunto de sinais e sintomas mantidos por um período de semanas a meses associado a alteração do funcionamento

1. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Médico psiquiatra. Docente da Universidade Católica de Brasília

E-mail do primeiro autor: rafaelsanz17@gmail.com

Recebido em 08/03/2015

Aceito, após revisão, em 30/03/2015

habitual da pessoa, tendendo à recorrência de modo periódico ou cíclico.<sup>1</sup>

É sabido que o estresse e excessivas demandas psíquicas e emocionais às quais os profissionais de saúde são submetidos diariamente têm principal relevância para o desenvolvimento de doenças psiquiátricas relacionadas ao ambiente de trabalho, bem como a rotina hospitalar e, muitas vezes, à falta de apoio psicológico para tais indivíduos dentro dos seus locais de trabalho.<sup>2-4</sup>

O hospital e a equipe de saúde são influenciados por fatores culturais, sociais e econômicos sendo que a estrutura organizacional hospitalar apresenta uma complexidade que a distingue de outras instituições. A necessidade de agilidade emergencial e atendimento individualizado são fatores que tendem a causar impacto na vida do profissional de saúde. Durante o processo de hospitalização o processo de adoecimento causa repercussões não apenas sobre o paciente e seus familiares, mas também na equipe de saúde podendo interferir em seu estado emocional.<sup>3</sup>

Os transtornos depressivos são cada vez mais prevalentes no mundo moderno e surgem como “o mal do século”. Esse “mal” tão prevalente na maioria da população ocorre com maior frequência nos profissionais de saúde.<sup>1</sup> É importante considerar que as formações acadêmicas na área da saúde não atentam para a aquisição do suporte

psicológico e de habilidades para enfrentamento das atividades em ambientes hospitalares, sendo privilegiado em seu currículo o treinamento, a objetividade, o tecnicismo e a racionalidade.<sup>3</sup>

Esse artigo de revisão pretende ilustrar os motivos da alta prevalência de transtornos depressivos em profissionais de saúde e levantar soluções para a prevenção e enfrentamento de tais enfermidades que impactam financeira e socialmente nestes profissionais.

## **Métodos**

Foram consultadas para compor esse artigo de revisão três bases de dados (*LILACS*, *SciELO*, *MEDLINE* via portal *CAPEs*) entre os dias 03 e 09 de Novembro de 2014 além de livros-texto como “Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica e o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais da associação americana de psiquiatria (DSM-V). Os descritores e respectivos termos utilizados foram: “depressão”, “pessoal de saúde”, “doenças profissionais”. Foram avaliados artigos publicados entre 2010 e 2014 que investigavam fatores sociais, ambientais e psico-comportamentais atuando como fatores estimulantes ou atenuantes nos transtornos mentais no contexto laboral de profissionais da saúde.

## Discussão

A Classificação Internacional das Doenças – CID-10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992) organiza os quadros depressivos (F32-F34) dentro do grupo de transtornos do humor (Grupo F30-F39). Os episódios depressivos (F32) se diferenciam pelo número e gravidade dos sintomas e se dividem em episódio depressivo leve (F32.0), episódio depressivo moderado (F32.1), episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2), episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3), outros episódios depressivos (F32.8) e episódio depressivo não especificado (F32.9). O Transtorno depressivo recorrente (F33) é caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.-) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania) e se dividem em transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve (F33.0), transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado (F33.1), transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos (F33.2), transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos (F33.3), transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão (F33.4), outros transtornos depressivos recorrentes (F33.8) e transtorno depressivo recorrente sem especificação

(F33.9). Por fim os transtornos de humor persistentes (F34) se diferenciam em ciclotimia (F34.0), distímia (F34.1), outros transtornos do humor persistentes (F34.8) e transtorno do humor persistente não especificado (F34.9).<sup>5,6</sup>

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V, 2013) considera que a característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que impactam na vida funcional do indivíduo.<sup>7</sup>

Baseando-se no livro-texto de psiquiatria mais influente da atualidade - *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, em sua sétima edição (2000) no capítulo sobre “Transtornos Depressivos” há unanimidade em considerar a depressão como incapacitante.<sup>8</sup>

Segundo a Organização Mundial de Saúde, no ano 2000, a depressão foi a principal causa de incapacidade no mundo avaliada pelo índice de anos vividos com incapacidade (AVIs) e a quarta causa de perda de dias de produção. A OMS prevê que, em 2020, a depressão será a segunda causa de perda de dias de trabalho por doença no mundo.<sup>7,8</sup>

Com base em dados da Dataprev, em 2009 (BRASIL, 2011) os Transtornos Mentais e do Comportamento (F00-F99 segundo CID 10) ocupam o terceiro lugar em

número de auxílios-doença concedidos. Metade destes auxílios previdenciários por transtornos mentais se devem a transtornos do humor (F30- F39 pelo CID 10), sendo que 80% destes são quadros depressivos (F32-F34 pelo CID 10). Logo, as depressões são uma das principais causas de afastamento do trabalho, tendência também observada em outros países.<sup>1</sup> Estima-se que, por ser uma doença do futuro, quase 20% da população passará por, pelo menos, um episódio de depressão ao longo da vida.<sup>8</sup>

O afastamento do trabalho ocorre quando a pessoa é considerada incapacitada de trabalhar, seja por motivos relacionados a acidente ou doença de caráter físico ou psíquico. Quanto às possibilidades de afastamento do trabalho relacionados à saúde mental, a *American Medical Association* (AMA, 1995) define disfunção e incapacidade causadas pelos transtornos mentais e comportamentais relacionadas com o trabalho em quatro áreas: limitações em atividades da vida diária da pessoa (autocuidado, higiene pessoal, comunicação, repouso e sono); funções sociais (capacidade de interagir apropriadamente e se comunicar com outras pessoas); concentração, persistência e ritmo (capacidade de completar ou realizar as tarefas); deterioração ou descompensação no trabalho (falhas repetidas na adaptação a circunstâncias estressantes).<sup>9</sup>

De acordo com Silva (2011) “As diferentes situações de trabalho associadas às características pessoais dos trabalhadores e a rigidez da organização do trabalho podem revelar-se como carga psíquica”. Esse autor afirma ainda que tal carga psíquica pode ser oriunda da confrontação entre os desejos do trabalhador e da empresa. Em seu artigo considera que as variantes da carga de trabalho podem ser classificadas em física, cognitiva e psíquica e estas se relacionam entre si sendo que caso haja sobrecarga em alguma delas pode haver alterações na intensidade nas demais uma vez que estão intimamente relacionadas. O estudo de Silva (2011) buscou identificar relações entre as condições de trabalho e suas influências na saúde em um grupo de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, auxiliares odontológicos e administrativos em uma Unidade Básica de Saúde no interior de São Paulo. A respeito da carga psíquica alguns aspectos foram considerados fatores de sofrimento para os trabalhadores da unidade de saúde, tais como a responsabilidade decorrente do cuidado humano, os constrangimentos em consequência aos conflitos com os usuários, os relacionamentos interpessoais (chefia e colegas de trabalho) além dos riscos de contaminação presente no ambiente hospitalar. No entanto, fatores que atenuam a carga de trabalho foram lembrados nesse estudo como a satisfação pelo trabalho

bem realizado, a sensação de salvar a vida das pessoas e o reconhecimento profissional.<sup>10</sup>

Evidências científicas mostram que há diversos fatores desencadeantes associados à depressão, entre eles, desequilíbrios químicos cerebrais, características de personalidade, vulnerabilidade genética e eventos situacionais. Estudo entre profissionais de enfermagem revelou que situações dentro do ambiente de trabalho podem provocar a ansiedade, tendo destaque, entre inúmeras circunstâncias, a instabilidade ou agravamento do estado de saúde dos pacientes, falta de material, de equipamentos e de pessoal, relacionamento com familiares do paciente, além de dificuldades para a sistematização da assistência de enfermagem e os procedimentos de alta complexidade.<sup>2-4</sup>

Em um estudo intitulado “Saúde e qualidade de vida de médicos residentes” (2010) considera que o período de residência médica está associado a sentimentos como depressão, raiva, cinismo e retraimento emocional e não há grandes preocupações quanto aos efeitos que esses sentimentos podem causar sobre as atitudes futuras e a postura profissional dos médicos. Embora estressante, a residência médica é uma experiência enriquecedora, que propicia o desenvolvimento profissional e pessoal dos jovens médicos.<sup>11</sup>

O suporte social foi considerado como mediador entre os eventos estressores com

impacto positivo sobre a saúde agindo de maneira protetora uma vez que atua na prevenção de comprometimentos físicos e psicológicos.<sup>12</sup> Monteiro et al. destaca a necessidade de apoio e escuta profissional qualificada para com esses profissionais dada a natureza de seu trabalho e que, muitas vezes, é negligenciada pelas instituições.<sup>13</sup> Costa et al. frente a alta prevalência de sintomas depressivos em estudantes de medicina reforça a importância do suporte social, emocional e profissional da instituição, do currículo médico e de seus professores na prevenção dos sintomas detectados.<sup>14</sup>

### **Conclusão**

Os grandes desafios diários e a enorme responsabilidade com a vida do próximo, onde falhas e inseguranças não são permitidas, constitui fator de risco acrescido para o desenvolvimento de depressão entre os profissionais de saúde. Nem todos os profissionais possuem a mesma capacidade para lidar com a proximidade da morte, a impossibilidade do erro, o convívio com a dor e o sofrimento. Muitas vezes há um temor do relato de seus problemas, já que se sentem desamparados para o enfrentamento do estresse. Há uma tendência de que a exposição dos sentimentos conflitantes seja encarada como fraqueza emocional e falta de profissionalismo. Assim sendo, acabam por não buscar a ajuda adequada, sofrendo

consequências traumatizantes que carregam ao longo da vida.

O trabalhador deprimido tem um baixo rendimento na realização de suas tarefas a ponto de que esse problema motive seu afastamento do trabalho. A tendência é que o depressivo seja tratado com medicamentos, pois assim ele tem seu sofrimento reconhecido pela sociedade e é visto como um doente, justificando assim seu afastamento do ambiente de trabalho. Destacamos que entre possíveis soluções e/ou abordagens a melhor forma de tratar o trabalhador deprimido ou mesmo prevenir que esse adoeça seria, em muitos casos, oferecer melhores condições de trabalho (condições salubres), valorização das relações interpessoais, subsídios durante a fase do academicismo de elementos que forme um profissional mais capacitado para agir nas adversidades e não apenas acumular conhecimentos técnicos. E o ideal seria que a terapia medicamentosa e o afastamento do ambiente de trabalho fossem as últimas tentativas no tratamento do profissional deprimido, pois deveria ser estimulado primeiramente técnicas de auto reconhecimento e encorajamento para mudar o que possivelmente é um fator de risco para a doença em questão. O medicamento precocemente inserido na terapêutica poderia modificar, retardar a ação do indivíduo perante seus problemas.

## Referências

1. Jardim S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. *Rev bras. Saúde ocup.* 2011; 36(123):84-92.
2. Schmidt DR, Dantas RA, Marziale MHP. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. *Rev. esc. enferm. USP*, 2011; 45(2):487-93.
3. Furegato ARF, Santos JLF, Silva EC. Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: autoavaliação da saúde e fatores associados. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(4):509-16.
4. Vargas D, Dias APV. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(5):1-9.
5. Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
6. OMS - Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (Coord). Organização Mundial da Saúde. (Trad. Dorgival Caetano). Porto Alegre: Artes Médicas. 2008.
7. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

- disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
8. Akiskal H. Mood disorders: introduction and overview. In: Sadock BK; Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p. 1284-1298.
9. Cavalheiro G, Tolfo SR. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. *Psico-USF*. 2011; 16(2):241-8.
10. Silva NR. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16 (8):3393-402.
11. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2010; 56(1):81-91.
12. Gomes RK, Oliveira VB. Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. *Bol.Psicol.* 2013; 63(138):23-34.
13. Monteiro JK, Oliveira ALL, Ribeiro CS, Grisa GH, Agostini N. Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva. *Psicol Ciênc Prof.* 2013; 33(2):366-79.
14. Costa EFO, Santana YS, Santos ATRA, Martins LAN, Melo EV, Andrade TM. Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. *Rev Assoc Med Bras.* 2012; 58(1):53-9.