

Depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família no município de Itajaí/SC

Depression in physicians of the Family Health Strategy in the municipality of Itajaí/SC

Depresión en médicos de la Estrategia de Salud de la Familia en el municipio de Itajaí/SC

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.
Jair Abdon Ferracioli
Amanda Elisa Zajankauskas
Natasha Camilo Dias

Universidade do Vale de Itajaí (UNIVALI).
Itajaí, SC, Brasil.
carlosgarciajunior@hotmail.com
(Autor correspondente);
jaiferracioli@univali.br;
amandazajankauskas@hotmail.com;
natinha_dias@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Conhecer a prevalência de depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Itajaí/SC. **Métodos:** Foram utilizados o Inventário de Depressão de Beck para rastreamento dos sintomas depressivos e um questionário elaborado pelos pesquisadores para coletar informações da vida pessoal e profissional. Os dados coletados foram armazenados em tabela de Microsoft Excel, estratificados conforme intensidade dos sintomas e as variáveis relacionáveis. Para apresentação, foram calculadas frequências absolutas e percentuais. **Resultados:** Em uma amostra de 45 médicos, apenas sintomas depressivos leves foram identificados, o que representou somente 13% dos participantes, porém nenhuma das variáveis analisadas neste estudo apresentou associação com depressão. A grande maioria dos resultados se mostrou satisfatoriamente positiva para prevenção e fatores estressores: horas de sono suficientes, número adequado de consultas, satisfação com o trabalho, prática de atividade física e não relatar antecedentes psiquiátricos. **Conclusões:** São percebidos, no presente estudo, poucos médicos na ESF de Itajaí/SC com sintomas depressivos, contudo, considera-se, ainda, fundamental a adoção de estratégias na melhoria da saúde mental destes profissionais.

Palavras-chave: Depressão; Saúde Mental; Médicos; Estratégia Saúde da Família

Abstract

Objective: Discover the prevalence of depression in physicians of the Family Health Strategy (FHS) of the city of Itajaí/SC. **Methods:** The Beck Depression Inventory was used to track depressive symptoms and a questionnaire developed by the researchers was used to collect information about personal and professional life. Data collected were stored in a Microsoft Excel table, stratified according to symptom intensity and relatable variables. Absolute and percentage frequencies were calculated for presentation. **Results:** In a sample of 45 physicians, only mild depressive symptoms were identified, which represented only 13% of the participants, but none of the variables analyzed in this study was associated with depression. The great majority of the results were satisfactorily positive for prevention and stressors: sufficient sleep hours, adequate number of consultations, satisfaction with work, practice of physical activity and no report of psychiatric records. **Conclusions:** In the present study, few physicians in the FHS01 of Itajaí/SC were found with depressive symptoms, however, the adoption of strategies to improve the mental health of these professionals is still considered essential.

Keywords: Depression; Mental Health; Physicians; Family Health Strategy

Como citar: Garcia Jr. CAS, Ferracioli JA, Zajankauskas AE, Dias NC. Depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família no município de Itajaí/SC. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1641](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1641)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
1.371.435 (UNIVALI), aprovado em
16/12/2015

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 16/10/2017.
Aprovado em: 19/06/2018.

Resumen

Objetivo: Conocer la prevalencia de depresión en médicos de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) de la ciudad de Itajaí/SC. **Métodos:** Se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck para el rastreo de los síntomas depresivos y un cuestionario elaborado por los investigadores para recoger informaciones de la vida personal y profesional. Los datos recolectados fueron almacenados en una tabla de Microsoft Excel, estratificados según la intensidad de los síntomas y las variables relacionables. Para la presentación se calcularon frecuencias absolutas y porcentuales. **Resultados:** En una muestra de 45 médicos, sólo se identificaron síntomas depresivos ligeros, lo que representó sólo el 13% de los participantes, pero ninguna de las variables analizadas en este estudio presentó asociación con depresión. La gran mayoría de los resultados se mostró satisfactoriamente positiva para prevención y factores estresores: horas de sueño suficientes, número adecuado de consultas, satisfacción con el trabajo, práctica de actividad física y no relatar antecedentes psiquiátricos. **Conclusiones:** Se percibe en el presente estudio, pocos médicos en la ESF de Itajaí/SC con síntomas depresivos, sin embargo, se considera todavía fundamental la adopción de estrategias en la mejora de la salud mental de estos profesionales.

Palabras clave: Depresión; Salud Mental; Médicos; Estrategia de Salud Familiar

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde/*World Health Organization* (OMS/WHO), a depressão é uma doença que afeta mundialmente todas as populações. Estima-se que em torno de 350 milhões de pessoas estejam diagnosticadas. Um estudo realizado em 17 países revelou uma média de aproximadamente 1 em cada 20 pessoas com episódio depressivo no ano anterior.¹ A prevalência anual na população em geral de países ocidentais, varia entre 3 e 11%, considerada uma prevalência alta.² Em relação ao Brasil, essa prevalência é tão alarmante que consegue contribuir com 10% no ranking mundial de pessoas com depressão, pois tem uma frequência de 10 a 18% de sua população afetada anualmente, equivalendo a 20 a 36 milhões de pessoas.³

Na atuação médica, alguns fatores estressantes estão relacionados ao exercício da profissão médica como a sobrecarga horária, a privação de sono, o comportamento idealizado, o contato intenso e frequente com a dor e o sofrimento dos pacientes, lidar com a intimidade corporal e emocional e com pacientes difíceis, as incertezas e limitações do conhecimento médico, o medo do erro médico e o temor em falhar.⁴

No Brasil, a atuação do profissional médico no Sistema Único de Saúde (SUS) está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e se desenvolve na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O médico é um dos integrantes da ESF, que tem caráter multiprofissional e interdisciplinar, sendo responsável pelo processo de cuidado da população.

O médico está exposto ao impacto decorrente do ambiente no qual atua e das funções que desempenha. Por meio do ambiente de trabalho, o homem se relaciona, estabelece trocas, pode obter reconhecimento e valorização social.⁵ Dessa forma, a atividade laboral tem impacto na saúde e no adoecimento, podendo estar influenciada pelos sentimentos de realização e satisfação. É de extrema importância compreender com maior profundidade as experiências laborais e psíquicas do médico relacionadas as vivências diárias como trabalhador da ESF.

Os médicos na ESF exercem papel de cuidadores da saúde da comunidade adscrita. Esse trabalho do cuidar suscita cargas de trabalho desgastantes geralmente esquecidas pelos gestores e pelo próprio profissional, que não se atentam ao cuidado do cuidador e acabam por evitar “parar” para refletir sobre sua saúde, tendo o foco apenas na sua responsabilidade pela saúde de outros.⁶

As exigências de trabalho, às vezes, fatigantes, passam despercebidas ou são tidas como “naturais” pelo próprio trabalhador, que defende quaisquer situações como “ossos do ofício”.⁷ O ambiente de trabalho e as funções do médico da ESF estão relacionados às características dos territórios definidos, a dinamicidade existente e a oferta de acesso ao cuidado das variadas demandas e necessidades de saúde da população, portanto, responsabilidades que podem se relacionar com o próprio processo de saúde-doença do trabalhador.

A almejada atenção integral à saúde e à humanização nas atividades da ESF, desempenhada pelos médicos e demais profissionais, os deixam expostos a condições presentes em sua atuação como pobreza, desigualdades sociais, além de deficiências nos mais variados níveis do sistema de saúde. Apesar de importantes trabalhos desenvolvidos no âmbito das equipes de ESF, poucos se propõem à observação de aspectos da vida pessoal e profissional do médico relacionando-os à saúde psíquica dos médicos vinculados a equipe de ESF. Assim, o objetivo desta pesquisa é identificar a prevalência de depressão em médicos da ESF no município de Itajaí/SC.

Método

Trata-se de um estudo descritivo transversal. A coleta de dados foi realizada a partir de dois instrumentos. Um questionário foi utilizado para coletar informações sobre os aspectos da vida pessoal e profissional do médico, inspirado no modelo proposto por Aragão et al.⁸ As variáveis, situadas como fatores de risco, relacionáveis ao questionário foram: sexo, prática de atividade física, antecedentes psiquiátricos na família, problemas de relacionamento, satisfação com o trabalho, adequação do número de consultas em relação a horas de trabalho e tempo que dorme diariamente.

O outro instrumento foi o Inventário de Depressão de Beck (IDB). O IDB é uma ferramenta de pesquisa amplamente utilizada na prática clínica para avaliar, além de pacientes psiquiátricos, a população geral.⁹ Este é composto por 21 itens que abrangem os componentes cognitivos, comportamentais, afetivos, e somáticos da depressão. O instrumento tem tradução e validação para língua portuguesa.¹⁰ A avaliação dos sintomas depressivos foi realizada a partir dos pontos de corte considerando diferentes graus de intensidade (ausente; leve; moderado; grave), já consagrados na literatura.^{2,8-10}

Os questionários foram entregues por meio de visitas *in loco* a todas as equipes de ESF, sendo todos preenchidos e recolhidos para análise pelos pesquisadores. As visitas foram realizadas em dias de semana, nos horários em que cada ESF tinha seu funcionamento sem agendamento prévio, nos períodos matutino e vespertino, para facilitar o contato com os médicos *in loco*. O intervalo da coleta se estendeu de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Os dados coletados foram organizados numa base de dados do Microsoft Excel® 2013. Todas as variáveis foram estratificadas conforme categorias do questionário e as características relacionáveis a intensidade dos sintomas em ausente, leve, moderado e grave de depressão. Posteriormente, para apresentação dos dados, foram calculadas frequências absolutas e percentuais.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, número CAAE 51253115.4.0000.0120, conforme o parecer 1.371.435 disponível em 16/12/2015. Não contou com nenhuma fonte de financiamento e os autores não possuem nenhum conflito de interesse. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com todos (as) participantes.

Resultados

Foram convidados a participar todos os médicos atuantes nas equipes da ESF do município de Itajaí/SC, Brasil, incluindo médicos inscritos no Programa Mais Médicos para o Brasil durante o período de coleta. O total de médicos inscritos na secretaria municipal de saúde no segundo semestre de 2015 era de 51 profissionais, distribuídos em 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 49 equipes de ESF. Dos 51 profissionais médicos convidados, 6 médicos optaram em não participar da pesquisa, portanto, a pesquisa contou com a participação de 45 médicos, sendo 20 mulheres e 25 homens, perfazendo 44% da amostra do sexo feminino, com o sexo masculino equivalendo a 55% da amostra.

Em relação aos aspectos da vida pessoal e profissional, constatou-se que 73% dos médicos que trabalham nas equipes de ESF do município dormem mais do que seis horas diariamente e 76% dos que apresentam depressão dormem menos do que seis horas diariamente. 31% dos médicos das equipes de ESF consideraram o número de consultas inadequado em relação às horas de trabalho, enquanto que, entre os médicos com sintomas depressivos, apenas 20% apresentaram essa opinião.

Em relação à satisfação com o trabalho, demonstrou-se entre os participantes 13% insatisfeitos e 20% dos médicos com sintomas depressivos apresentam-se nessa categoria. 11% de todos os médicos das equipes de ESF do município e 16% dos médicos que integram o grupo com sintomas depressivos afirmam ter problemas de relacionamento.

Em se tratando da prática de atividade física, 17 médicos informaram não praticar nenhum tipo de exercício enquanto 28 assinalaram ser praticantes; respectivamente, 37% da amostra eram médicos sedentários e 62% se diziam ativos. Na associação com antecedentes psiquiátricos pessoais 11 participantes assinalaram ter antecedentes, correspondendo a 24%, enquanto que 33 médicos negaram qualquer antecedente, totalizando 75%.

A Figura 1 mostra as respectivas características utilizadas no questionário para coleta de dados sobre os aspectos da vida pessoal e profissional dos participantes da pesquisa.

A prevalência de sintomas depressivos entre os médicos que participaram da pesquisa foi de 13%, equivalendo a 6 dos 45 participantes, sendo que 100% desses estavam classificados em sintomas leves pelo IDB. Dentre a pequena parcela de médicos que apresentaram sintomas depressivos na pesquisa, 66% deles eram do sexo masculino (4 médicos) enquanto que 33% eram do sexo feminino (2 médicas). Portanto, a maioria dos médicos não possuíam sintomas depressivos e nenhum apresentou sintomas moderados ou graves.

A Tabela 1 indica as respostas dos participantes ao questionário definido no IDB considerando o número 0, 1, 2 ou 3 para descrever a maneira que participante se identificava em cada uma das 21 afirmações. Convém destacar que alguns participantes não preencheram todas as afirmações, como pode ser observado a seguir.

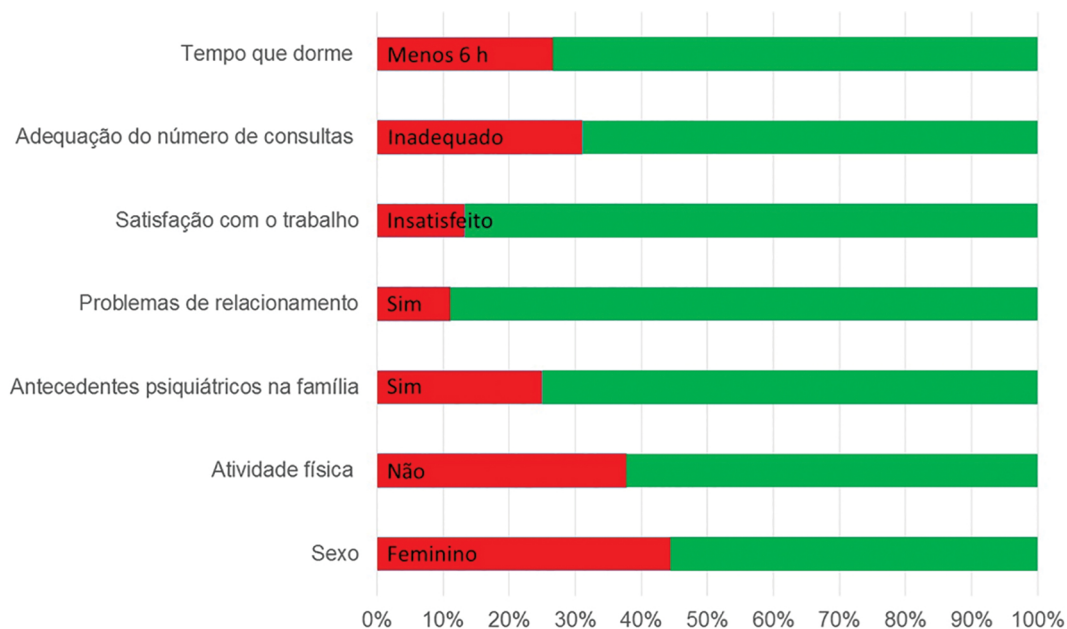


Figura 1. Resultados do questionário sobre os aspectos da vida pessoal e profissional.

Tabela 1. Respostas relacionadas ao questionário do Inventário de Depressão de Beck (IDB).

	Respostas assinaladas - IDB				Soma	Porcentagem de respostas assinaladas			
	0	1	2	3		0	1	2	3
P1	40	4	0	0	44	91	9	0	0
P2	39	6	0	0	45	87	13	0	0
P3	45	0	0	0	45	100	0	0	0
P4	32	13	0	0	45	71	29	0	0
P5	42	3	0	0	45	93	7	0	0
P6	40	3	0	0	43	93	7	0	0
P7	40	4	1	0	45	89	9	2	0
P8	25	18	2	0	45	56	40	4	0
P9	45	0	0	0	45	100	0	0	0
P10	41	4	0	0	45	91	9	0	0
P11	25	17	0	3	45	56	38	0	7
P12	32	13	0	0	45	71	29	0	0
P13	35	8	2	0	45	78	18	4	0
P14	38	7	0	0	45	84	16	0	0
P15	33	11	1	0	45	73	24	2	0
P16	26	15	4	0	45	58	33	9	0
P17	18	25	0	1	44	41	57	0	2
P18	42	2	1	0	45	93	4	2	0
P19	42	3	0	0	45	93	7	0	0
P20	35	10	0	0	45	78	22	0	0
P21	40	4	0	0	44	91	9	0	0

Discussão

De maneira geral, pode-se considerar que o principal achado do estudo está no baixo percentual de depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família no município de Itajaí/SC.

O estudo tem como fortaleza o destaque a um tema de grande importância para a categoria médica. Além disso, reúne informações para identificação e caracterização do sofrimento mental de profissionais médicos vinculados aos serviços de APS. Entre as limitações do estudo pode-se constatar: informações insuficientes no questionário; coleta de dados em um espaço de tempo muito variável; dificuldade da aplicação dos questionários de forma pessoal; possível viés de seleção relativo à perda de seis dos 51 médicos das equipes de ESF de Itajaí/SC; viés de informação decorrente do fato de os médicos saberem manejar o IDB e talvez preferirem não ser identificados como portadores de depressão, de sentirem eventual constrangimento para informar antecedentes psiquiátricos, de temerem represálias por questionarem o número de consultas em relação à carga horária ou revelarem insatisfação com o trabalho ao responderem à pesquisa realizada dentro do ambiente de trabalho, da impossibilidade matemática de realização de testes de hipótese.

Deve-se considerar que as implicações para a pesquisa na área de saúde mental com os médicos trabalhadores da APS e/ou para a prática dos profissionais estão relacionadas à necessidade de estudos adicionais para examinar o ambiente de trabalho e os fatores de risco associados à depressão.

A organização da discussão deste estudo seguiu oito categorias elementares neste estudo: 1) depressão na amostra, 2) sexo, 3) tempo que dorme diariamente, 4) adequação do número de consultas em relação as horas de trabalho, 5) satisfação com o trabalho, 6) problemas de relacionamento, 7) atividade física e 8) antecedentes psiquiátricos.

Em comparação com a literatura já existente, o percentual de médicos com depressão está abaixo do observado por Aragão et al.⁸ em estudo semelhante realizado com médicos da ESF de Aracajú/SE. Também destoa com valores inferiores quando comparado a estudo realizado por Amaral et al.,¹¹ com percentual de sintomas depressivos de 26%. Apesar de usar como instrumento de análise o IDB, seu público-alvo eram os acadêmicos de medicina.

Barbosa et al.,¹² utilizando o mesmo instrumento de rastreamento de sintomas depressivos, considerando os mesmos pontos de corte, identificaram a prevalência de 20% entre médicos da assistência hospitalar. Capitão e Almeida,¹³ utilizando um ponto de corte superior e abordando médicos atuantes em ambulatório, encontraram prevalência de 14% entre médicos.

Na presente pesquisa, os valores baixos da prevalência de sintomas depressivos podem ter relação com a própria coleta de dados em período habitual de festas de final de ano, após férias e no verão. O local de estudo está situado no Vale do Itajaí, a uma latitude de 26°54'28"S e longitude de 48°39'43"W Greenwich. É sabido que em regiões de estações bem definidas pode haver um aumento no padrão sazonal na ocorrência de sintomas depressivos, especialmente no outono e inverno.¹⁴ Ao mesmo tempo, a observação exclusiva de casos leves do evento pesquisado também poderia ser explicada pelos mesmos fatores sugeridos para justificar a baixa prevalência de depressão.

A categoria “sexo” nos participantes da pesquisa revela um achado que não condiz com o encontrado na literatura. A proporção de homens é maior no total de médicos e também entre os médicos com depressão, embora a diferença de depressão entre homens e mulheres não seja alarmante. A diferença de depressão entre homens e mulheres, ou seja, diferença da prevalência de depressão entre os sexos, embora o número da amostra seja pequeno para avaliar significância estatística, é pelo menos razoável (16% homens e 10% mulheres). Tal diferença é evidente mesmo quando considerada a proporção de homens e mulheres entre os casos de depressão (homens 66% contra mulheres 33%), segundo o texto de resultados.

Segundo Cotta et al.,¹⁵ há uma predominância do sexo feminino, de 57%, entre os profissionais da Atenção Básica. A relevância da observação do sexo se dá pela prevalência de depressão em grande parte dos estudos no sexo feminino. Cunha et al.¹⁶ observaram que a depressão esteve associada ao sexo feminino, com uma probabilidade de ocorrência de desfecho 2,38 vezes maior entre as mulheres quando comparadas aos homens. Uma das possibilidades de justificativa seria questões socioculturais envolvendo vivências adversas e atributos psicológicos atrelados a uma maior responsabilidade a situações relacionadas ao sexo feminino. Outra possibilidade seriam os aspectos culturais de sexo, já que as mulheres estão mais corriqueiramente em busca de melhorias para problemas de saúde e expressam mais abertamente seus sentimentos.¹⁷

Na categoria “sono” os dados obtidos nesta pesquisa sugerem uma relação entre o sono e os sintomas depressivos, o que corrobora com a literatura, uma vez que o tempo de sono diário encontrado é menor no grupo de médicos com sintomas depressivos. Dessa forma, há duas hipóteses dos efeitos: 1) médicos com depressão leve apresentarem como sintoma o quadro de insônia, sendo dessa forma a alteração do sono consequência do quadro psiquiátrico; 2) os sintomas depressivos serem consequência do transtorno do sono.

Esses dados podem refletir tanto dificuldades na questão profissional como pessoal, existindo inúmeros fatores que influenciam, como outros empregos, família ou até mesmo característica pessoal da necessidade de sono. Uma característica do médico da ESF é a previsibilidade dos horários de jornada de trabalho, o que favorece a organização da própria rotina e possibilita que a maioria consiga ter um número de horas de sono adequado.

Contudo, a influência do sono na vida do indivíduo não se limita ao número de horas dormidas diariamente, também se relaciona à qualidade do sono, presença de interrupções e da sensação de sono reparador ao despertar. Cerca de 80% dos casos de depressão associam-se a queixas relacionadas a alterações nos padrões do sono.¹⁸ As alterações do sono como a insônia podem ser um sintoma ou um fator de risco para depressão.¹⁹

Em pesquisa realizada em Minas Gerais com médicos da ESF, os problemas de sono e repouso apresentaram como resultado: 75% “sono muito bom”, aproximando-se da presente pesquisa, e 25% “sono ruim” a “nem ruim nem bom”.²⁰ Dados semelhantes foram demonstrados por Aragão et al.,⁸ em que 74% dos médicos que trabalham na ESF em Aracajú referiram dormir mais do que seis horas por dia. Esses autores também analisaram os médicos com sintomas depressivos, dentre os quais 43% dormem menos do que seis horas ao dia.

Neste estudo, a categoria “satisfação com o trabalho” revelou que um número baixo de médicos da ESF de Itajaí encontra-se insatisfeitos. Dados discordantes foram obtidos no estudo realizado por Miranzi et al.,²⁰ o qual demonstrou que 55%, ou seja, a maioria dos médicos apresentava-se “mais ou menos” e 40% “bastante satisfeitos” e “satisfeitos” com o trabalho. Os autores citam como possibilidade de causas da insatisfação: o caráter temporário do vínculo empregatício, a remuneração e insegurança física no ambiente de trabalho, e como promotores de satisfação: a motivação e melhor relação médico-paciente.

Os dados demonstram que o número de consultas nas UBS de Itajaí não constitui um problema para propiciar um transtorno depressivo nos médicos da ESF, mas, vale ressaltar que isso varia de profissional para profissional, a depender das características de personalidade e formas de trabalhar de cada um.

Em relação à categoria “problemas de relacionamento”, neste estudo, um número baixo de médicos das equipes de ESF do município afirmou ter problemas. Dessa forma, pode-se aventar a possibilidade de que problemas nos relacionamentos tanto no quesito pessoal quando laboral, com colegas de trabalho ou pacientes, pode estar relacionado com a depressão nos médicos, tanto como fator de predisposição à depressão, como de consequência, devido ao isolamento.

Além disso, pode-se pressupor que os médicos de forma geral possuem menos problemas de relacionamento, melhor rede de apoio, de forma que os auxilia a enfrentar as dificuldades do dia-a-dia de forma mais leve, compartilhando suas angústias e alegrias, com conseqüente menor número de depressão.

Médicos com relacionamentos sociais satisfatórios promovem melhor qualidade das atividades prestadas, com melhor desempenho dos atendimentos e processo de trabalho em saúde.²⁰ Em contrapartida, médicos se divorciam dez a 20% mais do que a população geral e entre os casais com pelo menos um médico que permanecem juntos, o casamento é mais infeliz.

Especula-se que esses dados podem relacionar-se com o fato de que médicos se concentram em superar obstáculos como vestibular, faculdade, residência médica, o que pode levá-los a adiarem os prazeres da vida que outras pessoas desfrutam. Para muitos, o trabalho está em primeiro lugar, o que pode ajudá-los a evitar a intimidade e, conseqüentemente, gerar tensão nas relações íntimas.²¹

Pesquisa realizada com médicos de ESF em Recife/PE aponta que os médicos conversam com amigos e pessoas da família para reduzir os efeitos do desgaste crônico, dentre outros recursos como religião, deitar para relaxar, shopping, exercício físico, livro de autoajuda, música, medicamentos.²² No mesmo estudo, considera-se que apesar do desgaste e insatisfação atingirem praticamente todos os médicos, existe uma maior propensão a “ir levando” aquilo que creem ser difícil de transformar no trabalho entre aqueles que compartilham as dificuldades do trabalho com a equipe. Em contrapartida, os médicos referem que o difícil relacionamento na equipe é uma entre outras justificativas para a rotatividade no trabalho.

Pesquisa realizada por Gonçalves et al.²³ aponta que os médicos na Atenção Básica enfrentam um excesso de demanda de trabalho, o que acarreta prejuízos à qualidade do atendimento à comunidade e interfere na relação médico-paciente. Além disso, referem que a realização profissional parcial aliada ao limitado reconhecimento do médico pela população e outros médicos culminam em grande rotatividade devido ao desestímulo em permanecer, o que é um obstáculo à criação de vínculo adequado e duradouro com a comunidade.

Em contrapartida, referem que as visitas domiciliares tornam mais fortes o vínculo médico-paciente. Além disso, a maioria dos médicos considera o relacionamento com a equipe excelente e, consequentemente, a boa comunicação no trabalho favorece uma visão integral dos pacientes através da troca de experiências.

Ademais, a multidisciplinaridade que possibilita a implementação de melhores estratégias de ação ao incorporar diversos pontos de vista e, ainda, que o trabalho em equipe facilita racionalizar o atendimento do paciente, com diminuição relativa da sobrecarga do médico e abrangência de um número maior de pessoas.

Na categoria “atividade física”, neste estudo, 17 médicos informaram não praticar nenhum tipo de exercício, enquanto 28 assinalaram ser praticantes, respectivamente, 37% da amostra eram médicos sedentários e 62% se diziam ativos. Estudo realizado por Torres et al.,²⁴ que buscava avaliar a qualidade de vida dos médicos considerando dentre os parâmetros para uma vida saudável a “prática de atividade física”, obteve que 44% referiram praticar atividades físicas pelo menos três vezes por semana, enquanto 28% negaram praticar qualquer atividade regularmente.

A análise deste perfil é essencial, pois o exercício físico constitui uma das possíveis intervenções psicossociais no tratamento e prevenção da depressão, pois reduz o risco da diminuição funcional e da mortalidade, com a melhora da saúde física e psicológica, aumenta a resistência e o sistema imunológico.²⁵ Estudo com trabalhadores da APS, em 240 UBS de 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil identificou que o sedentarismo nas equipes foi de 27%, significativamente maior entre os médicos (43%) e menor entre os Agentes Comunitários de Saúde (14%).²⁶

Estudo epidemiológico Hamer et al.²⁷ identificou que o risco de desenvolver sintomas depressivos foi reduzido em 22% em indivíduos fisicamente ativos, apostando que os mecanismos responsáveis por essa mudança benéfica estão relacionados tanto a aspectos psicológicos (distração, melhora do humor, autoestima e interação social) quanto ao aumento da liberação de monoaminas e endorfinas.

Analisando os médicos com sintomas depressivos, constatou-se que 83% não praticavam atividade física e, portanto, estariam deixando de realizar uma importante terapia complementar no tratamento de depressão, o que lhes traria possivelmente um sentimento de bem-estar e melhora da saúde mental. A prática de atividade física regularmente é fator protetor contra doenças cardiovasculares, diabetes, alguns tipos de câncer, obesidade e quadros de depressão e ansiedade.²⁸

A categoria “antecedentes psiquiátricos” neste estudo apresenta um número baixo de participantes com tais características. Tratando especificamente dos médicos com sintomas depressivos, a grande maioria não declarou qualquer tipo de antecedente. Estudo em Portugal, usando o IDB, aplicado a residentes de Medicina Familiar e Comunitária, obteve de forma indireta a história de antecedentes psiquiátricos, por meio da identificação do uso de antidepressivos em 7% dos entrevistados.²⁹

Pacientes com antecedentes psiquiátricos tendem a ter desde sintomas leves até sintomas clássicos e o risco de recorrência e cronicidade aumenta proporcionalmente em função da gravidade da doença prévia. De modo semelhante, Burcusa e Iacono³⁰ afirmam que a depressão tem um alto risco de recorrência ao longo da vida, chegando a valores próximos a 50% para um novo episódio.

Conclusão

Conclui-se que os médicos das equipes de ESF de Itajaí/SC relataram horas satisfatórias de sono, um número adequado de consultas, satisfação com o trabalho, ausência de problemas de relacionamentos, prática de atividade física e não possuem antecedentes psiquiátricos relatados. Do mesmo modo, foram poucos e leves os sintomas depressivos identificados. Contudo, não significa que a permanente problematização de estratégias de cuidado com os profissionais de saúde deva ser assunto de menor atenção.³¹

Deve-se considerar, dadas as limitações, já citadas na discussão, que o método utilizado no estudo se afastou das taxas identificadas em estudos semelhantes. Ressalta-se a necessidade de informações mais detalhadas como: idade, especialidade, tempo de atuação naquela mesma ESF, tempo de atuação na atenção básica, residência em curso, tabagismo (com intensidade do uso, tempo, tentativa de abstinência), alcoolismo (com intensidade do consumo, tempo, tentativa de abstinência) e uso de antidepressivo. Seriam pertinentes também questões que conseguissem abordar mais fatores predisponentes, fatores protetores, estratégias de prevenção e de intervenção autopercebidas.

Os dados obtidos foram categorizados a partir de indicadores padronizados para o IDB, podendo ter limitações, por exemplo, pessoas depressivas podem não ter vontade de responder ou ter sua capacidade de resposta influenciada pela condição psicológica de maneira que os resultados possam ser subestimados, ou ainda, os valores padronizados para categoria podem superestimar ou subestimar as prevalências.

Por fim, seria oportuno também expandir o trabalho com estudos adicionais para populações diferentes, regiões diferentes, culturas próprias de cada localidade, dada à diversidade do Brasil, possibilitando identificar semelhanças e diferenças e analisar dados de maior ou menor prevalência de depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família.

Referências

1. World Health Organization. Health topics: Depression [Internet]; 2015 [Acesso 2015 Ago 1]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/depression/en>
2. Fleck MPA, Lager B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(2):114-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000200013>
3. Razzouk, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? *Epidemiol Serv Saúde.* 2016;25(4):845-8. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000400018>
4. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(1):131-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100014>
5. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):426-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300012>
6. Carreiro GSP, Ferreira Filha MOF, Lazarte R, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enferm.* 2013;15(1):146-55. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>
7. Gomes AL, Lima Neto PJ, Silva VLA, Silva EF. O Elo Entre o Processo e a Organização do Trabalho e a Saúde Mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no Município de João Pessoa - Paraíba – Brasil. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2011;15(3):265-76. <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2011.15.03.02>

8. Aragão JA, Andrade ML, Mota MIA, Aragão MEC SA, Reis FP. Ocorrência de sintomas depressivos em médicos que trabalham no programa de saúde da família. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63(4):341-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000043>
9. Gandini RC, Martins MCF, Ribeiro MP, Santos DTG. Inventário de Depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. *Psico-USF.* 2007;12(1):23-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712007000100004>
10. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* 1996;29(4):453-7.
11. Amaral GF, Gomide LMP, Batista MP, Pícolo PP, Teles TBG, Oliveira PM, et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2008;30(2):124-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000300008>
12. Barbosa KKS, Vieira KFL, Alves ERP, Virgínio NA. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(3):515-22. <http://dx.doi.org/10.5902/217976925910>
13. Capitão CG, Almeida FP. A incidência de depressão entre médicos que exercem suas atividades clínicas em ambulatórios. *Psicol Hosp.* 2006;4(2):1-12 [Acesso 2017 Abr 10]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092006000200005
14. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(Suppl 1):6-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>
15. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde.* 2006;15(3):7-18. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002>
16. Cunha RV, Bastos GAN, Del Duca GF. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(2):346-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>
17. Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Cataldo Neto A. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(3):368-77. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660>
18. Harvey AG. Insomnia: symptom or diagnosis? *Clin Psychol Rev.* 2001;21(7):1037-59.
19. Saraiva EM, Fortunato JMS, Gavina C. Oscilações do cortisol na depressão e sono/vigília. *Rev Port Psicossom.* 2005;7(1-2):89-100 [Acesso 2017 Abr 10]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28770207>
20. Miranzi SSC, Mendes CA, Nunes AA, Iwamamoto HH, Miranzi MAS, Tavares DMS. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. *Rev Méd Minas Gerais.* 2010;20(2):189-97 [Acesso 2017 Abr 10]. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/312>
21. Miller MN, McGowen KR. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J.* 2000;93(10):966-73 [Acesso 2017 Abr 10]. <http://dx.doi.org/10.1097/00007611-200010000-00004>
22. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho WS. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(8):3373-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000900004>
23. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(3):382-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300009>
24. Torres AR, Ruiz T, Müller SS, Lima MCP. Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(2):264-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200008>
25. Garcia A, Passos A, Campo AT, Pinheiro E, Barroso F, Coutinho G, et al. A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciênc Cogn.* 2006;7(1):111-21 [Acesso 2017 Abr 10]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212006000100010&lng=pt&nrm=iso
26. Dilélio AS, Facchini LA, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Piccini RX, et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(3):503-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300011>

27. Hamer M, Endrighi R, Poole L. Physical Activity, Stress Reduction, and Mood: Insight into Immunological Mechanisms. *Methods Mol Biol.* 2012;934:89-102. https://doi.org/10.1007/978-1-62703-071-7_5
28. Zanchetta LM, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. *Ver Bras Epidemiol.* 2010;13(3):387-99. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000300003>
29. Gomes ARM. Prevalência de depressão nos internos de medicina geral e familiar da região sul de Portugal Continental: um estudo multicêntrico. *Rev Port Med Geral Fam.* 2016;32(1):48-54 [Acesso 2017 Abr 4]. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
30. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(8):959-85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.005>
31. Garcia Jr CAS, Duarte MJO. Epidemia de depressão: algumas implicações sobre a medicalização da vida. In: Oliveira WF, Pitta AMF e Amarante P, orgs. *Direitos Humanos e Saúde Mental.* São Paulo: Hucitec; 2017. p. 197-221.