

# FATORES ASSOCIADOS AOS SINTOMAS DEPRESSIVOS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

## FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS IN COMMUNITY HEALTH AGENTS

M. Barbosa, G. Santos, K. Moreira, M. Brito, L. Rossi-Barbosa

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

### RESUMO

O objetivo do presente estudo foi responder à pergunta “Quais são os fatores associados à prevalência de sintomas depressivos em agentes comunitários de saúde”. É um estudo transversal, quantitativo e analítico no qual utilizou instrumento *Patient Health Questionnaire - 9* para verificar os sintomas depressivos e um questionário sobre as condições sociodemográficas e ocupacionais. Realizou-se regressão múltipla de Poisson com variância robusta, considerando um nível de significância de 5% ( $p < .05$ ). Participaram do estudo 673 agentes comunitários de saúde. A prevalência para os sintomas depressivos foi de 19.0% ( $N = 128$ ). Houve associação com o sexo feminino (RP:1.09; IC:1.03-1.05), tempo de trabalho como agente comunitário de saúde acima de 6 anos (RP:1.12; IC:1.06-1.17), insatisfação no trabalho (RP:1.13; IC:1.07-1.19) e a variável ser religioso (RP:.90; IC:.84-.97) como fator de proteção. Verificou-se alta prevalência de sintomas depressivos entre agentes comunitários de saúde havendo associação com fatores sociodemográficos e ocupacionais.

**Palavras-chave:** depressão, agentes comunitários de saúde, saúde do trabalhador, atenção primária à saúde

### ABSTRACT

The objective of the present study was to answer the question, “What are the factors associated with the prevalence of depressive symptoms in community health agents”. This cross-sectional, quantitative, and analytical study used a *Patient Health Questionnaire – 9* to check the depressive symptoms and a questionnaire on the socio-demographic and occupational conditions. A Poisson multiple regression with robust variance was performed, considering a significance level of 5% ( $p < .05$ ). Six hundred seventy-three community health agents participated in the study. The depressive symptoms prevalence was 19.0% ( $N = 128$ ). There was an association with females (RP:1.09; IC:1.03-1.05), working time as a community health agent over six years (RP:1.12; IC:1.06-1.17), job dissatisfaction (RP:1.13; IC:1.07-1.19) and the variable being religious (RP:.90; IC:.84-.97) as a protection factor. There was high depressive symptoms prevalence among the community health agents associated with socio-demographic factors.

**Keywords:** depression, community health agents, worker’s health, primary health care

Submissão: 15/11/2022 | Aceitação: 16/05/2023

Mariane Silveira Barbosa, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Luíza Augusta Rosa Rossi-Barbosa. Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Gustavo Ribeiro dos Santos. Instituto Ciências da Saúde, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Kênia Souto Moreira. Unifipmoc Afya, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil

e-mail: msb.mariane@gmail.com

A depressão é considerada um importante problema de saúde pública mundial e é o principal adoecimento entre as condições de saúde no mundo. É um transtorno mental caracterizado por tristeza, anedonia, sensação de culpa ou baixa autoestima, alteração do sono ou apetite, cansaço e falta de concentração (World Health Organization - WHO, 2017) e a terceira maior causa de perda de saúde não mortal, ficando atrás somente das lombalgias e cefaleias (Spencer et al., 2017).

Estima-se que 322 milhões de pessoas sofram desse transtorno mental, totalizando cerca de 4.4% da população mundial (Spencer et al., 2017). A depressão é o principal responsável por aproximadamente 800 mil mortes por ano decorrentes do suicídio (WHO, 2017). A prevalência de transtornos mentais comuns como a depressão está aumentando em todo o mundo, principalmente em países de baixa rendimento econômico, em parte, devido ao crescimento populacional e ao aumento da expectativa de vida (Spencer et al., 2017; WHO, 2017). Ainda que a depressão possa acometer pessoas de várias idades, o risco de desencadear o transtorno depressivo ela é potencializada pelo desemprego, baixo rendimento, doenças físicas e pelo uso de substâncias psicoativas (WHO, 2017).

No Brasil, dados da *World Health Organization* apontam que mais de 11 milhões de brasileiros (5.8% da população) são afetados pela depressão (WHO, 2017). As evidências científicas sugerem que esse transtorno é mais prevalente em brasileiras e com baixa escolaridade (Stopa et al., 2015).

Há uma alta prevalência de sintomas depressivos entre profissionais de saúde que vivenciam estresses no trabalho, ausência de retorno dos supervisores quanto ao desempenho no trabalho e o pouco apoio por parte dos colegas (da Silva et al., 2016). A baixa capacidade laboral, classes econômicas inferiores e o pouco apoio social estão associados à prevalência de sinais e sintomas de depressão

(Moura et al., 2020). Dentre os profissionais de saúde que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF), os agentes comunitários de saúde (ACS) são os trabalhadores mais predispostos a desenvolver sintomas depressivos e episódios depressivos (da Silva et al., 2016).

Os ACS possuem muitas responsabilidades relacionadas ao processo de trabalho que podem causar sofrimento e adoecimento mental como o fato de residirem no mesmo local em que trabalham e manterem contato permanente com as famílias (Alonso et al., 2018; Brasil, 2017) falta de materiais para desempenho de suas atribuições que, muitas vezes, não são bem definidas, baixo salário, excesso de trabalho, enfrentamento de condições de doenças e falta de reconhecimento pelos gestores, colegas de trabalho e usuários do serviço público (Alonso et al., 2018).

Verifica-se, ainda, que os ACS são responsáveis pela atenção integral às demandas de saúde que a população apresenta, sendo que o atendimento das famílias, muitas vezes, é prestado a um número maior que o recomendado (Alonso et al., 2018; da Silva et al., 2016). Para além dos cuidados de saúde, fazem o mapeamento das famílias do seu território, cadastram os usuários na unidade básica de saúde e realizam também atividades relativas à prevenção, promoção e vigilância em saúde.

A identificação de fatores relacionados ao desenvolvimento do episódio depressivo entre esses trabalhadores é necessária para garantir a sua prevenção, o diagnóstico e tratamento precoce e, ainda, para evitar o seu agravamento, tendo em vista as repercussões danosas para a vida do indivíduo (Alonso et al., 2018; Krug et al., 2017) e para o desempenho das atividades laborais (Krug et al., 2017).

Além da escassez de artigos que abordam a depressão em ACS, não foi encontrado qualquer estudo sobre o assunto no norte de Minas com um número expressivo de participantes que pudesse demonstrar indicadores de condições de saúde desses trabalhadores.

Portanto, o objetivo é identificar fatores socio-demográficos e ocupacionais em agentes comunitários de saúde que estão associados à prevalência dos sintomas depressivos, nomeadamente sexo, idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, número de pessoas na família nuclear, religiosidade e nível de rendimento económico. As variáveis de carácter ocupacional a considerar são se têm formação específica, tempo de trabalho, carga horária, número de famílias acompanhadas, e se têm segundo emprego.

### MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e analítico que faz parte de um projeto intitulado “Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde do norte de Minas Gerais”, realizado com ACS nas ESF de Montes Claros, Minas Gerais. Em 2018, época da coleta de dados, a cidade possuía 135 equipas de saúde da família, totalizando 797 ACS. Todos com mais de um mês de trabalho foram convidados a participar da pesquisa. No entanto, um ACS recusou participar após ter iniciado a coleta de dados. Estabeleceu-se como critérios de exclusão estar em desvio de função ou de licença por qualquer natureza e na condição de gestante.

#### Amostra

Participaram 545 ACS, a maioria do sexo feminino (84.0%), média de idade de 36.7 anos  $\pm$  9.864 sendo mínimo de 19 e máximo de 68. A amostra foi subdividida em função das variáveis recolhidas no questionário sociodemográfico: sexo (feminino -  $n = 448$ /masculino -  $n = 97$ ), faixa etária dicotomizada pela mediana a posteriori ( $\leq 36$  anos -  $n = 271$ / $>36$  anos -  $n = 274$ ), escolaridade (ensino médio completo a superior completo -  $n = 235$ /médio incompleto fundamental -  $n = 310$ ), situação conjugal (com companheiro -  $n = 328$ /sem companheiro -  $n = 217$ ), pessoas na família ( $\leq 4$  pessoas -  $n =$

441/ $>4$  pessoas -  $n = 104$ ), renda familiar ( $\leq 2$  salários-mínimos/ -  $n = 218$ / $> 2$  salários-mínimos -  $n = 327$ ), cor de pele (branca -  $n = 73$ /não branca -  $n = 472$ ), religiosidade (sim -  $n = 470$ /não -  $n = 75$ ) e dados ocupacionais: formação na área da saúde (sim -  $n = 185$ /não -  $n = 360$ ), tempo de trabalho como ACS dicotomizado pela média ( $\leq 6$  anos -  $n = 360$ / $>6$  anos -  $n = 185$ ), carga horária semanal (24 horas - 33/ $\geq 40$  horas -  $n = 512$ ), número de famílias acompanhadas dicotomizado pela média ( $\leq 120$  famílias -  $n = 292$ / $>120$  famílias -  $n = 253$ ), outro tipo de emprego (sim -  $n = 50$ /não -  $n = 495$ ) e satisfação no trabalho (sim -  $n = 417$ /não -  $n = 128$ ). O número médio de pessoas na família foi de 3.55 pessoas, mediana de 4 pessoas, com um mínimo de um e máximo de dez. O rendimento da família nuclear foi de R\$ 1,908.00, que corresponde a mediana e moda equivalente a dois salários-mínimos.

#### Instrumentos

Para a avaliação dos sintomas depressivos, variável dependente, utilizou-se o instrumento *Patient Health Questionnaire - 9* (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001). Este instrumento foi escolhido na medida em que a sua aplicação não é de domínio exclusivo do psicólogo e por ter uma aplicação e interpretação prática e acessível. No Brasil, o PHQ-9 foi validado em adultos da população geral por Santos e colaboradores (2013).

O PHQ-9 é utilizado para quantificar componentes subjetivos relacionados aos sintomas depressivos e é composto de nove perguntas que avaliam a presença de anedonia, humor deprimido, distúrbios do sono, cansaço ou perda da energia, aumento ou diminuição do apetite, sentimento de inutilidade, problemas na concentração, lentidão psicomotora ou agitação e automutilação ou pensamentos suicidas (Kroenke et al., 2001; Santos et al., 2013).

A frequência dos sintomas é avaliada em

uma escala de Likert de zero (nenhuma vez) a três (quase todos os dias), realizando uma somatória de itens (Kroenke et al., 2001; Moura et al., 2020), podendo obter-se as seguintes pontuações: 0 a 4 pontos (sem sintomas de depressão); 5 a 9 pontos (sintomas de depressão leve); 10 a 14 pontos (sintomas de depressão moderada); 15 a 19 pontos (sintomas de depressão moderadamente grave) e de 20 a 27 (sintomas de depressão grave) (Kroenke et al., 2001; Santos et al., 2013).

Existem duas formas para o cálculo: a forma contínua e a forma algorítmica (Santos et al., 2013). Neste estudo foi considerado como ponto de corte para a presença de sintomas depressivos a pontuação  $>9$  na sua forma contínua pois, segundo Santos et al. (2013), o PHQ-9 é mais útil como teste de rastreamento e adequado para identificar aqueles que estão em maior risco para depressão maior, ou seja, aqueles com uma pontuação acima do ponto de corte.

### Procedimentos

O projeto da pesquisa foi apresentado à Coordenação da Atenção Primária à Saúde e equipes de saúde da família pelos pesquisadores para sensibilização e esclarecimento sobre os procedimentos do estudo e solicitação de autorização dos responsáveis para a realização da pesquisa. Previamente, foi realizada uma capacitação com os entrevistadores que eram pesquisadores de nível superior e acadêmicos de iniciação científica e conduziu-se um estudo piloto com 15 ACS que tinham menos de um mês de trabalho, a fim de padronizar os procedimentos da pesquisa. Foram utilizadas as instalações do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) do município e os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2018, por uma equipe multiprofissional.

### Análise estatística

Foram realizadas análises descritivas por

meio de frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central e de variabilidade. Posteriormente, realizou-se o teste  $X^2$  de Pearson para verificar a associação entre a variável sintomas depressivos e as variáveis independentes. Aquelas que apresentaram valor de  $p < .20$  foram selecionadas para análise múltipla, utilizando a regressão de Poisson para estimar a magnitude das associações por meio da razão de prevalência (RP) brutas e ajustadas e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Permaneceram no modelo final as variáveis que apresentaram significância de 5% ( $p < .05$ ). As análises foram realizadas por meio do SPSS 20.0.

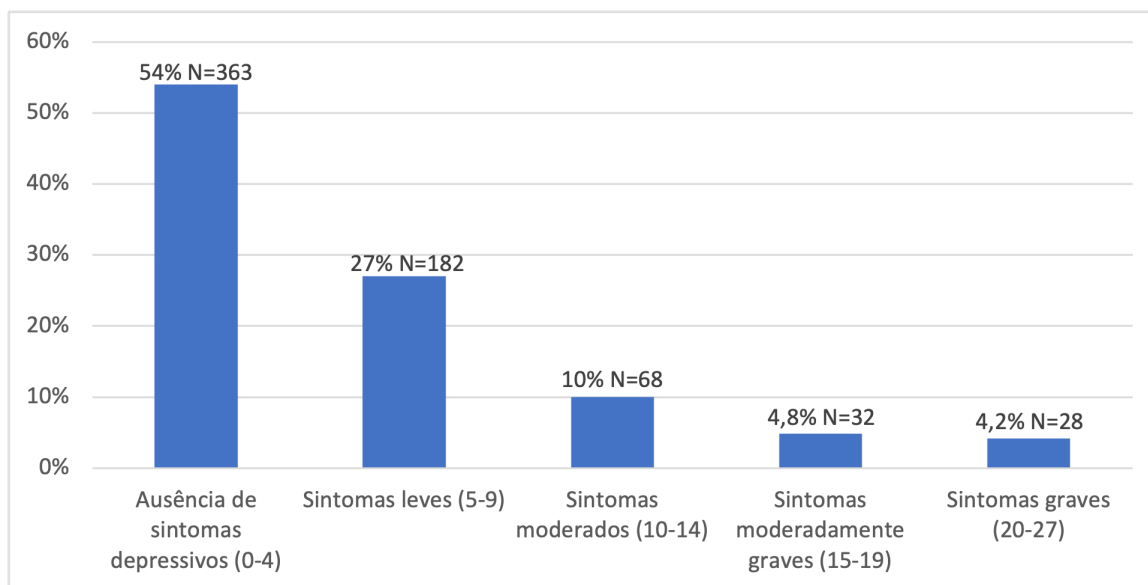
### Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) sob o número 2.425.756, CAAE: 80729817.0.0000.5146. Cumprido o que determina a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos participantes.

### RESULTADOS

A prevalência para os sintomas depressivos foi de 19.0% ( $N = 128$ ). Observa-se que 27.0% ( $N = 182$ ) foram considerados com sintomas leves que correspondem aos escores menores que nove. A figura 1 apresenta a percentagem em cada categoria.

Na análise de associação bivariada entre sintomas depressivos e variáveis sociodemográficas foram identificadas significância estatística até 20% para as variáveis sexo ( $p = .011$ ) e religiosidade ( $p = .011$ ) (Quadro 1). Entre as variáveis ocupacionais foram identificadas a associação com a variável desfecho, a formação na área da saúde ( $p = .037$ ), tempo de trabalho como ACS ( $p < .001$ ), satisfação no trabalho ( $p < .001$ ) (Quadro 2).

**Figura 1:** Prevalência De Sintomas Depressivos em Agentes Comunitários de Saúde de Acordo com o PHQ-9 (N = 673).**Quadro 1:** Análise bivariada entre a variável sintomas depressivos e as variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Ausência de sintomas depressivos N (%)	Presença de sintomas depressivos N (%)	Valor de p
<b>Sociodemográficas</b>			
Sexo			.011
Masculino	97 (89.8)	11 (10.2)	
Feminino	448 (79.3)	117 (20.7)	
Idade			.708
≤ 36 anos	271 (80.4)	66 (19.6)	
> 36 anos	274 (81.5)	62 (18.5)	
Cor de pele			.456
Branca	73 (83.9)	14 (16.1)	
Não branca	472 (80.5)	114 (19.5)	
Escolaridade			.897
Superior / Médio completo	235 (80.8)	56 (19.2)	
Médio incompleto/Fundamental	310 (81.2)	72 (18.8)	
Situação conjugal			.623
Com companheiro	328 (81.6)	74 (18.4)	
Sem companheiro	217 (80.1)	54 (19.9)	
Pessoas na família nuclear			.908
≤ Quatro	441 (81.1)	103 (18.9)	
> Quatro	104 (80.6)	25 (19.4)	
Religiosidade			.011
Não	75 (72.1)	29 (27.9)	
Sim	470 (82.7)	98 (17.3)	
Rendimento económico familiar*			.271
> 2 salários-mínimos	218 (79.0)	58 (21.0)	
≤ 2 salários-mínimos	327 (82.4)	70 (17.6)	

\*salário-mínimo referência em 2018 = R\$ 954.00.

**Quadro 2:** Análise Bivariada entre a Variável Sintomas Depressivos e as Variáveis Ocupacionais.

Variáveis	Ausência de sintomas depressivos N (%)	Presença de sintomas depressivos N (%)	Valor de p
<b>Ocupacionais</b>			
Formação na área da saúde			.037
Sim	185 (76.8)	56 (23.2)	
Não	360 (83.3)	72 (16.7)	
Tempo trabalho como ACS			<.001
≤ 6 anos	360 (87.6)	51 (12.4)	
> 6 anos	185 (70.6)	77 (29.4)	
Carga horária semanal			.681
24 horas semanais	33 (78.6)	9 (21.4)	
40 horas semanais	512 (81.1)	119 (18.9)	
Número de famílias acompanhadas			.227
≤ 120	292 (82.7)	61 (17.3)	
> 120	253 (79.1)	67 (20.9)	
Outro tipo de emprego			.380
Sim	50 (76.9)	15 (23.1)	
Não	495 (81.4)	113 (18.6)	
Satisfação no trabalho			<.001
Sim	417 (87.2)	61 (12.8)	
Não	128 (65.5)	67 (34.4)	

ACS: agente comunitário de saúde.

No modelo múltiplo, as variáveis que apresentaram associação significativa com os sintomas depressivos ao nível de 5% ( $p \leq .05$ ) foram: o sexo feminino, tempo de trabalho como ACS acima de 6 anos, insatisfação no trabalho e como fator de proteção a variável

ser religioso. A RP e respectivos  $IC_{95\%}$  são apresentadas na tabela 3. A estatística do teste de Deviance obtido no modelo múltiplo foi .094 com valor de  $p = .104$ , por ser maior que 5%, indica que o ajuste é adequado.

**Quadro 3:** Variáveis Independentes associadas a Sintomas Depressivos em ACS.

Variáveis	RP bruta ( $IC_{95\%}$ )	Valor de p	RP ajustada ( $IC_{95\%}$ )	Valor de p
<b>Sexo</b>				
Masculino	1		1	
Feminino	2.303 (1.195-4.438)	.011	1.089 (1.030-1.052)	.002
<b>Religiosidade</b>				
Não	1		1	
Sim	.539 (.333-.872)	.011	.902 (.843-.965)	.003
<b>Tempo de trabalho como ACS</b>				
≤ 6 anos	1		1	
> 6 anos	3.039 (2.046-4.514)	<.001	1.117 (1.063-1.174)	<.001
<b>Satisfação no trabalho</b>				
Sim	1		1	
Não	3.578 (2.400-5.335)	<.001	1.130 (1.071-1.193)	<.001

RP: razão de prevalência;  $IC_{95\%}$ : intervalo de confiança de 95%; ACS: agente comunitário de saúde

## DISCUSSÃO

Com o presente estudo verificou-se que, aproximadamente, um quinto dos ACS da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil apresentaram sintomas depressivos (segundo o instrumento PHQ-9) e estes se associaram às seguintes variáveis: sexo, religiosidade, tempo de trabalho como ACS e insatisfação com o trabalho.

A prevalência dos sintomas de depressão foi similar aos 20.6% encontrados em estudo com 400 agentes comunitários da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil (Moura et al., 2020). De forma semelhante, aos 18.0% em ACS na pesquisa realizada em São Paulo, São Paulo, Brasil (da Silva et al., 2016) na qual 1.770 agentes comunitários de saúde, 647 auxiliares de enfermagem, 306 enfermeiras e 217 médicos responderam o PHQ-9. Porém os sintomas foram classificados em três categorias (sem sintomas, sintomas depressivos, provável depressão maior) tendo sido utilizado o algoritmo para o cálculo. O estudo mostrou ainda que a prevalência entre ACS foi superior aos demais trabalhadores da atenção primária (da Silva et al., 2016).

No estudo realizado por Shin e colaboradores (2014) os resultados da avaliação da depressão evidenciaram uma prevalência superior aos 6.7% e 10.3% na população adulta da Coreia e Malásia (Kader-Maideen et al., 2014), respectivamente. Numa pesquisa realizada em Hong Kong, com mulheres de meia idade, a prevalência foi superior aos 11.0% (Wong et al., 2014). No Brasil, estudo de base populacional realizado com 49.025 adultos utilizou o PHQ-9 na forma de algoritmo com a seguinte classificação: sem depressão, depressão menor e depressão maior. Nesta pesquisa, a prevalência foi de 13.6% (Barros et al., 2017). Assim, nota-se, em todo o mundo, que a depressão é um transtorno mental frequente na população geral.

A pesquisa de Barbosa e colaboradores (2012), realizado com enfermeiros e médicos

da assistência hospitalar, relatou que a ocorrência de sintomas depressivos é preocupante por possuir um curso crônico e por se relacionar a vários comportamentos de risco à saúde como sintomas ansiosos, os transtornos de personalidade, as dependências químicas, a ideação e as tentativas de suicídio.

A presença de sintomas depressivos nos ACS associou-se estatisticamente ao sexo feminino. As mulheres são mais propensas a ter depressão do que os homens considerando a população geral (Spender et al., 2018; WHO, 2020). Em pesquisa realizada com a população adulta brasileira (Stopa et al., 2015) e outra com profissionais da ESF houve maior prevalência de depressão e associação com o sexo feminino (da Silva et al., 2016).

Em geral, a mulher apresenta um perfil de cuidadora e desempenha jornadas de trabalhos domésticos e profissionais que, isoladamente ou em conjunto, podem contribuir para o seu adoecimento mental, tal como constatado num estudo realizado com ACS por Krug et al. (2017). Há estudos que evidenciam a prevalência de mulheres entre ACS e na enfermagem, mostrando a feminização do trabalho nas áreas da saúde. Isso reforça o comportamento de cuidadora que a mulher assume ao longo de anos (Krug et al., 2017).

Neste estudo, ser religioso foi um fator protetor para os sintomas de depressão. Os resultados sugerem que os sintomas depressivos foram menores entre aqueles que são religiosos quando comparados aos que referiram não o ser. Há evidências de que a religiosidade é benéfica fazendo com que haja menos propensão à depressão, pois a crença e a prática religiosa, provavelmente, atuam como facilitadoras no ajustamento psicológico (Silva et al., 2015). A participação em cultos religiosos, pelo menos uma vez na semana, indica que a frequência nestes locais é um fator de proteção para quadros de esgotamento emocional (Martins et al., 2014).

Há indivíduos que se apoiam na sua reli-

giosidade, isto é, na religião, espiritualidade ou fé, para compreender e enfrentar as consequências negativas, constatando-se um efeito positivo sobre a taxa saúde-doença (Molina et al., 2020). Porém, um artigo realizado com trabalhadores migrantes de fábricas de Shanghai, na China, com o objetivo de verificar os fatores que contribuem para a depressão, encontrou que não ter afiliação religiosa estava significativamente relacionada a uma melhor saúde mental. Possivelmente, devido a não permissão da liberdade religiosa os chineses não a usam como escudo psicológico (Hou et al., 2019). Assim, o efeito de doutrinas religiosas deve ser avaliado de acordo com aspectos culturais, uma vez que há concepções distintas entre grupos populacionais.

O maior tempo de trabalho associou-se à presença de episódio depressivo. Num estudo com profissionais da atenção primária, verificou-se que aqueles com dois anos, ou mais, na ESF apresentaram uma maior chance de apresentar esgotamento, sintomas depressivos e depressão do que aqueles com menos tempo de trabalho (da Silva et al., 2016).

Essa associação provavelmente se deve à exposição prolongada aos estressores ocupacionais devido a atuarem na porta de entrada do serviço de saúde e pelas responsabilidades em acolherem as demandas da população adscrita. Desta forma, há repercussões como o estresse no trabalho e o desenvolvimento de sintomas depressivos (da Silva et al., 2016).

Quanto à insatisfação no trabalho, estudos têm verificado que as questões relacionadas à cobrança dos usuários quanto à resolutividade dos problemas e os limites das ações do trabalhador no contexto da ESF e na profissão de ACS podem contribuir para a insatisfação com o trabalho e, conseqüentemente, causar danos psicológicos (Castro et al., 2017; Santos et al., 2019). As diversas funções do ACS podem trazer sobrecarga levando os trabalhadores a se sentirem impotentes, limitando a realização de tarefas no trabalho de forma eficiente

e, conseqüentemente, causando sofrimento psicológico (Silva et al., 2020). Geralmente, os ACS ficam frustrados e fragilizados com a realidade do trabalho podendo esta gerar baixa-estima e depressão (Lima et al., 2011).

A prevalência expressiva dos sintomas de depressão em ACS mostra a necessidade de implementar medidas de promoção e proteção da saúde mental do trabalhador. Desta forma, é possível limitar o impacto em sua qualidade de vida, na rotina diária do trabalho e na qualidade da relação com os seus familiares. Para isso, é necessário investir na formação continuada dos ACS e promover capacitações para que os mesmos se sintam seguros de executar as suas funções na comunidade. Isso favorece uma participação mais ativa destes profissionais na elaboração de estratégias de trabalho para a unidade em que está alocado. Aliado a isso, os gestores e as equipes de saúde podem permitir a construção de ambientes mais humanizados e oportunidades de conversas sobre demandas relacionadas ao trabalho e à saúde mental dos ACS na tentativa de promover saúde para os trabalhadores da ESF (Moura et al., 2020). Para humanizar o ambiente de trabalho, é imprescindível desenvolver ações para mudar a organização do processo de trabalho do ACS, permitindo aos trabalhadores terem mais autonomia e mais participação na gestão das atividades profissionais (Krug et al., 2017).

No que se refere às limitações do estudo, destacam-se algumas delas. Por se tratar de um estudo transversal, não foi possível caracterizar como causalidade as relações entre exposição e desfecho encontradas. Apesar da alta prevalência dos sintomas depressivos, esta pode ter sido subestimada pelo fato de terem sido excluídos os ACS com afastamento médico por motivo de doença. As condições de vida e saúde, ocupacionais e laborais dos participantes podem não demonstrar com veracidade o contexto de outros brasileiros, mas foi possível comparar com grupos populacionais



com as mesmas particularidades.

Espera-se que os resultados apresentados possam contribuir para o conhecimento e prática de gestores e de equipes de saúde, a fim de se criarem ambientes de trabalho que colaborem na manutenção e promoção da saúde mental dos ACS. Diante disso, foi realizada a Semana do ACS em parceria com a secretaria de saúde do município. Em cada dia da semana foi abordado um tema e um deles dedicou-se aos aspectos da saúde mental e o quanto impacta na saúde física destes profissionais. Uma página nas redes sociais foi criada para atingir esta população a fim de orientações quanto aos cuidados com a saúde mental destes trabalhadores.

### CONCLUSÃO

O estudo verificou uma alta prevalência de sintomas depressivos entre agentes comunitários de saúde. O sexo feminino, tempo de trabalho como agentes comunitários de saúde acima de seis anos e a insatisfação no trabalho foram fatores associados aos sintomas de depressão entre esse grupo populacional. Pode-se observar que ser religioso ficou associado como fator de proteção. A presente pesquisa aponta dados de uma população que não foi previamente estudada na região norte de Minas Gerais, sendo assim, acrescenta informações relevantes sobre as condições laborais destes profissionais.

---

#### Agradecimentos:

Nada declarado.

---

#### Conflito de Interesses:

Nada declarado.

---

#### Financiamento:

Nada declarado.

---

### REFERÊNCIAS

- Alonso, C., Béguin, P., & Duarte, F. (2018). Work of community health agents in the family health strategy: Meta-synthesis. *Rev Saúde Pública*, 52(14). <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395>
- Barbosa, K., Vieira, K., Alves, E., & Virgínio, N. (2012). Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2(3), 515–522. <https://doi.org/10.5902/217976925910>
- Barros, M., Lima, M., Azevedo, R., Medina, L., Lopes, C., Menezes, P., & Malta, D. (2017). Depression and health behaviors in Brazilian adults - PNS 2013. *Rev. Saúde Pública*, 51(Suppl 1), 8s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000084>
- Castro, T., Davoglio, R., Nascimento, A., Santos, K., Coelho, G., & Lima, K. (2017). Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. *Cad. Saúde Colet.*, 25(3), 294-301. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030190>
- da Silva, A., Lopes, C., Susser, E., & Menezes, P. (2016). Work-related depression in primary care teams in Brazil. *Am. J. Public Health*, 106(11), 1990-1997. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303342>
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* (London, England), 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Hou, L., Leung, P., Cheung, M., & Xu, Y. (2019). Religion affiliation and depression

- risk: factory workers working in hi-tech companies in Shanghai, China. *J Relig Health*, 58(2), 490-505. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00790-1>
- Kader Maideen, S. F., Sidik, S. M., Rampal, L., & Mukhtar, F. (2014). Prevalence, associated factors and predictors of depression among adults in the community of Selangor, Malaysia. *PLoS ONE*, 9(4):e95395. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095395>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Krug, S., Dubow, C., Santos, A. C., Dutra, B., Weigelt, L., & Alves, L. (2017). Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de agentes comunitários de saúde no sul do Brasil. *Trab Educ Saúde*, 15(3), 771-788. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00078>
- Lima, J., Queiroz, M., Lopes, G., & Santos, V. (2011). Promovendo a saúde mental dos agentes comunitários de saúde - oficina de depressão x bem-estar: um relato de experiência. In: XV Seminário de Iniciação Científica. *Anais*. Universidade Estadual de Feira de Santana.
- Martins, L., Laport, T., Menezes, V., Medeiros, P., & Ronzani, T. (2014). Esgotamento entre profissionais da atenção primária à saúde. *Ciê. Saúde Colet.*, 19(12), 4739-4750. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.03202013>
- Molina, N., Tavares, D., Haas, V., & Rodrigues, L. (2020). Religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida de idosos segundo a modelagem de equação estrutural. *Texto & Contexto Enferm.*, 29:e20180468. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0468>
- Moura, D., Leite, I., & Greco, R. (2020). Prevalência sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde. *Trab. Educ. Saúde*, 18(2): e0026395. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00263>
- Santos, A., Hoppe, A., & Krug, S. (2019). Agente comunitário de saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. *Physis (Rio J.)*, 28(4): e280403. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280403>
- Santos, I., Tavares, B., Munhoz, T., Almeida, L., Silva, N., Tams, B., Patella, A., & Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad. Saúde Pública*, 29(8), 1533-43. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>
- Shin, C., Kim, Y., Park, S., Yoon, S., Ko, Y., Kim, Y., Kim, S., Jeon, S. W., & Han C. (2017). Prevalence and associated factors of depression in general population of Korea: Results from the Korea national health and nutrition examination survey, 2014. *J Korean Med Sci.*, 32(11), 1861-1869. <https://doi.org/10.3346/jkms.2017.32.11.1861>
- Silva, E., Souza, C., Matos, R., Magalhães, D., Prates, J., Souza, A., Lima, A., & Botelho, B. (2020). Atuação do agente comunitário na promoção da saúde na atenção básica: revisão integrativa da literatura. *Braz J Hea Rev.*, 3(5), 14878-14893. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-279>
- Silva, S., Passos, S., & Souza, L. (2015). Associação entre religiosidade e saúde mental em pacientes com HIV. *Psicologia: Teoria e Prática*, 17(2), 36-51. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872015000200003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000200003&lng=pt&tlng=pt)
- Stopa, S., Malta, D., Oliveira, M., Lopes, C., Menezes, P., & Kinoshita, R. (2015). Prevalence of self-reported depression in Brazil: 2013 national health survey results. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 18(2 Suppl),

170-180. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060015>

Wong, C., Liang, J., Chan, M., Chan, Y., Chan, L., Wan, K., Ng, M., Chan, D., Wong, S., & Wong, M. (2014). Prevalence and psychosocial correlates of depressive symptoms in urban Chinese women during midlife. *PLoS ONE*, 9(11), e110877. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110877>.

World Health Organization (WHO) (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates 2017*. Geneva: WHO [cited 2021 Apr 11]. [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/)

World Health Organization (WHO) (2020). *Depression*. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 April 11]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>