



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00263

Prevalência de sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde

Prevalence of symptoms of depression among community health workers

Prevalencia de síntomas de depresión en agentes comunitarios de salud

Denise Cristina Alves de Moura¹  Isabel Cristina Gonçalves Leite² 
Rosangela Maria Greco³ 

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Juiz de Fora, Brasil. denisematipo@yahoo.com.br

² Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Juiz de Fora, Brasil. isabel.leite@ufjf.edu.br

³ Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica, Juiz de Fora, Brasil. romagreco@gmail.com

Resumo

Os agentes comunitários de saúde são imprescindíveis e considerados atores importantes para a organização do Sistema Único de Saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de sintomas de depressão relacionada aos fatores ocupacionais, sociodemográficos e de estilo de vida dos agentes. Realizou-se um estudo transversal com 400 agentes comunitários, por meio de entrevistas individuais em unidades básicas de saúde de um município situado em Minas Gerais, entre 2015 e 2017. A variável dependente foi a prevalência de sintomas de depressão (*Patient Health Questionnaire*), e as variáveis independentes foram estresse psicossocial no trabalho (modelo demanda-controle); apoio social; perfil socioeconômico e demográfico; autopercepção de saúde; atividade física; características e condições de trabalho; capacidade para o trabalho e qualidade de vida. A prevalência de sintomas depressivos entre os agentes foi de 20,6%. Na análise multivariada, a prevalência de depressão se associou à baixa ou moderada capacidade para o trabalho, ao baixo apoio social, às classes econômicas C, D e E e aos domínios físico e psicológico da qualidade de vida. Sugere-se a criação de espaços para discussão sobre saúde mental relacionada com o trabalho.

Palavras-chave saúde do trabalhador; agentes comunitários de saúde; transtorno depressivo; condições de trabalho.

Recebido: 04/09/2019
Aprovado: 05/11/2019

Como citar: MOURA, Denise C.A.; LEITE, Isabel C.G.; GRECO, Rosangela M. Prevalência de sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. V.18, n.2, 2020, e0026395. DOI 10.1590/1981-7746-sol00263



Abstract

Community health workers are indispensable, and they are considered important actors in the organization of the Unified Health System. The present study had the goal of evaluating the prevalence of symptoms of depression related to the occupational, sociodemographic and lifestyle factors of the workers. We performed a cross-sectional study with 400 community health workers through individual interviews in basic health units of a municipality of the state of Minas Gerais, Brazil, between 2015 and 2017. The dependent variable was the prevalence of symptoms of depression (Patient Health Questionnaire), and the independent variables were psychosocial stress at work (demand-control model); social support; socioeconomic and demographic profile; self-perception of health; physical activity; labor characteristics and conditions; ability to work; and quality of life. The prevalence of symptoms of depression among the workers was of 20.6%. In the multivariate analysis, the prevalence of depression was associated with low or moderate ability to work, low social support, the upper, middle and lower strata of the lower class, and to the physical and psychological domains of quality of life. We suggest the creation of spaces to discuss mental health related to work.

Keywords health of the worker; community health workers; depressive disorder; working conditions.

Resumen

Los agentes comunitarios de salud son imprescindibles, y son considerados actores importantes para la organización del Sistema Único de Salud. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de síntomas de depresión relacionada a los factores laborales, sociodemográficos y de estilo de vida de los agentes. Realizamos un estudio transversal con 400 agentes comunitarios, por medio de entrevistas individuales en unidades básicas de salud de un municipio situado en el estado de Minas Gerais, Brasil, entre 2015 y 2017. La variable dependiente fue la prevalencia de síntomas de depresión (*Patient Health Questionnaire*), y las variables independientes fueron estrés psicosocial en el trabajo (modelo de demanda-control); apoyo social; perfil socioeconómico y demográfico; autopercepción de la salud; actividad física; características y condiciones laborales; capacidad para el trabajo; y calidad de vida. La prevalencia de síntomas depresivos entre los agentes fue de 20,6%. En el análisis multivariado, la prevalencia de depresión estuvo asociada a baja o moderada capacidad para el trabajo, a bajo apoyo social, a los tres estratos de la clase económica baja, y a los dominios físico y psicológico de la calidad de vida. Sugerimos la creación de espacios para la discusión sobre salud mental relacionada al trabajo.

Palabras clave salud del trabajador; agentes comunitarios de salud; trastorno depresivo; condiciones laborales.

Introdução

No Brasil, o modelo oficial de atenção à saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema integrado e gratuito que desenvolve ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, garantindo esse direito a todos os cidadãos brasileiros (Castro et al., 2019; Brasil, 2017a).

A atenção primária à saúde (APS) contribui para a concretização do SUS, cujo objetivo e desafio são fornecer à população acesso universal e serviços abrangentes, ordenar e ampliar a cobertura para níveis mais complexos de cuidado e assistência integral à saúde presente em todo o sistema, utilizando informação científica e tecnologias. Para isso, faz uso de estratégias organizacionais, a exemplo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), que têm por finalidade reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS (Giovannella e Almeida, 2017; Paim et al., 2011).

Para a implementação de suas ações, a APS conta com diversos profissionais, tais como: médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACSs), cirurgiões-dentistas, auxiliares ou técnicos em saúde bucal, entre outros, de acordo com as necessidades epidemiológicas e de saúde da população (Brasil, 2017b).

Entre os trabalhadores da APS, destacam-se os ACSs, que desenvolvem uma variedade de ações em diversos cenários geográficos e culturais. A posição que ocupam de mediadores entre a comunidade e a

equipe de saúde é estratégica, o que favorece a sua integração. Destacam-se entre suas funções: facilitar o acesso dos usuários à unidade de saúde; cadastrar famílias; identificar condições de risco; desenvolver ações de vigilância e educação em saúde e realizar atividades em grupos (Samudio et al., 2017).

Além das demandas inerentes à atenção integral das necessidades de saúde da população, os ACSs enfrentam muitos desafios no seu processo de trabalho, como a falta de limites em suas atribuições, debilidade na formação profissional, burocratização e condições precárias de trabalho. Tais condições são representadas por jornadas de trabalho que excedem a carga horária contratada; atendimento de famílias em número superior ao preconizado; trabalho insalubre; baixa remuneração; precariedade do sistema; além do pouco reconhecimento do seu trabalho por parte de gestores, equipe e usuários, o que pode gerar sofrimento e adoecimento desses trabalhadores (Alonso, Béguin e Duarte, 2018). A precarização, a desvalorização e outras condições de trabalho degradantes podem trazer impactos negativos na saúde do trabalhador e ter como consequência o aumento do índice de afastamentos por doenças psíquicas (Melo, Cavalcante e Façanha, 2019).

No que diz respeito ao adoecimento, a depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes e uma das principais causas de incapacidade laborativa, e pode levar ao surgimento de várias comorbidades. Além disso, é um importante fator de risco para o suicídio, particularmente preocupante, uma vez que grupos economicamente ativos são mais vulneráveis (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018; Barbosa et al., 2012).

Estudos anteriores têm mostrado adoecimento e sofrimento dos ACSs em razão das atividades desenvolvidas em seu trabalho (Alonso, Béguin e Duarte, 2018; Silva et al., 2016; Universidade Federal da Bahia, 2015). Diante do exposto, esta pesquisa se justifica diante da importância desses trabalhadores para a organização do sistema de saúde, por serem atores imprescindíveis para o SUS. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de sintomas de depressão relacionada aos fatores ocupacionais, sociodemográficos e de estilo de vida dos ACSs.

Método

Tratou-se de um estudo transversal, realizado com ACSs de um município do estado de Minas Gerais, Brasil. Este estudo foi realizado em todas as 43 unidades básicas de saúde (UBSs) que contavam com a presença de ACS.

Foram incluídos os ACSs que estavam em exercício ativo da função durante o período de coleta de dados, realizada nos anos de 2015 e 2017 no município, e que aceitaram o convite de participar do estudo. Excluíram-se os ACSs que estavam afastados do trabalho por motivo de licença durante todo o período de coleta de dados e os que se encontravam desviados de função. Foram consideradas perdidas os funcionários não encontrados no seu local de trabalho após três tentativas. Dos 500 ACSs que inicialmente integravam a população de estudo, após as exclusões, recusas e perdas, participaram 400 (80%) da população de estudo.

A coleta dos dados foi realizada por meio de abordagem individual nas UBSs. As entrevistas foram agendadas previamente, de acordo com a disponibilidade dos ACSs, dos pesquisadores e a concordância do gerente da unidade, e realizadas em uma sala da própria UBS em que o trabalhador desempenhava suas atividades. A equipe de coleta de dados foi composta por alunos do mestrado e do doutorado em Saúde Coletiva e em Enfermagem de uma universidade pública. Alunos bolsistas e voluntários da graduação também contribuíram para a coleta de dados.

Os dados foram coletados em dois momentos: o primeiro entre os meses de julho e outubro de 2015, e a segunda etapa, de outubro de 2016 a fevereiro de 2017. Na primeira etapa, realizou-se a pesquisa com uma amostra da população; no entanto, percebeu-se a importância de os demais ACSs da cidade serem incluídos, assim optou-se pela continuidade da coleta de dados com toda a população de ACSs do município, caracterizando-se como um delineamento censitário.

O questionário utilizado para a coleta de dados da presente pesquisa foi inserido no aplicativo *Open Data Kit* (ODK). Este aplicativo é um conjunto de ferramentas gratuitas, composto por três programas: um para inserção do formulário de coleta de dados, um para a coleta dos dados propriamente dita e um programa para o armazenamento (Open Data Kit, 2018). O uso desse aplicativo viabilizou a coleta de dados, pois os dados foram digitados de forma imediata pelo pesquisador, eliminando o uso de papéis, o que reduziu o tempo da pesquisa e evitou viés de digitação durante a sua transcrição.

A variável dependente deste estudo foi a prevalência de sintomas de depressão, avaliada por meio do *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). A validade desse instrumento foi realizada por Kroenke, Spitzer e Williams (2001). No Brasil, Osório e colaboradores (2009) realizaram a validação. O Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9) é um instrumento breve para avaliação, diagnóstico e monitoramento de transtorno depressivo (Baader et al., 2012). Esse instrumento é composto por nove questões, em que para cada uma há quatro possíveis respostas: 0 – nenhuma vez; 1 – vários dias; 2 – mais da metade dos dias; 3 – quase todos os dias. Com base nas respostas, é possível medir-se a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas (Santos et al., 2013; Kroenke, Spitzer e Williams, 2001). Para estimar como indicador positivo de depressão maior, considerou-se como ponto de corte valor maior ou igual a 10, indicando depressão maior presente ou ausente (Kroenke, Spitzer e Williams, 2001).

Para as variáveis independentes, utilizou-se um questionário estruturado, contendo as seguintes questões sociodemográficas: idade; sexo; escolaridade; raça; situação conjugal; número de filhos e a classe econômica de acordo com o critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, classificação de 2014 (Abep, 2014).

Para a percepção de saúde, utilizou-se a questão: “De modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?” As opções de resposta foram: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim. As respostas foram dicotomizadas em dois grupos para a análise bivariada/multivariada muito bom/bom e regular/ruim/muito ruim.

Utilizou-se o Questionário Internacional de Atividade Física *short form* (IPAQ-curto) para classificar o nível de atividade física. O questionário é composto por oito questões que permitem estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, além da caminhada, em diferentes contextos do cotidiano, como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer. O questionário foi validado para a população brasileira (Matsudo et al., 2001; Pardini et al., 2001; Benedetti et al., 2007).

Para o cálculo do IPAQ-curto, utilizou-se a soma da duração (em minutos) e frequência (dias) de caminhada e atividades de intensidade moderada e vigorosa, conforme orientação das diretrizes para o processamento e análise de dados do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ, 2005). Assim, os indivíduos foram classificados em três níveis de atividade física: baixo, moderado e alto. No presente estudo, essas variáveis foram agrupadas na análise bivariada e multivariada em nível de atividade física baixo/moderado e alto.

Para analisar a qualidade de vida, utilizou-se o instrumento do grupo World Health Organization Quality of Life (Whoqol-Bref), elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (The Whoqol Group, 1998). Ele é constituído por 26 perguntas, em que as perguntas número um e dois versam sobre a qualidade de vida em geral. Sem considerar as duas primeiras questões, o instrumento tem 24 facetas, as quais compõem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O instrumento fornece o perfil da qualidade de vida conforme os escores alcançados nos quatro domínios, que variam de 0 a 100; quanto mais próximo de 100, melhor é avaliada a qualidade de vida (Fleck et al., 2000; The Whoqol Group, 1998).

As questões referentes às características e condições de trabalho levantadas foram: número de empregos; carga horária semanal; acidente de trabalho no último ano; tempo de trabalho na APS; trabalho noturno e questões sobre as demandas psicológicas, controle do processo de trabalho e apoio social. Para tanto, utilizou-se a versão brasileira da escala sueca demanda-controle-apoio social no trabalho. O modelo demanda-controle (MDC) resumido possui 17 questões previamente validadas para a língua portuguesa

do Brasil e contém cinco questões para avaliar demanda psicológica, seis para avaliar controle e seis para apoio social (Alves et al., 2004; Karasek e Theorell, 1990; Johnson e Hall, 1988).

Para avaliar as exigências do trabalho, utilizou-se o índice de capacidade para o trabalho (ICT), que foi traduzido, adaptado e validado para o Brasil. O instrumento do ICT é composto por 73 questões, e o índice de cada indivíduo varia de um escore de 7 a 49 pontos e é determinado com base nas respostas dadas às várias questões sobre as exigências físicas e mentais do trabalho, o estado de saúde e os recursos do trabalhador (Martinez, Latorre e Fischer, 2010; Tuomi et al., 2005).

De acordo com a pontuação recebida, a capacidade para o trabalho de cada pessoa é classificada da seguinte forma: de 7 a 27 pontos é considerada baixa capacidade para o trabalho; de 28 a 36 pontos, moderada; de 37 a 43 pontos, boa; e de 44 a 49 pontos, ótima. No presente estudo, o ICT foi dicotomizado em: baixa/moderada e boa/ótima capacidade para o trabalho (Martinez, Latorre e Fischer, 2010; Tuomi et al., 2005).

Os dados foram tratados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 15. Para avaliar a associação da prevalência de sintomas de depressão com as variáveis ocupacionais, sociodemográficas e de estilo de vida, utilizaram-se os testes estatísticos do qui-quadrado e exato de Fisher na análise bivariada.

As variáveis que apresentaram significância estatística igual ou inferior a 0,2 ($p < 0,20$) foram inseridas no modelo múltiplo, e aquelas que não apresentaram significância estatística foram retiradas do modelo final para melhor ajustá-lo. Na análise multivariada, calculou-se a razão de prevalência (RP) ajustada pela regressão de Poisson com estimador robusto, com os respectivos intervalos de confiança, e considerou-se associação significativa entre as variáveis estudadas quando $p \leq 0,05$.

Foi realizado o teste de colinearidade das variáveis independentes, com valor de referência de 0,600 do coeficiente de correlação de Spearman, e não se encontrou nenhuma correlação positiva forte e significativa que pudesse enviesar as análises.

A pesquisa mais ampla da qual este estudo faz parte, já mencionada anteriormente, foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer 932.706 em 14 de janeiro de 2015. Os ACSs participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, foram atendidos os princípios da resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e suas normativas complementares, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

Resultados e discussão

A população deste estudo foi composta por 91,2% de mulheres, com média de idade de 46 anos (desvio-padrão 10,2 anos e variabilidade de 25 a 73 anos); 53,6% eram da cor de pele/raça não branca e 64,5% possuíam dois filhos ou mais. Quanto ao grau de escolaridade, 79,2% tinham ensino fundamental e médio completo e, no que se refere ao estado civil, 57,6% eram casadas ou viviam em união estável. A classificação econômica mostrou que 52,2% dos ACSs pertenciam às classes A1, A2, B1 e B2. A autopercepção de saúde foi referida por 79% dos participantes como muito boa ou boa, e 62,7% foram classificados com alto nível de atividade física de acordo com o IPAQ. A prevalência de sinais e sintomas de depressão foi observada em 20,6% dos ACSs e esteve associada na análise bivariada às seguintes variáveis socioeconômicas e de saúde: classe econômica ($p=0,095$) e percepção de saúde ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Associação entre as variáveis socioeconômicas relacionadas à saúde e a prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, MG, 2015-2017 (n=400)

Variáveis	Depressão maior presente		Depressão maior ausente		valor de p*
	n	%	n	%	
Idade					
Mais de 46 anos	39	47,6	156	49,4	0,771
Até 46 anos	43	52,4	160	50,6	
Total	82	100	316	100	perdas=2
Sexo					
Feminino	77	93,9	286	90,5	0,333
Masculino	5	6,1	30	9,5	
Total	82	100	316	100	perdas=2
Escolaridade					
Ensino Fund. e Médio	59	79,7	233	79,0	0,888
Ensino Superior	15	20,3	62	21,0	
Total	74	100	295	100	perdas=31
Raça					
Não branca	41	50,0	172	54,4	0,474
Branca	41	50,0	144	45,6	
Total	82	100	316	100	perdas=2
Situação conjugal					
Não casados	38	46,3	130	41,1	0,395
Casados/em união	44	53,7	186	58,9	
Total	82	100	316	100	perdas=2
Número filhos					
Um	22	34,9	88	35,8	0,900
Dois ou mais	41	65,1	158	64,2	
Total	63	100	246	100	perdas=1

>>

Tabela 1 – Associação entre as variáveis socioeconômicas relacionadas à saúde e a prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, MG, 2015-2017 (n=400) . (continuação)

Variáveis	Depressão maior presente		Depressão maior ausente		valor de p*
	n	%	n	%	
Classe econômica					
C1, C2, D, E	32	39,5	145	50,0	0,095
A1, A2, B1, B2	49	60,5	145	50,0	
Total	81	100	290	100	perdas=29
Percepção saúde					
Regular/ruim/muito ruim	35	42,7	49	15,5	<0,001
Muito boa/boa	47	57,3	268	84,5	
Total	82	100	317	100	perdas=1
Atividade física					
Baixo/moderado	29	35,4	119	37,7	0,702
Alto	53	64,6	197	62,3	
Total	82	100	316	100	perdas=2

Obs.: diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

*Qui-quadrado.

Fonte: As autoras.

Quanto às características e condições de trabalho, 87,3% dos ACSs possuíam um emprego; 84,3% trabalhavam até quarenta horas semanais; 91,5% referiram que não sofreram acidente de trabalho nos últimos 12 meses; 63,4% trabalhavam na APS há mais de dez anos; e 87,8% não trabalhavam à noite. Em relação ao modelo demanda-controle, houve predomínio do trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle) para 32,5% dos ACSs, que é o grupo de exposição para o estresse psicossocial no trabalho, seguido pelo trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) para 31,8% dos ACSs. Esta é a segunda combinação mais danosa para a saúde do trabalhador.

Entre os ACSs, 70,1% apresentaram alto apoio social no trabalho, e 53,0% boa ou ótima capacidade para o trabalho. A prevalência de sinais e sintomas de depressão esteve associada, na análise bivariada, com as seguintes variáveis ocupacionais: modelo demanda-controle ($p=0,002$), índice de capacidade para o trabalho ($p<0,001$) e apoio social ($p=0,011$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Associação entre as variáveis ocupacionais e a prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, MG, 2015-2017 (n=400)

Variáveis	Depressão maior presente		Depressão maior ausente		valor de p*
	n	%	n	%	
Modelo demanda controle					
Alta exigência	39	47,6	90	28,4	0,002
Trabalho passivo	24	29,3	103	32,5	
Trabalho ativo	13	15,8	57	18,0	
Baixa exigência	6	7,3	67	21,1	
Total	82	100	317	100	perdas=1

>>

Tabela 2 – Associação entre as variáveis ocupacionais e a prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, MG, 2015-2017 (n=400) - (continuação)

Variáveis	Depressão maior presente		Depressão maior ausente		valor de p*
	n	%	n	%	
Capacidade para o trabalho					<0,001
Baixo/moderado	66	80,5	120	38,1	
Bom/ótimo	16	19,5	195	61,9	
Total	82	100	315	100	perdas=3
Apoio social					
Baixo	34	41,5	85	27,0	0,011
Alto	48	58,5	230	73,0	
Total	82	100	315	100	perdas=3
N. de empregos					
Dois ou mais	11	13,4	40	12,6	0,847
Um	71	86,6	277	87,4	
Total	82	100	317	100	perdas=1
Carga horária semanal					
Mais de 40 horas	12	14,6	51	16,1	
Até 40 horas	70	85,4	266	79,4	0,748
Total	82	100	317	100	perdas=1
Acidente de trabalho últimos 12 meses					
Sim	9	11,0	25	7,9	0,372
Não	73	89,0	292	92,1	
Total	82	100	317	100	perdas=1
Tempo trab. atenção primária à saúde					0,421
Mais de 10 anos	49	59,8	204	64,6	
Até 10 anos	33	40,2	112	35,4	
Total	82	100	316	100	perdas=2
Carga horária semanal					0,979
Sim	10	12,2	39	12,3	
Não	72	87,8	278	87,7	
Total	82	100	317	100	perdas=1

Obs.: diferenças nos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis.

*Qui-quadrado.

Fonte: As autoras.

Por meio da razão de prevalência bruta, observou-se que a prevalência de sintomas depressivos foi mais frequente em ACSs com trabalhos de alta exigência (RP=3,69; IC 95% 1,63 – 8,27) ($p<0,001$); que possuíam percepção de saúde ruim (RP=2,79; IC 95% 1,94 – 4,02) ($p<0,001$); com baixa ou moderada capacidade para o trabalho (RP=4,68; IC 95% 2,81 – 7,79) ($p<0,001$); com baixo apoio social (RP=1,65; IC 95% 1,13 – 2,43) ($p=0,011$) e pertencentes às classes econômicas C, D e E (RP=0,72; IC 95% 0,48 – 1,06) ($p=0,095$) (Tabela 3).

As variáveis que permaneceram associadas à prevalência de sinais e sintomas de depressão no modelo múltiplo, de acordo com a razão de prevalência ajustada pela regressão de Poisson, foram: baixa capacidade para o trabalho (RPajustada=1,11; IC 95% 1,04 – 1,19) ($p=0,002$); baixo apoio social (RPajustada=1,08; IC 95% 1,01-1,15) ($p=0,020$) e classes econômicas C, D e E (RPajustada=0,94; IC 95% 0,88 – 0,99) ($p=0,038$). Portanto, ter baixa capacidade para o trabalho e baixo apoio social configurou-se como fator de risco para a prevalência de sinais e sintomas de depressão, e pertencer às classes econômicas C, D e E foi fator de proteção para o desfecho estudado (Tabela 3).

Vale salientar que as variáveis do modelo demanda-controle (MDC) se associaram à variável do PHQ-9 na análise bivariada. Porém, na análise multivariada (regressão de Poisson), as variáveis do MDC perderam a significância estatística e não houve melhora no ajuste do modelo. Dessa forma, não foram incluídas no modelo final.

Tabela 3 – Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, MG, 2015-2017 (n=400)

Categorias	Razão de prevalência bruta*	valor de p	Razão de prevalência ajustada**	valor de p
Modelo demanda controle				
Alta exigência	3,69 (1,63 – 8,27)	$p<0,001$	1,09 (1,00 – 1,18)	$p=0,036$
Trabalho passivo	2,29 (0,99 – 5,36)	$p=0,042$	1,07 (0,99 – 1,15)	$p=0,087$
Trabalho ativo	2,26 (0,91 – 5,61)	$p=0,068$	1,06 (0,97 – 1,16)	$p=0,182$
Baixa exigência	1		1	
Percepção de saúde				
Ruim	2,79 (1,94 – 4,02)	$p<0,001$	1,08 (0,99 – 1,17)	$p=0,075$
Boa	1		1	
Apoio social				
Baixo	1,65 (1,13 – 2,43)	$p=0,011$	1,08 (1,01 – 1,15)	$p=0,020$
Alto	1		1	
Classe econômica				
Classes C, D, E	0,72 (0,48 – 1,06)	$p=0,095$	0,94 (0,88 – 0,99)	$p=0,038$
Classes A, B	1		1	

*Qui-quadrado.

**Regressão de Poisson.

Fonte: As autoras.

Em relação à qualidade de vida, os domínios que apresentaram maiores médias foram o psicológico (71,72), seguido do domínio relações sociais (71,17). Quando associado à prevalência de sinais e sintomas de depressão, o domínio relações sociais apresentou maior média (63,84; IC 95% 60,55-67,12). Após a análise múltipla por regressão de Poisson, os domínios da qualidade de vida que se associaram à prevalência de sinais e sintomas de depressão foram o físico (RPajustada=0,99; IC 0,99-1,00) ($p=0,032$)

e o psicológico (RPajustada=0,99; IC 95% 0,98-0,99) ($p<0,001$), sendo que ambos se comportaram como fator de proteção para a prevalência de sinais e sintomas de depressão (Tabela 4).

Tabela 4 – Variáveis da qualidade de vida associadas à prevalência de sinais e sintomas de depressão. Juiz de Fora, MG, 2015-2017 (n=400)

Qualidade de vida	Média	DP	Depressão maior presente Média e IC 95%	Depressão maior ausente Média e IC 95%	RP ajustada*	valor de p
Físico	68,31	15,87	53,90(50,54–57,25)	72,05(70,52–73,57)	0,99 (0,99 – 1,00)	0,032
Psicológico	71,72	13,50	58,36(55,07–61,65)	75,20(74,01–76,38)	0,99 (0,98 – 0,99)	<0,001
Relações sociais	71,17	14,87	63,84(60,55–67,12)	73,07(71,48–74,65)	1,00 (0,99–1,00)	0,364
Meio ambiente	57,40	12,24	50,84(48,05–53,62)	59,15(57,87–60,43)	1,00(0,99–1,00)	0,830

Nota: desvio-padrão (DP); razão de prevalência (RP); intervalo de confiança (IC).

*Regressão de Poisson.

Fonte: As autoras.

Tendência da feminização da força de trabalho em saúde

No presente estudo, houve predomínio de mulheres (91,2%) entre os ACSs, representando a tendência da feminização da força de trabalho em saúde, que também é encontrada entre outras profissões, como a enfermagem. Tal perfil tem relação com a função de cuidadora historicamente desempenhada pela mulher na sociedade (Krug et al., 2017; Baptistini e Figueiredo, 2014).

Apesar da preponderância do sexo feminino entre os ACSs, não houve associação estatisticamente significativa da variável sexo com a prevalência de sintomas de depressão no presente estudo, embora a literatura evidencie que a doença predomina entre as mulheres tanto no Brasil quanto no mundo. A depressão é considerada um dos transtornos mentais mais frequentes e uma das principais causas de incapacidade, impactando na carga global de doenças (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018; Munhoz et al., 2016).

As diferenças de gênero são muito importantes quando se analisa a relação entre saúde mental e trabalho, uma vez que as mulheres, além de serem mais expostas a riscos psicossociais oriundos da organização laboral, estão expostas a jornadas duplas de trabalho provenientes de tarefas domésticas e de cuidados (Ansoleaga, Vézina e Montaña, 2014).

A prevalência de depressão entre os ACSs no presente estudo foi de 20,6%, resultado semelhante aos encontrados em outras pesquisas nacionais que avaliaram o mesmo desfecho. Em um estudo desenvolvido em São Paulo com 2.940 trabalhadores de saúde da APS, a prevalência de provável depressão maior entre os ACSs foi de 18%. Nesse estudo, os ACSs foram os profissionais mais propensos a apresentarem sintomas depressivos e provável depressão maior quando comparados aos médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem (Silva et al., 2016). Em outro estudo realizado com trabalhadores da saúde no Sul do Brasil, a prevalência de depressão nos ACSs foi de 29,0% (Knuth et al., 2015).

Alguns aspectos da organização do processo de trabalho dos ACSs podem explicar a maior prevalência de depressão: indefinição das suas atribuições profissionais, discrepâncias entre o trabalho prescrito e o real, sobrecarga de trabalho, insatisfação, escassez de materiais e insumos, desgaste físico, contato frequente com condições de doença, baixa remuneração, dificuldades na implementação de ações coletivas e o fato de trabalharem e residirem na mesma comunidade, gerando desconforto devido

ao seu envolvimento. Essa conjuntura, aliada às demandas dos usuários, pode desencadear desgaste e adoecimento, assim merece atenção especial dos gestores de saúde e do poder público (Alonso, Béguin e Duarte, 2018; Krug et al., 2017; Costa et al., 2012).

Nesse sentido, é de fundamental importância o desenvolvimento de ações direcionadas a mudanças na organização do processo de trabalho dos ACSs, com a finalidade de promover o bem-estar e prevenir o adoecimento, além de possibilitar a esses profissionais mais autonomia, cogestão de seu trabalho e condições laborais adequadas (Krug et al., 2017).

No presente estudo, a prevalência de sinais e sintomas de depressão esteve associada, na análise bivariada, com as variáveis: modelo demanda-controle, índice de capacidade para o trabalho e apoio social.

Ao identificar a prevalência de depressão entre os ACSs e quais fatores de risco estão associados, torna-se possível direcionar estratégias para melhorar as condições de saúde e os processos de trabalho. Dessa forma, são necessárias ações de prevenção em relação ao estresse psicossocial no trabalho, à capacidade para o trabalho moderada e baixa e ao baixo apoio social. Além disso, fica evidente a importância da abordagem dos problemas de saúde mental no ambiente de trabalho.

As variáveis que permaneceram associadas à prevalência de sinais e sintomas de depressão no modelo múltiplo foram baixa capacidade para o trabalho, baixo apoio social e as classes econômicas C, D e E. Os resultados mostraram que ter baixa capacidade para o trabalho e baixo apoio social configurou-se como fator de risco para a prevalência de sinais e sintomas de depressão, e pertencer às classes econômicas C, D e E foi fator de proteção para o desfecho estudado.

A associação entre a capacidade para o trabalho e os sintomas depressivos também foi evidenciada em estudo desenvolvido por Castro e colaboradores (2018), no qual a pior capacidade para o trabalho foi encontrada entre aqueles que avaliaram a sua saúde atual como ruim e que tiveram depressão.

Em estudo realizado em Uberaba, Minas Gerais, verificou-se que a variável relacionada à saúde mental, a qual avalia sentimentos como depressão, nervosismo, felicidade e paz, apresentou associação significativa com a diminuição da capacidade para o trabalho entre os ACSs (Paula et al., 2015).

A depressão tem sido considerada um problema mundial de saúde pública e a principal enfermidade na carga global de doenças no mundo. Nos dias atuais, é uma das causas principais de incapacidade e afastamentos do trabalho, provoca repercussões sociais e econômicas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018; Knuth et al., 2015).

No Brasil, estimou-se que 7,6% dos indivíduos maiores de 18 anos de idade receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, representando 11,2 milhões de pessoas, o que mostra a sua grande magnitude. Nas regiões Sul e Sudeste, tais percentuais são maiores que o nacional: 12,6% e 8,4%, respectivamente. Já em Minas Gerais, esse percentual foi de 11,1%, ocupando a quarta maior prevalência entre todos os estados (Stopa et al., 2015; IBGE, 2014).

No presente estudo, em relação ao apoio social, os ACSs que apresentaram baixo apoio social, advindo de colegas e chefias, tiveram mais chance de apresentar sintomas depressivos se comparados àqueles com alto apoio social. Essa relação também é corroborada por outros autores, como Ansoleaga, Vézina e Montaña (2014), que avaliaram os sintomas depressivos associados com fatores de risco ocupacionais e psicossociais, segundo o sexo, e verificaram que mulheres com baixo apoio social no trabalho apresentaram chance maior de sintomas depressivos.

Os sintomas depressivos e provável depressão maior também foram associados ao fato de se ter um trabalho com baixo apoio social, em estudo desenvolvido com profissionais da APS, no qual os ACSs apresentaram maior prevalência de depressão (Silva et al., 2016). O apoio social no trabalho está relacionado à interação entre colegas e chefias para a realização das atividades, podendo contribuir para a diminuição do desgaste do trabalhador e dos riscos à saúde, além de ser um recurso importante no processo de enfrentamento das situações adversas. Por sua vez, o baixo apoio social pode impactar

negativamente a saúde do trabalhador e levar ao adoecimento (Mattos, Araújo e Almeida, 2017; Alves et al., 2004; Johnson e Hall, 1988).

No estudo aqui apresentado, pertencer às classes econômicas C, D e E foi fator de proteção para depressão. No entanto, resultados divergentes foram encontrados por Molina e colaboradores (2012), em que indivíduos pertencentes às classes econômicas D e E, segundo a Abep, estavam mais deprimidos do que os indivíduos pertencentes às outras classes econômicas, e por Gonçalves e colaboradores (2018), que apontaram que ter baixa renda se associou a maior risco de apresentar depressão. Os fatores socioeconômicos estão fortemente relacionados à depressão, corroborando o pressuposto de que as condições de vida e as condições sociais inadequadas são determinantes no desenvolvimento das doenças (Gonçalves et al., 2018; Molina et al., 2012).

Os domínios da qualidade de vida que se associaram à prevalência de sinais e sintomas de depressão foram o físico e o psicológico, e ambos se comportaram como fatores de proteção para o desfecho estudado.

Vale destacar que o domínio físico é composto por questões referentes a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamento e capacidade para o trabalho. Já o domínio psicológico é constituído por questões relacionadas a sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais (Fleck et al., 2000; The Whoqol Group, 1998).

Os aspectos que compõem tais domínios da qualidade de vida têm forte relação com os sintomas de depressão, uma vez que esta remete à falta de ânimo e ao pessimismo, prejudica a autoestima, o interesse pelo mundo externo e a atividade sexual. Muitas vezes leva a sentimentos autopunitivos e descrença nas capacidades individuais. A atenção, a concentração e a memória podem ser afetadas devido a pensamentos constantes relativos a problemas e preocupações extremas (Barbosa et al., 2012). Essa relação pode explicar a associação entre essas variáveis e o comportamento protetor dos domínios físico e psicológico da qualidade de vida em ACSs com depressão.

Na literatura científica, existem evidências de que a depressão está associada a pior qualidade de vida, de modo que há uma relação inversa entre percepção de qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos. Por exemplo, a percepção de um baixo nível de qualidade de vida é encontrada em indivíduos com altos níveis de sintomas depressivos. Nesse sentido, a melhora ou a redução nos sintomas da depressão proporcionaria uma melhora na qualidade de vida (Briganti et al., 2019; Zanoveli et al., 2016; Lopez et al., 2011).

Deve-se destacar que as prevalências observadas de depressão entre os ACSs ameaçam a sustentabilidade dos programas de APS, gerando impactos na saúde pública. Dessa forma, torna-se imperativa a assistência adequada a esses trabalhadores com depressão, de modo que as medidas preventivas, o diagnóstico, o controle dos fatores de risco e o acesso ao tratamento sejam garantidos. Além disso, é fundamental que haja capacitação dos gerentes para fornecer *feedback* e a implementação de estratégias para incentivar a autonomia e o apoio social no trabalho dos ACSs (Silva et al., 2016).

Considerações finais

O estudo aqui apresentado permitiu identificar a prevalência de sintomas de depressão associados às variáveis ocupacionais, sociodemográficas e de estilo de vida dos ACSs. Na análise multivariada, a prevalência de depressão se associou a baixa/moderada capacidade para o trabalho, ao baixo apoio social, às classes econômicas C, D e E e aos domínios físico e psicológico da qualidade de vida. Assim, é possível concluir que o objetivo deste estudo foi alcançado.

Como limitação desta pesquisa, destaca-se o tipo de desenho utilizado, pois os estudos transversais não permitem estabelecer uma relação temporal entre os eventos, ou seja, não se pode dar às relações entre exposição-desfecho caráter de causalidade.

Além disso, é necessário cautela na extrapolação dos resultados para a população geral, tendo em vista que os ACSs deste estudo possuem condições de saúde, ocupacionais e de estilo de vida que podem não refletir a realidade da população brasileira, mas permitem a comparação com populações com características semelhantes. Entretanto, o presente estudo tem relevância por se tratar de uma pesquisa com toda a população de ACSs de um município, caracterizando-se como um censo, e a prevalência de depressão encontrada está coerente com a literatura sobre o assunto, o que legitima os resultados apresentados.

Diante dos resultados encontrados, sugere-se a criação de espaços e momentos para discussão das questões relacionadas à saúde mental e sua relação com o trabalho; incentivo para a formação continuada dos ACSs compatível com suas atribuições. Sugere-se, ainda, que os gestores e demais membros da equipe de saúde possibilitem a participação dos ACSs no planejamento e na tomada de decisão das questões relacionadas ao cotidiano da APS.

Ademais, é necessário que haja a valorização desses trabalhadores, essenciais para a consolidação da APS e do SUS. Deve-se priorizar, entre outros fatores, a garantia de um plano de carreira digno; o desenvolvimento de educação continuada; a disponibilidade de materiais de consumo e permanente adequados para as atividades realizadas; e ambientes de trabalho que promovam a saúde e a autonomia dos ACSs.

Informações do artigo

Contribuição de autoria

As autoras participaram igualmente de todas as fases de elaboração do manuscrito e aprovaram a versão final do artigo.

Financiamento

Denise Cristina Alves de Moura foi apoiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por meio de bolsa de doutorado.

Conflitos de interesses

Não houve conflitos de interesses na concepção deste trabalho.

Apresentação anterior

Este artigo integra a pesquisa *Trabalhadores da atenção primária à saúde: condições de trabalho e de vida*.

Referências

ALONSO, Carolina M. C.; BÉGUIN, Pascal D.; DUARTE, Francisco J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, n. 14, p. 1-13, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000395.pdf>. Acesso em: 4 maio 2019.

ALVES, Márcia G. M. et al. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 164-171, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19774.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

ANSOLEAGA, Elisa; VÉZINA, Michel; MONTAÑO, Rosa. Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de

Janeiro, v. 30, n. 1, p. 107-118, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00107.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de Classificação Econômica Brasil 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 4 out. 2019.

BAADER, Tomas M. et al. Validación y utilidade de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) em el diagnóstico de depresión em pacientes usuários de atención primaria em Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, Santiago, v. 50, n. 1, p. 10-22, 2012. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v50n1/art02.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BAPTISTINI, Renan A.; FIGUEIREDO, Tulio A. M. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. *Ambiente & Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 53-70, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v17n2/a05v17n2.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2019.

BARBOSA, Khivia K. S. et al. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 515-522, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5910/pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

BENEDETTI, Tânia R. B. et al. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 11-16, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v13n1/04.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria de consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 27 ago. 2019

BRASIL. Portaria n. 2.436, de 22 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, Nº 183, p. 68. 2017b.

BRIGANTI, Cauê P. et al. Association between diabetes mellitus and depressive symptoms in the Brazilian population. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 1-10, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/0034-8910-rsp-53-05.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2019.

CASTRO, Camila M. S. et al. Curso da vida e capacidade para o trabalho entre adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, p. 1-11, 2018. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52s2/pt_0034-8910-rsp-52-s2-S1518-87872018052000648.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.

CASTRO, Marcia C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, London, v. 394, n. 10.195, p. 345-356, 2019. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext)>. Acesso em: 25 ago. 2019.

COSTA, Marta. C. et al. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 134-140, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n3/18.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2018.

FLECK, Marcelo P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 34, v. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2019.v35n3/e00012219/PT>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

GONÇALVES, Angela M. C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 101-109, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v67n2/0047-2085-jbpsiq-67-2-0101.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (IPAQ). Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): short and long forms. nov. 2005. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWVpbnx0aGVpcGFxfGd4OjE0NDgxMDk3NDU1YWRIZTM>>. Acesso em: 6 out. 2019.

JOHNSON, Jeffrey V.; HALL, Ellen M. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 78, n. 10, p. 1.336-1.342, 1988. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1349434/pdf/amjph00249-0078.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

KARASEK, Robert A.; THEORELL, Tores. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.

KNUTH, Berenice S. et al. Mental disorders among health workers in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2.481-2.488, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2481.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2019.

KROENKE, Kurt; SPITZER, Robert L.; WILLIAMS, Janet B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, Alexandria, v. 16, p. 606-613, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495268/pdf/jgi_01114.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2018.

KRUG, Suzane B. F. et al. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de Agentes Comunitários de Saúde no sul do Brasil. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 771-788, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n3/1678-1007-tes-15-03-0771.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2019.

LOPEZ, Mariane R. A. et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 33 n. 2, p. 103-108, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n2/1338.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2019.

MARTINEZ, Maria C.; LATORRE, Maria R. D. O.; FISCHER, Frida M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1.553-1.561, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/067.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

MATSUDO Sandra et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001. Disponível em: <<http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931/1222>>. Acesso em: 17 fev. 2018.

MATTOS, Amália I. S.; ARAÚJO, Tânia M.; ALMEIDA, Maura M. G. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n. 48, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006446.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

MELO, Cynthia F.; CAVALCANTE, Ana K. S.; FAÇANHA, Kleidiane Q. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na rede de atenção à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020132, p. 1-21, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/0102-6909-tes-17-2-e0020132.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

MOLINA, Mariane R. A. L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Revista de psiquiatria clínica*, São Paulo, v. 39 n. 6, p. 194-197, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n6/03.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2019.

MUNHOZ, Tiago N. et al. A nationwide population-based study of depression in Brazil. *Journal of Affective Disorders*, Amsterdam, v. 192, p. 226-233, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26748738>>. Acesso em: 23 ago. 2019.

OPENDATAKIT. *OpenDataKit: The standard for mobile data collection*. Disponível em: <https://opendatakit.org/>. Acesso em: 25 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Folha informativa: depressão*. mar. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095>. Acesso em: 24 mar. 2019.

OSÓRIO, Flávia L. et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care*, Hillsdale, v. 45, p. 216-227, 2009. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>>. Acesso em: 23 fev. 2019.

PAIM, Jairnilson et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, London, 2011. (Saúde no Brasil, 1). Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

PARDINI, Renato et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ-versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, Brasília, v. 9, n. 3, p. 39-44, 2001. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/393-1620-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/393-1620-1-PB%20(3).pdf)>. Acesso em: 3 mar. 2018.

PAULA, Ítalo R. et al. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p.152-164, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0152.pdf>>. Acesso: 18 ago. 2019.

SAMUDIO, Jania L. P. et al. Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 745-769, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n3/1678-1007-tes-15-03-0745.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2019.

SANTOS, Iná S. et al. Sensibilidade e especificidade do patient health questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1.533-1.543, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a06.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

SILVA, Andréa T. C. et al. Work-related depression in primary care teams in Brazil. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 106, n. 11, p. 1.990-1.997, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5055765/pdf/AJPH.2016.303342.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

STOPA, Sheila R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, p. 170-180, dez. 2015. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00170.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2019.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, Cambridge, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9626712>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

TUOMI, Kaija et al. *Índice de capacidade para o trabalho*. São Carlos: EDUFSCAR; 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. *Avaliação do perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2015.

ZANOVELI, Janaina M. et al. Depression associated with diabetes: from pathophysiology to treatment. *Current Diabetes Reviews*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 165-178, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25981499>>. Acesso em: 12 ago. 2019.