



Prevalência de depressão, suas consequências e estratégias de enfrentamento em profissionais de saúde de um hospital regional do Distrito Federal

Prevalence of depression, its consequences and coping strategies among health workers at a regional hospital in the Federal District

Prevalencia de la depresión, sus consecuencias y estrategias de afrontamiento entre los trabajadores de la salud de un hospital regional del Distrito Federal

Maíra Rocha Machado de Carvalho¹, Thaynara de Carvalho Ribeiro¹, Camila de Carvalho Gallo Pereira¹.

RESUMO

Objetivo: Conhecer a prevalência de depressão entre os profissionais de saúde do Hospital Regional da Asa Norte e os mecanismos de enfrentamento (*coping*) por eles utilizados. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa com profissionais de saúde que trabalham no Hospital Regional da Asa Norte. **Resultados:** A prevalência de sintomas depressivos entre os participantes foi de 75,76%, sendo que 53,54 % destes relataram sintomas depressivos de moderada a alta gravidade. Profissionais na faixa de 30 a 39 anos apresentaram uma prevalência de depressão 78% maior do que aqueles com 50 anos ou mais ($p = 0,0300$). Quanto ao mecanismo de *coping*, observou-se que a maioria dos profissionais utilizava mecanismos de enfrentamento positivos. **Conclusão:** Identificou-se uma alta prevalência de depressão entre os profissionais de saúde, semelhante a descobertas publicadas internacionalmente, que indicam prevalência aumentada de transtornos mentais entre trabalhadores da área. Assim, torna-se evidente que esse é um problema a ser abordado como uma prioridade em saúde pública.

Palavras-chave: Depressão, Profissionais de saúde, Coping.

ABSTRACT

Objective: To find out the prevalence of depression among health workers at the Asa Norte Regional Hospital and the coping mechanisms they use. **Methods:** A cross-sectional, descriptive and analytical study with a quantitative approach with health professionals working at the Asa Norte Regional Hospital. **Results:** The prevalence of depressive symptoms among the participants was 75.76%, with 53.54% of them reporting depressive symptoms of moderate to high severity. Professionals aged between 30 and 39 had a 78% higher prevalence of depression than those aged 50 or over ($p = 0.0300$). As for coping mechanisms, most professionals used positive coping mechanisms. **Conclusion:** A high prevalence of depression among health workers was identified, similar to internationally published findings which indicate an increased prevalence of mental disorders among health workers. It is therefore clear that this is a problem that needs to be addressed as a public health priority.

Keywords: Depression, Health workers, Coping.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la prevalencia de depresión entre los profesionales sanitarios del Hospital Comarcal Asa Norte y los mecanismos de afrontamiento que utilizan. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo y analítico,

¹ Hospital Regional da Asa Norte, Brasília – DF.

con abordaje cuantitativo, con profesionales de salud del Hospital Regional Asa Norte. **Resultados:** La prevalencia de síntomas depresivos entre los participantes fue del 75,76%, de los cuales el 53,54% refirió síntomas depresivos de moderada a alta gravedad. Los profesionales de entre 30 y 39 años tenían una prevalencia de depresión un 78% mayor que los de 50 años o más ($p = 0,0300$). En cuanto a los mecanismos de afrontamiento, la mayoría de los profesionales utilizaban mecanismos de afrontamiento positivos. **Conclusión:** Se identificó una elevada prevalencia de depresión entre los profesionales sanitarios, similar a los hallazgos publicados internacionalmente que indican una mayor prevalencia de trastornos mentales entre los trabajadores sanitarios. Por lo tanto, es evidente que se trata de un problema que debe abordarse como una prioridad de salud pública.

Palabras clave: Depresión, Profesionales de la salud, Coping.

INTRODUÇÃO

A depressão é uma das doenças psiquiátricas mais prevalentes na população geral, acometendo aproximadamente 228 milhões de pessoas ao redor do mundo e 8 milhões de pessoas no Brasil, de acordo com dados do Global Burden of Disease de 2021 (GBD, 2021). Em 2019, os transtornos depressivos foram a 13ª principal causa de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (FERRARI A, et al., 2022). Essa posição no ranking destaca a depressão não apenas como uma condição altamente prevalente, mas também como uma doença que acarreta considerável morbidade.

A depressão é caracterizada como um transtorno do humor associado a um complexo conjunto de sintomas afetivos, cognitivos, físicos, comportamentais e neurovegetativos (SALLET P, et al., 2023). A característica essencial do Transtorno Depressivo Maior (TDM), segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), é um período de pelo menos duas semanas durante as quais um indivíduo apresenta humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Para ser diagnosticado com TDM, o indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais de uma lista que inclui: mudanças no apetite ou peso, no sono ou na atividade psicomotora; diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida (IS), planos ou tentativas de suicídio. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (DSM-V). O TDM pode se apresentar como um episódio único ou recorrente. Existem poucos estudos longitudinais de grande escala sobre a depressão maior na população geral, mas os estudos clínicos mostram que uma proporção substancial das pessoas que se recuperam de um episódio inicial apresentará pelo menos uma nova recorrência durante a vida (KESSLER RC e BROMET EJ, 2013; HARDEVELD F, et al., 2009).

A TDM exerce uma influência negativa significativa não apenas na vida pessoal dos indivíduos, mas também em seu desempenho profissional, acadêmico e em suas relações interpessoais. O resultado é uma notável diminuição da qualidade de vida, além de um aumento nos anos de vida perdidos, seja devido a mortes prematuras ou a incapacidades causadas pela doença (FERRARI A, et al., 2022; ZHAO H, et al., 2024; KA H, et al., 2024; SCOTT KM, et al., 2016). Quando não identificada ou tratada de maneira inadequada, a depressão acarreta um impacto ainda mais profundo. A correlação entre TDM e a ocorrência de tentativas de suicídio e/ou IS é amplamente evidenciada na literatura científica (CAI H, et al., 2021; HOLMSTRAND C, et al., 2015). Frequentemente, a IS e comportamentos suicidas são observados durante episódios depressivos, apresentando uma taxa de risco de consumação estimada em aproximadamente 15% (GONDA X, et al., 2007).

Ademais, estima-se que transtornos depressivos e ansiosos custem cerca de US\$ 1 trilhão por ano à economia global (THE LANCET GLOBAL HEALTH, 2020) devido a gastos com o tratamento, absenteísmo, improdutividade e aposentadoria precoce (EVANS-LACKO S e KNAPP M, 2016). Um estudo realizado nos Estados Unidos estimou um gasto aproximado em US\$ 333,7 bilhões com adultos que sofrem de TDM no país em 2019 (GREENBERG PE, et al., 2023). As despesas totais dos adultos com TDM foram impulsionadas por custos indiretos relacionados à patologia (61,9%), incluindo os custos decorrentes do presenteísmo

(13,0%), do absenteísmo (11,5%), do desemprego (9,1%), da mortalidade por todas as causas (2,9%), da incapacidade (1,4%) e custos relacionados com o trabalho dos adultos sem TDM que vivem com um adulto com TDM (24,0%).

Entre os grupos que apresentam um risco acentuado para o desenvolvimento de transtornos depressivos, destacam-se os profissionais de saúde (SAADE S, et al., 2021). Esses indivíduos são rotineiramente submetidos a situações de estresse intenso, jornadas de trabalho extenuantes e constante exposição a situações novas e desafiadoras, fatores que contribuem significativamente para a manifestação de sintomas depressivos. De acordo com uma revisão sistemática e meta-análise realizada em 2020, a incidência de transtornos mentais nesta população chega a ser mais que o dobro do observado na população em geral (LI Y, et al., 2021).

Nesse contexto, as estratégias de enfrentamento, ou *coping*, emergem como mecanismos essenciais que os profissionais de saúde utilizam para manejar o estresse e as adversidades inerentes ao ambiente de trabalho.

Segundo o modelo de Folkman e Lazarus (LAZARUS R e FOLKMAN S, 1984), o *coping* é definido como um conjunto de respostas cognitivas e comportamentais empregadas pelos indivíduos para lidar com estressores. Folkman e Lazarus desenvolveram um modelo transacional de *coping*, sugerindo que o estresse é um fenômeno contextual que reflete uma interação dinâmica e contínua entre o indivíduo e seu ambiente. Nesse modelo, o estresse é caracterizado como uma situação que o indivíduo percebe como significativa e relevante, mas que impõe demandas superiores aos recursos disponíveis para enfrentá-la. O modelo é composto por quatro elementos fundamentais: (1) a concepção do *coping* como um processo interativo entre o indivíduo e o ambiente; (2) o objetivo do *coping* como gerenciador de situações de estresse; (3) a importância da autoavaliação, ou seja, a percepção individual do estresse; e (4) a importância da mobilização de recursos, na qual os indivíduos utilizam estratégias cognitivas e comportamentais para responder às demandas que emergem, tanto de fatores internos quanto externos na interação com o ambiente.

Ainda de acordo com Folkman e Lazarus, o *coping* não se limita somente às estratégias empregadas para dominar os eventos estressores, mas também abrange estratégias empregadas com o objetivo de aceitar, tolerar, evitar ou minimizar o evento estressor. Além disso, o *coping* também não se limita aos esforços bem sucedidos, mas inclui todas as tentativas intencionais de lidar com as adversidades, independentemente da sua eficácia. Portanto, o *coping* possui uma relação intrínseca com a saúde mental, visto que, quando adequadamente aplicado, pode resultar na redução do sofrimento psíquico e no enfrentamento de adversidades.

O estudo das estratégias de enfrentamento entre profissionais de saúde é de suma importância, pois oferece entendimentos valiosos sobre como esses indivíduos lidam com a pressão psicológica e emocional diária. Compreender essas estratégias permite não apenas identificar as práticas mais eficazes para promover a resiliência e reduzir a incidência de depressão, mas também para desenvolver intervenções direcionadas que possam aprimorar o bem-estar psicológico desses profissionais. Além disso, ao investigar as estratégias de *coping*, é possível identificar padrões que variam entre diferentes contextos hospitalares e culturais, o que pode servir de embasamento para a implementação de políticas de saúde ocupacional mais eficazes e adaptadas às necessidades específicas desses trabalhadores. Assim, a análise das estratégias de enfrentamento contribui para a saúde mental individual dos profissionais de saúde, para a melhoria da qualidade do cuidado oferecido aos pacientes e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Além disso, destaca-se a importância da realização de testes de triagem para depressão, visando o reconhecimento, diagnóstico e tratamento oportunos, sobretudo nos grupos de maior risco, como os profissionais de saúde.

MÉTODOS

O presente estudo é de natureza transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em um hospital do Distrito Federal. Trata-se de um hospital de nível secundário, que atende a população do Distrito Federal e de regiões circunvizinhas.

O presente estudo está em concordância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da FEPECS, conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 81916224.5.0000.5553 e foi iniciado apenas após a aprovação do CEP, sob o número de parecer 7.345.076.

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2024 e a população estudada foi composta por profissionais da área da saúde, incluindo médicos, residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas e farmacêuticos, que desempenham funções essenciais no cuidado e tratamento de pacientes do HRAN. Os dados foram coletados por meio de um formulário criado pelos pesquisadores, composto pelos questionários *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), *Brief Coping Orientation to Problems Experienced* (Brief-COPE) e questões sobre dados pessoais e histórico de transtornos mentais dos participantes.

O questionário para coleta de dados foi elaborado utilizando o *Google Forms* e o link correspondente foi compartilhado com os participantes por meio do *WhatsApp* nos grupos de trabalho do público-alvo da pesquisa. As respostas dos participantes foram direcionadas para o e-mail dos pesquisadores para posterior análise. Participantes cujos formulários foram preenchidos de forma incompleta precisaram ser excluídos, já que isso inviabilizou a realização do correto diagnóstico fornecido por cada questionário. Além disso, excluíram-se também participantes que, por qualquer motivo, manifestaram a intenção de desistir da participação na pesquisa. As variáveis sobre dados pessoais analisadas no questionário foram: idade, sexo, etnia, profissão, situação conjugal, diagnóstico prévio de transtornos psiquiátricos prévios e número de dias de absenteísmo no trabalho no ano anterior ao da pesquisa.

Para a investigação da presença e gravidade de sintomas depressivos, empregou-se o instrumento PHQ-9, validado para utilização no Brasil (SANTOS IS, et al., 2013). Este instrumento foi escolhido por ser um questionário que combina brevidade com validade clínica (KROENKE K, et al., 2001). Além disso, o PHQ-9 está validado como uma medida de gravidade dos sintomas depressivos (pontuação total 5-9: depressão leve, 10-14: depressão moderada, 15-19: depressão moderadamente grave e 20-27: depressão grave) (KROENKE K, et al., 2001).

O PHQ-9 consiste em nove perguntas que abordam a presença de cada um dos sintomas característicos do episódio de TDM, conforme definidos no DSM-V, e que tenham ocorrido nas últimas duas semanas. Neste questionário, os participantes indicam, numa escala de 0-3, a frequência com que sentiram os seguintes sintomas: anedonia, humor deprimido, distúrbios do sono, fadiga, alterações do apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, dificuldade de concentração, lentidão ou agitação psicomotora e ideação suicida. As pontuações totais variam entre 0 e 27, sendo que uma pontuação PHQ-9 ≥ 10 tem uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 88% para o diagnóstico de TDM.

O Brief-COPE, também validado para utilização no Brasil (BRASILEIRO SV, 2012), foi o instrumento utilizado para avaliar as estratégias de enfrentamento ao estresse. Ele é uma versão reduzida do COPE (CARVER CS, et al., 1989) e foi desenvolvido na tentativa de diminuir a sobrecarga dos participantes, visto que o instrumento original possui 60 itens. Esse questionário é constituído por 28 itens, organizados em 14 formas distintas de *coping*, que são: uso de substâncias (itens 4 e 11), negação (itens 3 e 8), autculpabilização (itens 13 e 26), suporte emocional (itens 5 e 15), *coping* ativo (itens 2 e 7), religiosidade (itens 22 e 27), reinterpretação positiva (itens 12 e 17), aceitação (itens 20 e 24), humor (itens 18 e 28), planejamento (itens 14 e 25), desabafo (itens 9 e 21), suporte instrumental (itens 10 e 23) e desinvestimento comportamental (itens 6 e 16).

De acordo com Meyer (MEYER B, 2001), as estratégias de *coping* também podem ser subdivididas em estratégias de *coping* adaptativas (utilização de apoio emocional, reinterpretação positiva, aceitação, religião,

humor, *coping* ativo, planejamento e utilização de apoio instrumental) e estratégias de *coping* mal adaptativas (desabafo, negação, uso de substâncias, desinvestimento comportamental, autodistração e autculpabilização). Nesse instrumento, solicita-se que os participantes indiquem qual é sua reação habitual diante de diversas situações estressantes, utilizando uma escala de 4 pontos do tipo Likert, variando de 1 (não tenho feito de jeito nenhum) a 4 (tenho feito bastante); portanto, quanto maior for a nota obtida, maior é o uso de determinada estratégia de *coping*.

RESULTADOS

A amostra total foi constituída por 98 participantes; destes, 74 (75,51 %) eram mulheres e 24 (24,49%) eram homens. A maioria dos participantes eram solteiros (51,02 %) e não idosos (96,94%). Em relação à profissão, 21 (21,43%) participantes eram médicos, 25 (25,51%) médicos residentes, 8 (8,16%) enfermeiros, 2 (2,04%) enfermeiros residentes, 21 (21,43%) técnicos de enfermagem, 4 (4,08) farmacêuticos e 17 (17,35%) foram listados como “outros” (residentes de fisioterapia, fisioterapeutas, psicólogos, residentes de psicologia, nutricionistas e residentes de nutrição). A **Tabela 1** mostra as características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes.

Variáveis	Frequência (n = 98)	Porcentagem
Sexo		
Feminino	74	75,51
Masculino	24	24,49
Estado Civil		
Solteiro	50	51,02
Casado	39	39,80
Divorciado	7	7,14
Viúvo	2	2,04
Faixa Etária		
18-29	26	26,53
30-39	27	27,55
40-49	32	32,65
50-59	10	10,20
≥ 60	3	3,06
Profissão		
Médico	21	21,43
Médico Residente	25	25,51
Enfermeiro	8	8,16
Enfermeiro Residente	2	2,04
Técnico de Enfermagem	21	21,43
Farmacêutico	4	4,08
Outros	17	17,35

Fonte: Carvalho MRM, et al., 2025.

A maioria (52,22%) não relatou nenhum diagnóstico psiquiátrico prévio e 25,56% relataram o diagnóstico prévio de depressão. Com a aplicação do instrumento PHQ-9 para um ponto de corte igual ou acima de 5, a depressão foi constatada em 75,76% dos participantes e para um ponto de corte acima de 10 a prevalência de depressão foi de 53,54 % (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Prevalência de depressão utilizando ponto de corte do questionário PHQ-9 ≥ 5 e ≥ 10 .

Variáveis	Frequência (n = 98)	Porcentagem
Depressão PHQ-9 ≥ 5		
Ausente	24	24,24
Presente	75	75,76
Depressão PHQ-9 ≥ 10		
Ausente	46	46,46
Presente	53	53,54

Fonte: Carvalho MRM, et al., 2025.

A porcentagem de pacientes com depressão avaliada pelo instrumento PHQ-9 para um ponto de corte maior ou igual a cinco (76,67 %) foi significativamente maior ($p < 0,0001$) do que a porcentagem de pacientes que previamente relataram depressão (25,56 %), como demonstrado pela **Tabela 3** abaixo.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes quanto a depressão prévia e a depressão avaliada pelo instrumento PHQ – 9.

	Depressão PHQ-9 ≥ 5			p-valor [#]
	Ausente	Presente	Total	
Depressão prévia*				< 0,0001
Ausente	16	51	67 (74,44)	
Presente	5	18	23 (25,56)	
Total	21 (23,33)	69 (76,67)	90 (100,00)	

*valores expressos em frequência (%)

#p-valor calculado pelo teste de McNemar

Fonte: Carvalho MRM, et al., 2025.

Quanto ao absenteísmo, este foi mais prevalente na faixa de 1 a 5 dias (65,96 %). Apenas 10,64% dos participantes relataram absenteísmo na faixa de 6 a 10 dias, enquanto 23,40% dos participantes relataram absenteísmo maior que 10 dias (**Tabela 4**). Não houve aumento significativo da porcentagem de presença de depressão com o aumento de dias de absenteísmo ($p = 0,2312$).

Tabela 4 – Distribuição dos Pacientes em Relação ao Absenteísmo: Análise Comparativa com Base na Presença ou Ausência de Diagnóstico de Depressão.

	Absenteísmo			p-valor [#]
	1 a 5 dias	6 a 10 dias	>10 dias	
Depressão PHQ-9*				0,2312
Ausente	17 (27,42)	3 (30,00)	3 (13,64)	
Presente	45 (72,58)	7 (70,00)	19 (86,36)	

*valores expressos em frequência (%)

#p-valor calculado pelo teste de exato de tendência de Cochran-Armitage

Fonte: Carvalho MRM, et al., 2025.

Em relação aos mecanismos de enfrentamento (*coping*), cerca de 60% dos participantes afirmaram nunca terem feito uso de substâncias psicoativas, negação e desinvestimento comportamental. Por outro lado, pelo menos 46 % dos pacientes afirmaram terem utilizado autodistração, autculpabilização e desabafo. Cerca de 44 % dos participantes afirmaram nunca terem utilizado o humor, por outro lado pelo menos 30% dos participantes afirmaram terem utilizado com frequência a reinterpretação positiva, o planejamento, a aceitação e a religiosidade como mecanismos de enfrentamento (**Tabela 5**).

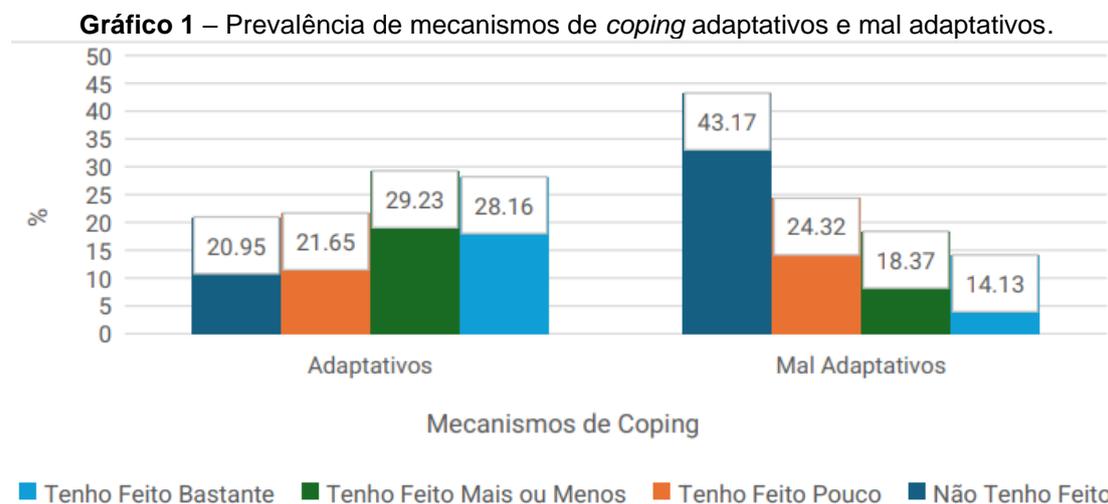
Tabela 5 – Distribuição percentual média dos pacientes quanto os tipos de estratégias e mecanismos de *coping*, segundo o instrumento Brief-COPE.

COPE Breve	Categorias			
Tipos de Estratégias*	Não tenho feito	Tenho feito pouco	Tenho feito mais ou menos	Tenho feito bastante
Uso de substâncias	68,18	13,13	8,58	10,10
Negação	60,42	22,84	13,19	3,54
Auto distração	18,93	28,04	30,04	22,96
Auto culpabilização	24,66	28,71	23,06	23,57
Desabafo	25,61	28,72	26,68	18,99
Desinvestimento comportamental	61,22	24,49	8,67	5,62
Coping Negativos (Mal adaptativos)	43,17	24,32	18,37	14,13
Coping Ativo	11,67	23,85	39,59	24,88
Suporte Emocional	24,35	21,31	24,89	29,44
Religiosidade	22,68	18,56	19,58	39,17
Aceitação	12,46	20,85	35,42	31,26
Humor	43,69	23,56	19,95	12,79
Planejamento	12,37	18,56	36,60	32,47
Reinterpretação positiva	14,28	22,96	30,61	32,14
Suporte instrumental	26,10	23,56	27,22	23,10
Coping positivos (adaptativos)	20,95	21,65	29,23	28,16

*valores expressos em porcentagem.

Fonte: Carvalho MRM, et al., 2025.

Cerca de 14% dos participantes afirmaram utilizar com frequência mecanismos de *coping* negativos. Por outro lado, cerca de 57 % dos participantes afirmaram terem utilizado mecanismos de *coping* positivos de forma frequente (**Gráfico 1**).



Fonte: Carvalho MRM, et al., 2025.

Do ajuste do modelo de regressão de Poisson múltiplo, apenas a faixa etária se mostrou associada significativamente ($p = 0,0131$) com a ocorrência de depressão. Pacientes na faixa de 30 a 39 anos apresentam uma prevalência de depressão 78% maior do que aqueles com 50 anos ou mais ($p = 0,0300$). Por outro lado, pacientes na faixa de 18 a 29 e de 40 a 39 não diferem significativamente quanto à prevalência de depressão em relação àqueles com 50 anos ou mais ($p = 0,2121$ e $p = 0,3574$, respectivamente). As variáveis profissão, estado civil e sexo não apresentaram associações significativas com a depressão ($p = 0,7131$, $p = 0,2357$ e $p = 0,3806$, respectivamente).

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, principalmente após a pandemia de Covid-19, a saúde mental dos profissionais da saúde vem ganhando destaque como um importante problema de saúde pública mundial e uma ameaça à prestação de cuidados de qualidade aos pacientes (SØVOLD LE, et al., 2021; LASALVIA A, et al., 2021).

Os resultados obtidos nesta pesquisa indicam uma prevalência significativa de triagem positiva para TDM entre os profissionais de saúde avaliados, com base no escore PHQ-9. Esses achados estão em consonância com estudos recentes (LI Y, et al., 2021; KIM E, et al., 2024; CHEN L, et al., 2022; ALAMRI HS, et al., 2021) que demonstraram taxas elevadas de depressão nessa população, possivelmente atribuídas à alta carga de trabalho, número reduzido de profissionais em proporção à demanda, intensa pressão emocional, longas horas de trabalho e responsabilidade pelo cuidado com a vida humana.

Os resultados do presente estudo, que indicaram uma maior prevalência de depressão entre participantes na faixa etária de 30 a 39 anos, são apoiados por uma pesquisa realizada na Arábia Saudita (ALAMRI HS, et al., 2021). Naquele caso, os dados apontaram uma triagem positiva para depressão em 69,3% dos trabalhadores com menos de 40 anos e em 45,2% dos trabalhadores de 40 anos ou mais, com uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,001$). Além disso, 79,7% dos trabalhadores do sexo feminino tinham depressão detectável, em comparação com 57,9% dos profissionais do sexo masculino ($p = 0,001$).

Uma meta-análise realizada em 2020 (PAPPA S, et al., 2020) revelou uma taxa de prevalência de depressão de 22,8% entre profissionais de saúde nos 10 estudos avaliados. Uma análise de subgrupo revelou diferenças de gênero e função, com os profissionais do sexo feminino e os enfermeiros apresentando taxas mais elevadas de sintomas depressivos em comparação com homens e profissionais médicos, respectivamente.

Mesmo um estudo realizado em 2015, antes da pandemia de Covid-19, já demonstrava altas taxas de depressão entre profissionais da saúde (MATA DA, et al., 2015). Os autores demonstraram por meio da revisão sistemática e meta-análise de 54 estudos, os quais envolveram 17.560 médicos em formação, que entre 20,9% e 43,2% dos estagiários apresentaram resultados positivos para a depressão ou sintomas depressivos durante a residência.

A elevada prevalência de depressão identificada é preocupante, dado que ela pode impactar não apenas a qualidade de vida desses profissionais, mas também a qualidade do cuidado prestado aos pacientes (WEST CP, et al., 2006; HALBESLEBEN JRB e RATHERT C, 2008). Nesse sentido, um estudo prospectivo multicêntrico constatou que os médicos residentes que preenchem os critérios para depressão cometiam seis vezes mais erros do que os residentes não deprimidos (FAHRENKOPF AM, et al., 2008).

Outros estudos sugerem que profissionais de saúde acometidos por transtornos mentais podem apresentar dificuldades em tomar decisões clínicas, manter o foco e lidar com situações de estresse, o que reforça a necessidade de intervenções eficazes, tanto para a prevenção quanto para o tratamento desses profissionais.

A discrepância entre o número de indivíduos com sintomas de sofrimento psíquico identificados neste estudo e o número daqueles previamente diagnosticados sugere a existência de subdiagnósticos. Portanto, conclui-se que a abordagem desse tema e a implementação de intervenções pode ser extremamente benéfica para melhorar a saúde e a qualidade de vida desses profissionais, além de possivelmente elevar a qualidade dos serviços oferecidos à população.

No entanto, apesar do alto índice de sintomas depressivos encontrado entre os participantes deste estudo, muitos profissionais relataram utilizar estratégias de enfrentamento positivas.

Segundo Lazarus e Folkman, “o coping é conceituado como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais empregados pelo indivíduo para gerenciar demandas internas e/ou externas específicas, que são percebidas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos disponíveis” (LAZARUS R e FOLKMAN S, 1984). Assim, o coping pode ser compreendido como um processo cognitivo, ativo e consciente de avaliação e resposta a situações de estresse, que se adapta tanto às particularidades de cada situação quanto ao longo do tempo (DIAS EN e PAIS-RIBEIRO JL, 2019).

Neste estudo, verificou-se que os mecanismos de coping mais utilizados pelos profissionais de saúde foram a religiosidade, o planejamento e a reinterpretação positiva. A religiosidade oferece um sentido de propósito, apoio emocional e segurança, ajudando os profissionais a lidarem com o estresse e as incertezas inerentes ao ambiente de trabalho. O planejamento envolve uma abordagem proativa; nela, os indivíduos estabelecem estratégias organizadas para enfrentar os desafios e reduzir a sensação de sobrecarga. Já a reinterpretação positiva envolve a reformulação cognitiva de situações difíceis, permitindo que os indivíduos centrem-se nos aspectos agradáveis e vejam essas experiências como oportunidades de aprendizado e crescimento, o que pode diminuir o impacto emocional negativo e fomentar a resiliência. Portanto, os mecanismos de enfrentamento, quando adequadamente utilizados, podem atuar como fatores de proteção contra os estressores relacionados ao trabalho e à saúde mental (FRANCK E, et al., 2021).

Uma pesquisa (RIETH R, et al., 2016) conduzida em um hospital privado no Rio Grande do Sul, com a participação de 209 profissionais, identificou que os mecanismos de coping predominantes foram a reinterpretação positiva, o suporte social e a resolução de problemas, corroborando os achados deste estudo.

Outro estudo, envolvendo 198 profissionais de saúde atuantes em Unidades de Saúde da Família no município de Piracicaba (REZENDE AAF e PEREIRA AC, 2023) revelou que as estratégias de enfrentamento predominantes entre esses profissionais são positivas. Entre elas, a reinterpretação positiva se destacou como a estratégia mais frequentemente empregada, seguida pela resolução de problemas.

É importante notar que nem todas as estratégias de enfrentamento são igualmente eficazes, uma vez que algumas podem exacerbar o sofrimento psicológico, enquanto outras podem atenuar as respostas psicológicas negativas aos fatores de estresse. Assim, embora um estudo realizado no México com estudantes universitários tenha demonstrado que indivíduos que utilizavam estratégias de coping positivas com maior frequência tinham menos sintomas de depressão (PALACIOS-DELGADO J, et al., 2024), diversos estudos indicam que estratégias de coping mal adaptativas estão associadas a um aumento nos sintomas de depressão, ansiedade e solidão (MINAHAN J, et al., 2020). Portanto, a conscientização e a instrumentalização dos profissionais da saúde para a adoção de métodos de coping mais saudáveis são fundamentais.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo causam preocupação, tendo em vista a alta frequência de depressão encontrada entre os participantes. Proteger a saúde mental dos trabalhadores de saúde tem importância não apenas a nível individual, mas também a nível coletivo, pois um trabalhador em sofrimento tende a se ausentar mais vezes, se aposentar precocemente, mudar de profissão e ser menos produtivo. Além disso, há diversas barreiras que podem dificultar a obtenção de ajuda por parte desses trabalhadores, tais como: escassez de tempo livre, falta de apoio organizacional e estigmatização em relação a transtornos mentais. Portanto, é de suma importância que sejam implementadas medidas institucionais visando a promoção da saúde mental entre trabalhadores da saúde. A implementação de programas de apoio psicológico, flexibilização de jornadas de trabalho e parcerias com redes de academias para oferecimento de descontos para esses profissionais são exemplos de estratégias potencialmente eficazes. Em suma, os resultados deste estudo demonstram a importância da abordagem do tema da saúde mental dos profissionais de saúde e a necessidade da promoção de um ambiente de trabalho que valorize o bem-estar dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. ALAMRI HS, et al. COVID-19 Psychological Impact on Health Care Workers in Saudi Arabia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021; 18(11): 6076.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
3. BRASILEIRO SV. Adaptação transcultural e propriedades psicométricas do COPE breve em uma amostra brasileira. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012; 85p.

4. CAI H, et al. Prevalence of Suicidality in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. *Frontiers in Psychiatry*, 2021; 12.
5. CARVER CS, et al. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989; 56(2): 267–283.
6. CHEN L, et al. Prevalence and risk factors for depression among training physicians in China and the United States. *Scientific Reports*, 2022; 12(1): 8170.
7. CORDEIRO R, et al. Stress e estratégias de coping em profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2020; (7).
8. DIAS EN, PAIS-RIBEIRO JL. O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 2019; 11(2): 55.
9. EVANS-LACKO S, KNAPP M. Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2016; 51(11): 1525–1537.
10. FAHRENKOPF AM, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*, 2008; 336(7642): 488–491.
11. FERRARI A, et al. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 2022; 9(2): 137-150.
12. FRANCK E, et al. The Role of Coping Behavior in Healthcare Workers' Distress and Somatization During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 2021; 12.
13. GONDA X. et al. Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety. *Annals of General Psychiatry*, 2007; 6(1).
14. GREENBERG PE, et al. The Economic Burden of Adults with Major Depressive Disorder in the United States (2019). *Advances in Therapy*, 2023; 40(10): 4460–4479.
15. HALBESLEBEN JRB, RATHERT C. Linking physician burnout and patient outcomes. *Health Care Management Review*, 2008; 33(1): 29–39.
16. HARDEVELD F. et al. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2009; 122(3): 184–191.
17. HOLMSTRAND C, et al. Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947–1997. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2015; 132(6): 459–469.
18. INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). IHME | GHDx. *GBD Results Tool*, 2021.
19. KA H, et al. Excess mortality and life-years lost in people diagnosed with depression: A 20-year population-based cohort study. *European Neuropsychopharmacology*, 2024; 91: 1–8.
20. KESSLER RC, BROMET EJ. The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 2013; 34: 119–138.
21. KIM E, et al. Duration of New-Onset Depressive Symptoms During Medical Residency. *JAMA Network Open*, 2024; 7(6): e2418082.
22. KROENKE K, et al. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 2001; 16(9): 606–613.
23. LAZARUS R, FOLKMAN S. Stress appraisal and coping. New York: Springer, 1984.
24. LASALVIA A, et al. The Sustained Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers One Year after the Outbreak—A Repeated Cross-Sectional Survey in a Tertiary Hospital of North-East Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021; 18(24): 13374.
25. LI Y, et al. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 2021; 16(3): e0246454.
26. MATA DA, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians. *JAMA*, 2015; 314(22): 2373.
27. MEYER B. Coping with severe mental illness: Relations of the brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2001; 23(4): 265–277.
28. MINAHAN J, et al. The COVID-19 Pandemic and Psychosocial Outcomes Across Age Through the Stress and Coping Framework. *The Gerontologist*, 2020; 61(2): 228–239.
29. PALACIOS-DELGADO J, et al. How Important are Optimism and Coping Strategies for Mental Health? Effect in Reducing Depression in Young People. *Psychiatry International*, 2024; 5(3): 532–543.

30. PAPPA S, et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2020; 88: 901–907.
31. REZENDE AAF, PEREIRA AC. Estratégias de coping de profissionais da saúde de Piracicaba durante a COVID-19. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 2023; 12: e5214.
32. RIETH R, et al. Coping strategies and characteristics of the nursing staff of a private hospital. *Rev Rene*, 2016; 16(1).
33. SAADE S, et al. Depressive symptoms in helping professions: a systematic review of prevalence rates and work-related risk factors. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2021; 95(1): 67–116.
34. SALLET P, et al. Manual do Residente de Psiquiatria. Santana de Parnaíba: Manole, 2023.
35. SANTOS IS, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 8, p. 1533–1543, 1 ago. 2013.
36. SCOTT KM, et al. Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA Psychiatry*, 2016; 73(2): 150–158.
37. SØVOLD LE, et al. Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Front Public Health*, 2021; 9(7).
38. THE LANCET GLOBAL HEALTH. Mental Health Matters. *The Lancet Global Health*, 2020; 8(11).
39. WEST CP, et al. Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy. *JAMA*, 2006; 296(9): 1071.
40. ZHAO H, et al. Global, regional, and national burden of depressive disorders among young people aged 10–24 years, 2010–2019. *Journal of Psychiatric Research*, 2024; 170: 47–57.