

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Mariane Silveira Barbosa

**SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E FATORES
ASSOCIADOS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE MONTES
CLAROS - MINAS GERAIS**

Montes Claros - MG

2022

Mariane Silveira Barbosa

**SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS
EM AGENTES COMUNITÁRIOS DA SAÚDE DE MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de pesquisa: Epidemiologia e Vigilância em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa

Coorientadora: Prof^a. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito

Montes Claros - MG.

2022

B238s	<p>Barbosa, Mariane Silveira. Sintomas de ansiedade e depressão e fatores associados em Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros – Minas Gerais [manuscrito] / Mariane Silveira Barbosa. – Montes Claros, 2022. 107 f.: il.</p> <p>Inclui Bibliografia. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2022.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Luiza Augusta Rosa Rossi Barbosa. Coorientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito.</p> <p>1. Agente comunitário de Saúde. 2. Saúde do trabalhador. 3. Ansiedade. 4. Depressão. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Barbosa, Luiza Augusta Rosa Rossi. II. Brito, Maria Fernanda Santos Figueiredo. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.</p>
-------	---

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Antônio Alvimar Souza

Vice-Reitora: Ilva Ruas de Abreu

Pró-Reitora de Pesquisa: Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de Controle e Acompanhamento de Projetos: Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Maria Alice Ferreira dos Santos

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-Reitor de Pós-graduação: André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Marcos Flávio Silveira Vasconcelos

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Marcelo Perim Baldo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenadora: Josiane Santos Brant

Coordenador Adjunto: Antônio Prates Caldeira



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATA: MARIANE SILVEIRA BARBOSA

DATA: 30/06/2022

HORÁRIO: 14:00

TÍTULO DO TRABALHO: "SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE MONTES CLAROS – MINAS GERAIS"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

PROFª. DRª. LUIZA AUGUSTA ROSA ROSSI BARBOSA (ORIENTADORA)

Luiza Rossi

PROFª. DRª MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO (CO-ORIENTADORA)

Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito

PROF. DR. ELIE CHENIAUX JÚNIOR

Elie Cheniaux Junior

PROFª. DRª JOSIANE SANTOS BRANT ROCHA

Josiane Santos Brant Rocha

BANCA (SUPLENTES)

ASSINATURAS

PROFª. DRª APARECIDA ROSANGELA SILVEIRA

Aparecida Rosângela Silveira

PROFª DRª FERNANDA MARQUES DA COSTA

Fernanda Marques da Costa

APROVADO

REPROVADO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

<http://www.unimontes.br> / mestrado.cuidadosprimarios@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3229-8292

Av. Rui Braga, s/n, Vila Mauricéia - Montes Claros – MG, Brasil – Cep: 39401-089

AGRADECIMENTOS

A Deus por conceder-me sabedoria, discernimento e perseverança para trilhar esse caminho até o presente momento.

Agradeço aos meus pais, Edvaldo e Elma, e aos irmãos, Isabella e Edvaldo Jr., pelo apoio, pela torcida e pelo reconhecimento da minha trajetória profissional nesses longos anos.

Aos outros familiares e aos amigos pelos encontros e trocas durante todo esse período de intensa dedicação.

Ao Programa de Mestrado Profissional em Cuidado Primário de Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros pela oportunidade única de aprender com pesquisadores tão experientes, dedicados e capacitados.

À orientadora, Dra. Luiza Rossi, e à coorientadora, Dra. Maria Fernanda, agradeço muito por tanta paciência, disponibilidade, apoio e profissionalismo ao exercer o ato de ensinar por todos esses anos até a finalização da dissertação.

Gratidão aos professores do Programa pelo conhecimento compartilhado, pelas trocas de experiências e sugestões que melhoraram consideravelmente a escrita do trabalho.

Aos professores avaliadores da qualificação e da defesa, Dr. Elie Cheniaux, Dr. Antônio Caldeira, Dra. Aparecida Rosângela, Dra. Josiane, Dra. Lucineia e Dra. Fernanda, pelas considerações que contribuem muito para o aprendizado e aperfeiçoamento do estudo.

À professora Dra. Simone de Melo pela atenção e receptividade nos primeiros contatos com a pesquisa e o Programa de Mestrado Profissional em Cuidado Primário de Saúde da Unimontes.

Lembrarei-me com apreço dos momentos de aprendizado e das ricas discussões nos módulos com todos os colegas do mestrado, ainda que tenham ocorrido somente por via remota.

Reconheço a dedicação e o esforço dos alunos do Prociência, Júlia, Johne, Fábio e Gustavo, pela participação ativa e imprescindível na elaboração dos resumos e artigos relacionados à pesquisa.

Agradeço à Funorte e aos meus alunos pela compreensão nos momentos em que foi necessário manejar horários das atividades curriculares em prol do desenvolvimento do mestrado.

À prefeitura de Montes Claros, representada pelas Secretaria de Saúde e Superintendência Regional de Saúde, pela presteza em nos apoiar nas etapas da pesquisa assim como na execução da Semana do Agente Comunitário de Saúde.

O meu sincero agradecimento aos Agentes Comunitários de Saúde deste município pela participação no estudo, uma vez que sem a presença e disponibilidade deles não seria possível desenvolver este trabalho.

Aos pacientes pela inspiração diária na busca do conhecimento atualizado e adquirido através das pesquisas.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, com o desenvolvimento desta dissertação e que não foram citados neste trabalho, muito obrigada!

“Epígrafe”

O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre a mais, no meio da alegria, e inda mais alegre ainda no meio da tristeza! A vida inventa! A gente principia as coisas, no não saber porque, e desde aí perde o poder de continuação porque a vida é mutirão de todos, por todos remexida e temperada. O mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. Viver é muito perigoso; e não é não. Nem sei explicar estas coisas. Um sentir é o do sentente, mas outro é do sentidor.”

(João Guimarães Rosa)

RESUMO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possuem papel importante para o atendimento à população e o desempenho do trabalho em equipe. Esses profissionais podem apresentar problemas de saúde mental, tendo em vista a complexidade de funções e situações a que são expostos na área de atuação. Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos e os fatores associados em ACS de Montes Claros, Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal, censitário, quantitativo e analítico. A amostra foi composta por 673 ACS, e a coleta de dados foi realizada no período entre agosto e outubro de 2018. Utilizou-se um questionário com as condições sociodemográficas, econômicas, ocupacionais, comportamentais e de saúde mental. Os sintomas de ansiedade foram avaliados por meio do Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE-Traço e IDATE-Estado), e os sintomas depressivos pelo *Patient Health Questionnaire – 9* (PHQ-9). Foram adotadas diferentes análises: descritivas e regressão de *Poisson* para estimar a magnitude das associações por meio da razão de prevalência (RP), Modelo de Regressão Logística Multinomial para estimar as razões de chances (OR). Foram considerados os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), permanecendo as variáveis que apresentaram significância de até 5% ($p \leq 0,05$). Participaram do estudo 673 ACS, a prevalência dos sintomas de ansiedade no IDATE-estado foi de 47,3% (n=318) e no IDATE-traço, 42,1% (n=283). O tempo de trabalho acima de cinco anos esteve associado ao IDATE-estado (RP:1,16; IC:1,10-1,22) e ao IDATE-traço (RP:1,07; IC:1,01-1,12), o sexo feminino ficou associado ao IDATE-traço (RP:1,10; IC:1,02-1,18). A prevalência de sintomas depressivos foi de 19,0% (n=128), associada ao sexo feminino (RP:1,09; IC:1,03-1,05), ao tempo de trabalho como ACS acima de 6 anos (RP:1,12; IC:1,06-1,17), à insatisfação no trabalho (RP:1,13; IC:1,07-1,19) e à variável ser religioso (RP:0,90; IC:0,84-0,97) como fator de proteção. Verificou-se que 14,0% (n=94) apresentaram sintomas de ansiedade e depressão concomitantemente. Estiveram associadas as variáveis faixa etária de 30 anos ou mais (OR:0,30; IC:0,14-0,66), tempo de trabalho acima de seis anos (OR:4,17; IC:2,11-8,21), dormir mal (OR:4,84; IC:1,77-13,18), incapacidade de lidar com o estresse no dia a dia (OR:4,06; IC:2,22-7,42), autoestima insatisfatória (OR:5,67; IC:2,84-11,33), síndrome de *Burnout* (OR:5,00; IC:2,60-9,64) e estresse traumático (OR:3,59; IC:1,81-7,11). Observou-se elevada prevalência de sintomas de ansiedade e depressão, e o tempo de trabalho foi um forte preditor. Há necessidade de estratégias que intentem a promoção, a prevenção e o monitoramento da saúde dos ACS, a fim de diminuir a prevalência de tais problemas entre esses trabalhadores.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, Ansiedade, Depressão, Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

The Community Health Agents (CHA) play an important role in serving the population and performing a teamwork. These professionals may have mental health problems in view of the functions complexity and the exposed situations in the working area. This research aimed to evaluate the anxious and depressive symptoms prevalence and the associated factors in CHA from Montes Claros, Minas Gerais. This is a cross-sectional, census, quantitative and analytical study. The sample consisted of 673 CHA and the data collection was carried out in August and October 2018. A questionnaire was used with sociodemographic, economic, occupational, behavioral and mental health conditions. The anxiety symptoms were assessed using the Status Trait Anxiety Inventory (STAI-Trait and STAI-Status) and the depressive symptoms using the Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9). Different descriptive Poisson regression analyzes were adopted to estimate the associations magnitude using the prevalence ratio (PR) or the Multinomial Logistic Regression Model to estimate the odds ratios (OR). The respective 95% confidence intervals (95%CI) were considered, leaving the variables that presented up significance to 5% ($p < 0.05$). A number of 673 CHA participated in the study, the anxiety symptoms prevalence in STAI- Status was 47.3% ($n=318$) and in STAI-trait, 42.1% ($n=283$). The working time over five years was associated with the STAI-status (PR: 1.16; CI: 1.10-1.22) and the STAI-trait (PR: 1.07; CI: 1.01-1.12), the female gender was associated with the STAI-trait (PR: 1.10; CI: 1.02-1.18). The depressive symptoms prevalence was 19.0% ($n=128$), with the female sex (PR: 1.09; CI: 1.03-1.05), the working time as CHA more than 6 years (PR: 1.12; CI: 1.06-1.17), the job dissatisfaction (PR: 1.13; CI: 1.07-1.19) and the religious variable being (PR: 0.90; CI: 0.84-0.97) as a protection factor. It was found that 14.0% ($n=94$) presented anxiety and depression symptoms concomitantly. The variables were associated with: age 30 years old or older (OR:0.30; CI:0.14-0.66), the working time more than six years (OR:4.17; CI:2.11-8.21), poor sleep (OR:4.84; CI:1.77-13.18), the inability to deal with day-to-day stress (OR:4.06; CI:2.22-7.42), poor self-esteem (OR:5.67; CI:2.84-11.33), *Burnout* syndrome (OR:5.00; CI:2.60-9.64) and traumatic stress (OR:3.59; CI: 1.81-7.11). A high anxiety and pressure prevalence symptoms was observed. Working time was a strong predictor. There is a need for strategies that aim to promote, prevent and monitor the CHA health, reducing the problems prevalence among these workers.

Keywords: Community Health Agent, Anxiety, Depression, Occupational Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EAR – Escala de Autoestima de Rosenberg

ESF – Estratégia Saúde da Família

HUCF – Hospital Universitário Clemente de Faria

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado

MEC – Ministério da Educação e Cultura

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORCID – Open Researcher and Contributor ID

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PHQ-9 – Questionário sobre Saúde do Paciente-9

PROQOL – V – Escala de Qualidade de Vida Profissional

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PPGCPS – Programa de Pós-graduação em Cuidados Primários em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRS – Superintendência Regional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO/REVISÃO DE LITERATURA.....	18
1.1 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E SUA REALIDADE DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	18
1.2 SAÚDE MENTAL.....	21
1.2.1 ANSIEDADE.....	22
1.2.2 DEPRESSÃO.....	23
1.3 PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO.....	25
2 OBJETIVOS.....	27
2.1 OBJETIVO GERAL.....	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3 METODOLOGIA.....	28
4 PRODUTOS CIENTÍFICOS.....	33
5 CONCLUSÕES.....	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES.....	81
ANEXOS.....	95

APRESENTAÇÃO

Trata-se de uma dissertação de mestrado que apresenta os fatores associados aos sintomas ansiosos e depressivos em Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Montes Claros, Minas Gerais. Está inserida na linha de pesquisa Epidemiologia e Vigilância em Saúde e área de concentração Saúde Coletiva, e foram seguidas as normas de formatação segundo o Programa de Pós-graduação em Cuidados Primários em Saúde (PPGCPS) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

A minha aproximação com esta temática iniciou-se durante a formação profissional. A formatura em medicina ocorreu no fim de 2011 pela Faculdade de Saúde e Ecologia Humana (FASEH) em Vespasiano, Minas Gerais. Por doze meses consecutivos, trabalhei na Estratégia de Saúde da Família São Gabriel na capital mineira, vinculada ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), como médica generalista. Essa experiência foi enriquecedora, uma vez que participava de forma efetiva das atividades preconizadas na atenção básica. Além disso, esse tempo de trabalho foi fundamental para decidir pela especialização em psiquiatria, tendo em vista a importante demanda de saúde mental entre os usuários e profissionais que trabalham do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2013, iniciei a residência em Psiquiatria no Hospital Universitário Clemente de Farias (HUCF) vinculado à Unimontes, um processo de formação de três anos com intensa experiência em atendimento ambulatorial e hospitalar. Naquele momento, tive a chance de estar próxima de uma instituição com expressiva representatividade no Norte de Minas, um meio plural de ideias e ao mesmo tempo muito singular para a formação do médico, que deve estar apto para exercer sua profissão perante a sociedade.

A primeira experiência como docente aconteceu assim que finalizei a residência médica. O contato com a instituição de ensino superior e com alunos do curso de medicina me fez pensar sobre a necessidade de aperfeiçoar, aprender e conhecer outros caminhos até então não vivenciados por mim. Ser psiquiatra não é suficiente para ensinar saúde mental e alterações de comportamento, tampouco aplicado ao contexto do SUS, como é exigido pelo Ministério da Educação (MEC) para o curso médico. Na mesma época, iniciei como médica especialista na Policlínica Doutor Ariosto Correa Machado no município de Montes Claros e, associado à assistência psiquiátrica no SUS, ingressei como matriciadora em saúde mental em alguns polos de equipes de saúde da família da cidade. Sendo assim, esse contexto laboral despertou-me o desejo de fazer o mestrado profissional em Cuidado Primário em Saúde como possibilidade de aperfeiçoar o trabalho como médica e professora.

Em meados de 2018, aconteceu a aproximação e deu-se início ao desenvolvimento da pesquisa “Condições de Saúde e Trabalho de Agentes Comunitários em Saúde (ACS)”, mediante elaboração de produções científicas e muito aprendizado com o grupo de docentes e pesquisadores do PPGCPS. Por meio da professora Simone de Melo Costa, conheci a professora e, hoje, orientadora, Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa, que desde então apoiam, incentivam e ensinam muito sobre pesquisa. Em 2020, ocorreu a aprovação no mestrado profissional, o que me trouxe muita alegria e gratidão.

Pesquisar as condições de saúde dos ACS em Montes Claros foi mais uma oportunidade de me aproximar e, assim, conhecer o trabalho desse profissional que desempenha função essencial na atenção básica. Esses trabalhadores são exemplos de como articular o contato entre os membros da equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e os usuários da rede, o que muito nos ensina na rotina dos atendimentos e facilita a condução dos casos clínicos. O mestrado proporcionou reflexões sobre a importância de se pensar em soluções para os problemas relacionados à saúde do ACS, principalmente, relacionados às suas condições laborais, uma vez que esse aspecto influencia diretamente no seu bem-estar e no da comunidade em que estão inseridos.

Nesse sentido, percorrer as discussões e vivenciar excelentes reflexões com os orientadores e professores do mestrado, ainda que remotamente, tendo em vista o contexto pandêmico, reforçaram a necessidade de entender sobre o processo de ensino-aprendizagem, escrita e leitura de artigos científicos. O PPGCPS foi um encontro com o real sentido de interdisciplinaridade e a confirmação de que era realmente necessário aprender a ser professora com atuação na rede pública. Encontrei, assim, a razão de tanto estudo e de tantas horas dedicadas a esse processo de capacitação. Tenho convicção da importância deste mestrado para atuar da melhor forma possível como médica e professora e, dessa forma, tentar devolver para a sociedade o que aprendemos com as pesquisas, em especial com o estudo das condições mentais e de trabalho de ACS.

1. INTRODUÇÃO/REVISÃO DE LITERATURA

Os grupos de pessoas economicamente ativas e de diferentes categorias profissionais são muito vulneráveis ao adoecimento mental, dentre eles os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tendo em vista as atividades desenvolvidas no seu trabalho (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018; SILVA *et al.*, 2016;). Os ACS enfrentam situações inóspitas, como condições precárias de trabalho, sobrecarga em suas atribuições, formação profissional deficiente para o exercício da profissão e pouco reconhecimento das suas funções pelos usuários, pela equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e pelos gestores. Esses fatores são determinantes de sofrimento físico e mental, que podem gerar adoecimento mental (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018).

Indivíduos com alterações psíquicas podem apresentar pouca motivação para mudanças e dificuldade em controlar reações emocionais, isso compromete sua produtividade na rotina pessoal e profissional (DILÉLIO *et al.*, 2012). A debilidade, a depreciação e outras situações laborais indignas podem gerar impactos desfavoráveis à saúde do trabalhador, o que causa afastamentos por transtornos mentais (MELO; CAVALCANTE; FAÇANHA, 2019).

É importante estudar sobre a realidade do trabalho dos ACS, com o intuito de identificar sintomas ansiosos e depressivos, monitorar as condições de saúde, tratar aqueles indivíduos adoecidos e prevenir o comprometimento da saúde mental, pois esses são fundamentais para a organização do SUS. Devem-se elaborar estratégias que visem a discutir questões sobre saúde mental e como elas se relacionam com as atividades laborais. São necessárias maior valorização e autonomia na rotina da unidade de saúde, assim como maior disponibilidade de materiais de trabalho para a realização de suas atividades (MOURA; LEITE; GRECO, 2020).

Espera-se que as informações deste trabalho possam favorecer a atuação de gestores e profissionais das equipes das Estratégias de Saúde da Família e da Saúde do Trabalhador. Pretende-se, ainda, maior reconhecimento quanto ao trabalho dos ACS, uma vez que esses possuem papel de destaque no funcionamento do atual modelo de assistência à saúde no que se refere à saúde pública.

1.1 Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e sua realidade de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF)

O atual sistema de saúde brasileiro está estruturado a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990 com intuito de promover o acesso universal e igualitário à saúde, conforme dispõe o artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 2017). Trata-se de um sistema integrado e gratuito que realiza ações de promoção à saúde, prevenção de agravos a doenças, cura e reabilitação conforme

demandas da população. Desde então, a atenção primária à saúde (APS) passa por várias transformações na tentativa de assistir a população de forma adequada (PINTO; GIOVANELLA, 2018). A APS favorece a consolidação do SUS, que deve propiciar e organizar serviços de saúde com ampla cobertura em todos os níveis de complexidade. O acesso à assistência ocorre de forma integral, a partir do uso da ciência e da tecnologia, para gerar saúde aos usuários do SUS. Para tanto, o planejamento de estratégias aconteceu, inicialmente, mediante às ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e consolidou por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que determinam a reconstrução do modelo de assistência no SUS (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017; PAIM *et al.*, 2013).

O PACS, criado em junho de 2001 pelo Ministério da Saúde, firmava que a atividade dos ACS não era regulamentada e não se exigia qualificação profissional desses profissionais (PAIM, 2013; MOURA *et al.*, 2015; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Esse antecede o Programa da Saúde da Família (PSF), mas ambos constituem o cerne da política nacional de atenção básica. Inicialmente, o PSF era o principal meio de acesso à saúde para os usuários. Porém, após dez anos, esse se tornou ESF (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A ESF é uma política pública, na medida em que coloca os princípios do SUS em prática, tais como descentralização, universalidade, equidade, integralidade, participação social, regionalização e hierarquização (SANTOS, 2018). Desta forma, é possível atuar de maneira mais resolutiva, uma vez que organiza fluxos de atendimento e de referência e estabelece vínculos entre usuários e equipe de saúde. Assim, os problemas de saúde da comunidade são acompanhados e um maior número de famílias é atendido, o que irá repercutir diretamente nos indicadores de saúde da população local (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

A ESF é um modelo de APS e ordena as redes de atenção à saúde no SUS. A APS é porta de entrada preferencial dos cidadãos ao SUS e busca a promoção e proteção à saúde, assim como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doença (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; GIOVANELLA *et al.*, 2019). Além disso, possibilita ações em torno de reabilitação em saúde, de modo individual e no âmbito da coletividade. Neste contexto, é possível empregar tecnologia de alta complexidade e baixa densidade, a fim de solucionar a maioria dos problemas de saúde da comunidade e favorecer a linha de cuidado contínua e ampla para o sujeito e sua família (STOPA *et al.*, 2015).

A assistência é prestada na unidade básica de saúde ou nas casas dos usuários pelas equipes da ESF que possuem cerca de 3.000 e 4.000 habitantes adscritos. As equipes são compostas por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, cirurgiões-dentistas, auxiliares ou técnicos em saúde bucal, dentre outros, de acordo com as exigências de saúde da comunidade

(BRASIL, 2017b). Os ACS possuem papel de destaque porque desenvolvem ações distintas em vários cenários culturais e geográficos e conseguem integrar a comunidade com sua respectiva equipe (SAMÚDIO *et al.*, 2017). O número de agentes deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população (BRASIL, 2019).

A profissão do ACS foi regulamentada pela Lei N.10.507, a qual determina que o profissional deve trabalhar em função da prevenção de doenças e da promoção de saúde. As suas ações devem ser baseadas nas diretrizes e nos princípios do SUS, mas estão submetidas ao funcionamento do município. Para exercer a sua função, o ACS precisa morar na área da ESF em que atua, ter ensino fundamental completo e fazer o curso de qualificação básica (BRASIL, 2018).

O ACS realiza seu trabalho por meio de atividades comunitárias ou domiciliares, envolvendo o usuário individualmente ou inserido na sua família e na comunidade. São funções do ACS mapear e cadastrar os usuários da sua área de abrangência, realizar atividades em grupos e acompanhar famílias por meio de visitas domiciliares mensais, para identificar usuários expostos a riscos e aqueles que precisam de agendamentos de consultas, exames e procedimentos (SAMUDIO *et al.*, 2017). Os ACS planejam ações em saúde direcionadas a crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes e trabalhadores. Ao identificar problemas de várias ordens na comunidade, comunica-os à equipe de saúde na tentativa de planejar ações que solucionem as questões com apoio de conselhos locais (BRASIL, 1997). É papel do ACS elaborar ações que visem à prevenção de doenças e à promoção da saúde para informar as medidas sanitárias e de cuidado com o meio ambiente à população (RESENDE *et al.*, 2011).

Os ACS encontram obstáculos no desempenho de suas funções que geram consequências danosas para sua saúde. A execução das atividades dos ACS pode ser dificultada pela demanda intensa de serviços prestados à comunidade, assim como pelo alto número de pessoas a serem atendidas no território. Os usuários muitas vezes não entendem quais são as funções dos ACS na equipe de saúde da família. Além disso, muitas vezes não há organização nem trabalho em equipe com empatia entre os integrantes da ESF. De forma contrária ao preconizado, alguns membros da equipe multidisciplinar não realizam atendimentos domiciliares, o que sobrecarrega a rotina de trabalho dos ACS. Esses relatam medo e sentimentos de incapacidade quanto à possibilidade de resolver os problemas das famílias (MENEGOLLA; POLLETO; KRAHL, 2003).

Ademais, o fato de residirem no mesmo bairro que os usuários atendidos na ESF é importante fator gerador de estresse para o ACS. Isso os coloca diretamente em contato com os vários fatores que determinam o aparecimento de doenças na comunidade, assim como o sofrimento gerado na

população. A realidade enfrentada pelos ACS é uma das principais causas de incapacidade laborativa e fator determinante no desencadeamento de sintomas físicos e mentais, como ansiedade, tristeza, cansaço, fadiga, irritabilidade e frustração (SANTOS; VARGAS; REIS, 2014; KRUG *et al.*, 2017; CASTRO *et al.*, 2017).

1.2 Saúde Mental

A saúde mental se refere a um bem-estar no qual o sujeito desempenha suas habilidades pessoais, adquire capacidade de lidar com os estresses da vida, desenvolve o trabalho de forma produtiva e mostra-se apto a colaborar para a comunidade em que está inserido. Em determinados momentos da vida do indivíduo, a saúde mental pode ficar comprometida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Os fatores que causam prejuízos à saúde mental e levam ao desencadeamento de transtornos mentais estão relacionados a características individuais, sociais, culturais, ambientais, políticas e econômicas. Mais de 450 milhões de pessoas ao redor do mundo possuem algum transtorno de saúde mental. Todavia, há uma lacuna entre as demandas e o acesso ao tratamento em todo o mundo de forma que os serviços de saúde não respondem de maneira apropriada às demandas relacionadas ao adoecimento mental (ORESKOVIC, 2016). Em países de baixa e média rendas, entre 76% e 85% dos indivíduos com transtornos mentais não recebem tratamento. Já em países de alta renda, entre 35% e 50% dos indivíduos com transtornos mentais encontram-se na mesma conjuntura. Além disso, nota-se qualidade ruim na prestação dos cuidados em saúde mental no que se refere também a apoio e acesso a programas educativos para que consigam ser ativos na comunidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Diante da escassez de recursos e da ausência de políticas públicas sobre saúde mental e sua prevenção, é notória a alta prevalência de transtornos mentais, como ansiedade e depressão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Transtornos ansiosos e depressivos, considerados transtornos mentais comuns, comprometem a capacidade laboral dos indivíduos e estão associados a muitas comorbidades, além disso a depressão é importante fator de risco para o suicídio (BARBOSA *et al.*, 2012).

1.2.1 Ansiedade

Os transtornos de ansiedade podem se iniciar na infância e persistir na fase adulta se não forem tratados de forma adequada. A maioria ocorre em pessoas do sexo feminino, na proporção aproximada de duas mulheres para cada homem (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). É um estado emocional que envolve medo, insegurança e apreensão e pode estar presente nas pessoas em diversas situações. No entanto, é considerado um transtorno mental se os sintomas são intensos e frequentes, o que compromete a rotina, as atividades laborais e a funcionalidade dos indivíduos. Os transtornos ansiosos são aqueles que possuem características relacionadas ao medo e à ansiedade exacerbados que levam a alterações comportamentais. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V), em sua quinta edição, diferencia medo e ansiedade adaptativa de transtornos de ansiedade, estes considerados excessivos e persistentes (RIBEIRO *et al.*, 2020). Desde que foi categorizada como uma patologia e inserida na terceira edição do DSM, a ansiedade pode se apresentar como, por exemplo, fobias social e específica, transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Transtornos de ansiedade são os transtornos psiquiátricos mais predominantes na população em geral. Cerca de 28% dos adultos relatam episódio de algum transtorno de ansiedade durante os anos de vida (KESSLER *et al.*, 2015). Dados atuais da Organização Mundial da Saúde (OMS) evidenciam que cerca de 33% da população mundial possui ansiedade, e o Brasil está entre os primeiros do *ranking*. Segundo a OMS, a ansiedade afeta 18,6 milhões de brasileiros, e os transtornos mentais são responsáveis por mais de um terço do número de pessoas incapacitadas nas Américas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

O grupo de transtornos ansiosos relaciona-se com intenso sofrimento subjetivo e prejuízo da funcionalidade do indivíduo. Desse modo, podem interferir na socialização, na educação e nas atividades ocupacionais, principalmente, se iniciarem na infância e na adolescência. Evidências recentes mostram que os transtornos de ansiedade representam 10% das causas de incapacidade para todos os casos de adoecimento mental, doenças neurológicas e aquelas causadas por uso de substâncias psicoativas, atrás apenas do transtorno depressivo maior. Os transtornos de ansiedade têm as menores taxas de tratamento quando comparados aos transtornos mentais, ainda que tenham considerável prejuízo para as pessoas (KESSLER *et al.*, 2015).

Os transtornos de ansiedade podem ter repercussões clínicas, como doenças cardiovasculares e renais (MACHADO *et al.*, 2016). Esses transtornos comprometem as atividades habituais dos indivíduos, visto que o medo de crises impacta nas rotinas dos portadores de ansiedade. Além disso,

muitas vezes demandam a presença de pessoas para acompanhar o seu dia a dia, o que aumenta a dependência emocional (MACHADO *et al.*, 2016; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Indivíduos que apresentam transtornos ansiosos também podem estar suscetíveis a problemas interpessoais em suas relações sociais, assim como a renunciar a atividades e práticas que lhes geram prazer. Além disso, esses transtornos causam severo comprometimento da qualidade de vida. Faz-se necessário, então, identificar precocemente alterações de comportamento e tratar de forma adequada, a fim de amenizar o quadro e as repercussões que a ansiedade causa nos indivíduos (COSTA *et al.*, 2019).

Os ACS estão inseridos em um mesmo contexto socioeconômico e cultural de sua população adscrita e, por isso, convivem de forma mais intensa com questões positivas e negativas da comunidade quando comparados aos outros membros da equipe (KLUTHCOVSKY, 2005). Além disso, esses profissionais não compartilham suas dificuldades e preocupações, o que causa o desencadeamento de ansiedade e estresse ocupacional (RESENDE *et al.*, 2011).

1.2.2 Depressão

A depressão, reconhecida também por transtorno depressivo maior ou depressão unipolar, é uma síndrome clínica heterogênea e muito comum (KESSLER *et al.*, 2005). A presença de tristeza ou irritabilidade e as alterações somáticas e cognitivas são possíveis características desses quadros psiquiátricos. Esse transtorno está relacionado a fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos, portanto, é multifatorial. Pode acometer os indivíduos em qualquer momento, mas sabe-se que a incidência aumenta consideravelmente após a puberdade. A incidência atinge seu pico na terceira década de vida e é 1,5 a 2 vezes mais comum em mulheres do que em homens (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Dados epidemiológicos mais recentes demonstram uma prevalência média nos últimos 12 meses de 5,5% em países de alta renda e de 5,9% em países de baixa renda, e para a prevalência média ao longo da vida, os números aumentam para 14,6% em países de alta renda e 11,1% em países de baixa renda (SILVA *et al.*, 2014). Em números absolutos, a estimativa da OMS é de que ao menos 300 milhões de pessoas de todas as faixas etárias viviam com depressão em 2015, o que significa aumento de 18,5% do número de casos em uma década. No Brasil, os dados demonstram uma prevalência de 8% nos últimos 12 meses e uma prevalência de 17% ao longo da vida, o que gera sofrimento e consideráveis prejuízos econômicos (KESSLER *et al.*, 2005).

Segundo a OMS, o transtorno depressivo maior é o principal responsável por incapacitação e atua de forma considerável para a carga global de outras doenças físicas (WORLD HEALTH

ORGANIZATION, 2021; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Estima-se que 4% dos indivíduos com depressão apresentem uma tentativa de suicídio ao longo da vida. Dados da OMS de 2021 mostraram que, no ano de 2015, aproximadamente 800 mil pessoas morreram por suicídio em todo o mundo. Desses casos, cerca de 77% são de países de baixa e média rendas. O suicídio é responsável por 1,5% de todas as causas de morte e é a segunda principal causa de mortalidade mundial na faixa etária de 15 a 29 anos.

É, portanto, um transtorno mental que influencia na capacidade de desempenhar atividades laborais e acadêmicas e na qualidade de vida das pessoas, uma vez que compromete o sono, o apetite e outras funções psíquicas. O quadro clínico pode variar, assim como a gravidade, a frequência e a duração do episódio depressivo. O transtorno depressivo é diagnosticado quando há pelo menos cinco dos sintomas quase diariamente por pelo menos duas semanas, como humor deprimido ou perda de interesse ou prazer. Além disso, perda ou ganho significativo de peso, sem dieta ou redução, ou aumento no apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão; pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente, sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio são considerados sintomas desse transtorno (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Diante das possibilidades de apresentação de quadros clínicos, os transtornos depressivos podem ser classificados no DSM V como transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A depressão é uma doença complexa e generalizada, o que impacta na caracterização do diagnóstico e na terapêutica desses transtornos de forma geral (TRIVEDI *et al.*, 2006). Taxas de resposta reduzidas, resistência ao tratamento, incidência elevada de recaída e cerca de semanas a meses para resposta terapêutica são possíveis limitações para os tratamentos de depressão (KENNEDY *et al.*, 2016). No entanto, existem vários recursos terapêuticos eficazes para depressão, os quais incluem medicamentos e psicoterapia, ainda assim, menos de 10% da população com depressão no mundo recebem os tratamentos adequados. Muitos indivíduos depressivos também não são diagnosticados de forma adequada e recebem intervenções desnecessárias. A falta de serviços e profissionais treinados, assim como o estigma social e o preconceito associados aos transtornos mentais são impeditivos para tratamentos eficazes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A organização laboral e os desafios enfrentados pelos ACS explicam a alta prevalência de depressão como, por exemplo, sobrecarga de trabalho, baixos salários, diferenças entre o trabalho preconizado e o da realidade e indefinição de funções dentro das equipes. Ademais, as demandas da população adscrita e suas cobranças diárias reforçam as possibilidades de adoecimento do ACS (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018; KRUG *et al.*, 2017).

1.3 Prevalência de ansiedade e de depressão

Estudo sobre ansiedade em ACS, usando o Inventário de Ansiedade Traço-Estado, encontrou prevalência de 75,0% referente à ansiedade moderada e de 17,2% à ansiedade grave, e os fatores associados foram estresse psíquico, desejo de morte, desconfianças no desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos, pior a saúde mental geral (RESENDE *et al.*, 2011). Estudo que avalia ansiedade em profissionais da atenção básica por meio do Inventário de Beck evidenciou prevalência de 30,0% e os fatores associados dificuldade para dormir, pressão no trabalho e tratamento para ansiedade nos últimos doze meses (MOURA *et al.*, 2018).

Em pesquisa que avalia transtornos mentais comuns em ACS por meio do instrumento *Self Reporting Questionnaire*, a prevalência foi de 41,6%, e os fatores associados foram sexo feminino, renda inferior a quatro salários mínimos, cor autodeclarada branca, não procura por apoio espiritual e tempo de trabalho como ACS de um a três anos (SANTOS *et al.*, 2017). A prevalência de transtorno mental comum foi de 48,6% e de depressão de 29,0% entre os ACS avaliados por meio do Inventário de Beck, e os fatores associados foram a função atual, menor carga de trabalho, carga total de trabalho, ter outro emprego e falta menos ao trabalho (KNUTH *et al.*, 2015). A prevalência de transtornos psiquiátricos menores foi de 16,0% em trabalhadores da atenção primária à saúde através do *Self Reporting Questionnaire*, e os fatores associados foram sexo, idade, renda, sedentarismo, tabagismo, regime de trabalho precário e satisfação no trabalho (DILÉLIO *et al.*, 2012).

Estudo realizado com trabalhadores da atenção primária à saúde identificou prevalência de 18% de depressão menor por meio do instrumento PHQ-9, e sexo feminino, idade, renda mensal, profissão e tempo de serviço foram os fatores associados (SILVA *et al.*, 2016). Avaliação de depressão entre ACS por meio do instrumento PHQ-9 encontrou prevalência de 20,6%, e os fatores associados neste estudo foram percepção de saúde, modelo de demanda de controle, baixa/moderada capacidade trabalho e qualidade de vida/psicológico (MOURA *et al.*, 2020). Pesquisa que avalia ansiedade e depressão mostrou prevalência de 17,3% de ansiedade e 28,3% de depressão entre ACS, e os fatores associados foram insatisfação no trabalho e pensamento de desistir da função (JULIO *et al.*, 2022).

Logo, esta pesquisa se justifica diante da importância desses profissionais para a otimização do trabalho na ESF e a organização do SUS, além disso, são sujeitos essenciais para a comunicação entre equipe e comunidade. O estudo é pertinente por se tratar de uma parcela considerável de ACS de Montes Claros e por se caracterizar como um estudo censitário, o que gera impacto e veracidade de suas informações.

Ainda que a temática seja muito relevante, observa-se carência considerável de estudos nessa população, inclusive quanto à abordagem de transtornos mentais. A revisão de literatura evidencia outros artigos que avaliam questões relacionadas aos ACS e seu trabalho. No entanto, não são muitas as produções científicas que expõem diretamente a prevalência e os fatores associados a sintomas ansiosos e depressivos, principalmente se considerados esses sintomas concomitantemente.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Estimar a prevalência e os fatores associados aos sintomas de ansiedade e depressão em agentes comunitários da saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional, comportamental e de qualidade de vida profissional dos agentes comunitários da saúde.
- Estimar a prevalência dos sintomas de ansiedade e a associação com os fatores sociodemográficos e ocupacionais em agentes comunitários da saúde.
- Estimar a prevalência dos sintomas de depressão e a associação com os fatores sociodemográficos, ocupacionais e comportamentais em agentes comunitários da saúde.
- Verificar a prevalência de depressão e ansiedade concomitantemente e a associação com as variáveis sociodemográficas, ocupacionais, comportamentais e qualidade de vida profissional em agentes comunitários de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Apresentação do estudo

Trata-se de um estudo *baseline* componente do projeto intitulado “Condições de trabalho e saúde de Agentes Comunitários de Saúde no norte de Minas Gerais”, realizado na cidade de Montes Claros, MG, Brasil, no período de agosto a outubro de 2018.

3.2 Delineamento do estudo

Estudo epidemiológico, censitário, transversal, quantitativo, analítico.

3.3 Caracterização do local do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Montes Claros, localizado ao norte de Minas Gerais, considerado o núcleo urbano mais expressivo e influente dessa região e sudoeste da Bahia. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020, o município possui um contingente populacional estimado de 413.487 habitantes (IBGE, 2020).

Minas Gerais é dividido em 12 mesorregiões e 66 microrregiões. Esse sistema de divisão tem aplicações importantes na elaboração de políticas públicas e no subsídio ao sistema de decisões quanto à localização de atividades econômicas, sociais e tributárias. A mesorregião do Norte de Minas constitui uma das 12 mesorregiões do estado de Minas Gerais. É formada pela união de 89 municípios, agrupados em sete microrregiões (IBGE, 2010).

3.4 População

A população foi composta por ACS cadastrados nas 135 unidades da ESF de Montes Claros, MG no ano de 2018. Entre todas as unidades, 125 presentes na zona urbana e 10 na zona rural, constando 797 ACS na época da coleta.

3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Inclusão: ACS atuantes na equipe de ESF de Montes Claros das zonas urbana e rural;

Exclusão: aqueles com menos de um mês, com desvio de função ou de licença médica por

qualquer natureza e na condição de gestante, assim como com os questionários incompletos.

3.5 Procedimento e Instrumentos

Em um primeiro momento, realizaram-se reuniões com a gestão municipal, com os coordenadores das equipes de saúde da família e com os ACS para esclarecimentos sobre a pesquisa e a obtenção da autorização dos responsáveis. Previamente à coleta, aconteceu a capacitação dos entrevistadores e conduziu-se um estudo piloto com 15 ACS, que não se enquadravam nos critérios de inclusão, a fim de padronizar os procedimentos da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2018. Os ACS que estavam em atividade foram convidados a comparecer ao Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) em dias úteis da semana, no horário matutino, previamente agendados.

A variável dependente foi ansiedade e/ou depressão, e o questionário contemplou as seguintes temáticas como variáveis independentes:

- Perfil sociodemográfico e econômico: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, cor da pele, número de pessoas na família, renda familiar;
- Perfil ocupacional: tempo de trabalho como ACS, carga horária semanal de trabalho, formação na área da saúde, número de famílias acompanhadas, tipo de vínculo com a instituição atual, outro tipo de emprego;
- Perfil comportamental: religiosidade; satisfação no trabalho; atividade física, tabagismo, consumo de álcool, doses de álcool, ingestão de bebida com cafeína, consumo de remédio, qualidade do sono, capacidade de lidar com o estresse no dia a dia, autoavaliação do estilo de vida, autoavaliação da saúde, autoestima;
- Perfil qualidade de vida profissional: satisfação por compaixão, *Burnout*, estresse traumático.

A religiosidade foi avaliada pela dimensão organizacional do instrumento DUREL (KOENIG; BÜSSING, 2010), validado por Taunay *et al.* (2012), que verifica a frequência em igrejas, templos religiosos ou em outros encontros religiosos, com seis itens de resposta do tipo Likert (mais de uma vez por semana, uma vez por semana, uma ou duas vezes por mês, algumas vezes por ano, uma ou duas vezes por ano e nunca).

As questões atividade física, tabagismo, consumo de álcool, consumo de remédio, qualidade do sono, capacidade de lidar com o estresse no dia a dia e satisfação no trabalho fazem parte do instrumento “Estilo de Vida Fantástico” (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008). Esse instrumento

considera o comportamento dos indivíduos nos últimos 30 dias. É composto em escala de frequência do tipo *likert* com cinco alternativas que variam de zero a quatro pontos. A variável atividade física foi dicotomizada em “menos de uma vez na semana” e “mais de uma vez na semana”. Consumo de cigarro: “sim” (1 ou mais cigarros por dia) e “não” (nenhum nos últimos 6 meses a nenhum nos últimos 5 anos). Consumo de álcool: “não” (até 7 doses/semana) e “sim” (8 ou mais doses). Abuso de remédio: “não” (quase nunca/nunca) e “sim” (quase diariamente, com relativa frequência e ocasionalmente). Se dorme bem e se sente descansado foi dicotomizado em “não” (nunca a com relativa frequência) e “sim” (quase sempre/sempre). Capacidade de lidar com o estresse do dia a dia: “não” (nunca a algumas vezes) e “sim” (com relativa frequência a sempre). Satisfação no trabalho foi dicotomizado em “não” (nunca a com relativa frequência) e “sim” (quase sempre/sempre).

A mensuração da autoestima foi realizada por meio da Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR, que é autopreenchível. Cada item possui opções de respostas organizadas no modelo *Likert*, que variam de discordo totalmente a concordo totalmente. Além disso, as questões são fundamentadas em dois princípios: autoestima positiva (5 questões) e autoestima negativa (5 questões). Assim, cada resposta assume um valor (1-4 pontos), intercorrendo que os valores das questões 1,4,7,8,9 devem ser invertidos durante o processo de análise (SIMONETTI, 1989; MAÇOLA; CARMONA, 2010). O escore obtido com a escala pode variar de 10 a 40, calculado somando-se as pontuações obtidas através das respostas dadas às dez frases. Uma autoestima satisfatória é definida como escore maior ou igual a 32 na Escala de Rosenberg e insatisfatória com escore menor que 32.

O *Professional Quality of Life Scale* versão cinco (ProQOL-V) foi elaborado por Stamm (2010). Não é indicado como teste de diagnóstico, mas sim como instrumento de pesquisa, visto que não consta nos manuais de classificação de doenças e transtornos mentais (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014). É composto de 30 questões considerando a percepção do indivíduo em relação a aspectos de sua vida nos últimos 30 dias. Três fatores são considerados nesse questionário: fator 1) satisfação por compaixão; fator 2) avaliação da síndrome de *Burnout* e fator 3) estresse traumático (STAMM, 2010).

As respostas às questões são fornecidas de acordo com a frequência em que as situações e os sentimentos são experimentados pelos profissionais durante o trabalho em uma escala de cinco respostas do tipo *likert*: “Nunca” corresponde a “1”, e “Muito Frequentemente” corresponde a “5”. As pontuações das questões relacionadas a *Burnout* devem ser invertidas. A soma das respostas para cada dimensão é interpretada como baixa, se o valor for igual ou menor que 22; média, quando o valor estiver entre 23 e 41; e alta, quando o valor for igual ou superior a 42 (STAMM, 2010).

A fadiga por compaixão (*Burnout* e estresse traumático) tem sido considerada a principal ameaça à saúde mental dos profissionais de saúde, trata-se de uma síndrome que causa exaustão física e emocional em decorrência do custo empático de lidar com o sofrimento alheio (STAMM, 2010).

Para a análise dos indícios de ansiedade, utilizou-se o instrumento validado “Inventário de Ansiedade Traço-Estado” – IDATE-6 (forma reduzida). O IDATE foi desenvolvido por Spielberger *et al.* (1970) com a finalidade de fornecer uma medida operacional confiável para dois componentes da ansiedade: estado e traço. Posteriormente, foi validada a forma reduzida denominada IDATE-6 (FIORAVANTI-BASTOS; CHENIAUX; LADEIRA-FERNANDEZ, 2011).

No IDATE-estado, o indivíduo deve descrever como se sente no momento da aplicação do instrumento em relação aos seis itens apresentados em uma escala *Likert* de quatro pontos: 1- absolutamente não; 2- um pouco; 3- bastante; 4- muitíssimo. No IDATE-traço, o participante deve responder como “geralmente se sente”, de acordo com uma nova escala *Likert* de quatro pontos: 1- quase nunca; 2- às vezes; 3- frequentemente; 4- quase sempre. As pontuações das perguntas positivas são invertidas, ou seja, as de número 1, 3 e 5 no IDATE-E e 1, 3 e 6 no IDATE-T. Os escores são obtidos pela soma das respostas, sendo 6 a pontuação mínima e 24 a máxima tanto para estado quanto para traço. Por não existir um ponto de corte para a forma reduzida, essa variável foi dicotomizada pela mediana: aqueles com valor abaixo foram considerados “sem indício de ansiedade”, e aqueles com valor acima, “com indício de ansiedade”.

Para a análise dos sintomas depressivos, foi utilizado o Questionário sobre a saúde do paciente – 9 (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001; SANTOS *et al.*, 2013). Esse instrumento permite avaliar indícios de depressão durante os últimos 14 dias por meio de nove perguntas que investigam os sintomas depressivos: tristeza, anedonia, alterações de sono e apetite, agitação ou lentificação psicomotora, alterações de concentração e ideação suicida. Em cada item há quatro opções de resposta, tais como “nunca”, “em vários dias”, “em mais da metade do número de dias”, “em quase todos os dias”, com pontuações de 0 a 3.

A frequência dos sintomas é avaliada em uma escala de *Likert* de zero (nenhuma vez) a três (quase todos os dias), mediante uma somatória de itens, em que se podem obter 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; SPITZER; WILLIAMS, 2001; SANTOS *et al.*, 2013).

3.6 Análise dos dados

Este estudo adotou diferentes análises conforme cada produto obtido: análises descritivas por meio de frequência absoluta e relativa; medidas de tendência central e de variabilidade; análise bivariada pelo teste qui-quadrado de *Pearson* para verificar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes; e análise múltipla, utilizando a regressão de *Poisson* para estimar a magnitude das associações por meio da razão de prevalência (RP) ou o Modelo de Regressão Logística Multinomial para estimar as razões de chances (OR). Tais análises serão apresentadas no corpo do texto de cada produto específico. Foram considerados os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), permanecendo no modelo final as variáveis que apresentaram significância de 5% ($p \leq 0,05$). Utilizou-se o software SPSS versão 23.0 para realizar as análises estatísticas.

3.7 Ética da pesquisa

O projeto foi submetido à avaliação de uma Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos conforme as normas da Resolução nº. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e obtenção do consentimento dos profissionais e das unidades de saúde. Os profissionais já assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), que assegura o sigilo quanto à identidade bem como a livre participação no estudo. Assim, foi garantida a integridade dos participantes, a fim de que os dados coletados tenham a finalidade única e exclusiva para trabalhos científicos. O termo de concordância de realização de pesquisa foi assinado pelo Secretário de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais (APÊNDICE B). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo nº 2.425.756 (CAEE 80729817.0.0000.5146).

4 PRODUTOS CIENTÍFICOS

4.1 - Artigos

4.1.1 - Fatores Sociodemográficos e Ocupacionais associados aos sintomas de ansiedade entre Agentes Comunitários de Saúde - Revista Ciência e Saúde Coletiva - Qualis B1 Interdisciplinar. Publicado em dezembro de 2021 na Edição “Desafios Contemporâneos da Saúde do Trabalhador”, Volume 26, Número 12.

4.1.2 - Fatores associados aos sintomas depressivos em Agentes Comunitários de Saúde, que será enviado para publicação na revista Saúde em Debate – Qualis B1 Interdisciplinar.

4.1.3 – Sintomas de ansiedade e depressão e fatores associados entre Agentes Comunitários de Saúde, que será enviado para publicação no Jornal Brasileiro de Psiquiatria – Qualis B1 Interdisciplinar.

4.2 Produtos Técnicos

4.2.1 - Site Portal do ACS.

4.2.2 - Instagram (portaldoacs).

4.2.3 - Mensagem em vídeo aos ACS em outubro de 2020.

4.2.4 - Capacitação para GRS em agosto de 2020.

4.2.5 - Semana do ACS em outubro de 2021 com a palestra “Atenção à Saúde mental dos ACS” no dia 6 de outubro de 2021.

4.3 Resumos simples e expandidos em anais de congressos

4.3.1- Índícios de ansiedade e associação com saúde autorreferida, qualidade do sono e satisfação do trabalho entre Agentes Comunitários de Saúde. Congresso de Queixas em 2020. Anais da Revista Eletrônica Acervo Saúde. Link: <https://www.acervomais.com.br>

4.3.2 – Prevalência de indícios de depressão entre Agentes Comunitários de Saúde. Fepeg - Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão em 2020. Link: <https://fepeg2020.unimontes.br/anais/5347f345-4d82-4de7-82dc-f50149968877>

4.3.3 - Associação entre Ansiedade-Traço e exercício físico vigoroso em Agentes Comunitários de Saúde. IV Simpósio de Pesquisa em Educação Física em 2021. Link: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renef/article/view/4848/5035>

4.4 Outros produtos

4.4.1 Artigo: Fatores associados às queixas vocais autorreferidas por Agentes Comunitários de Saúde (APÊNDICE H) - Revista CODAS – Qualis B1 Interdisciplinar. Publicado em 2021, Volume 33, Número 1.

4.4.2 Dia do ACS no Parque de Exposições em outubro de 2019.

PRODUTO 1

DOI: 10.1590/1413-812320212612.15162021

Fatores sociodemográficos e ocupacionais associados aos sintomas de ansiedade entre Agentes Comunitários de Saúde

Sociodemographic and occupational factors associated with anxiety symptoms in Community Health Agents

Mariane Silveira Barbosa (<https://orcid.org/0000-0002-2422-7336>)¹

Johné Filipe Oliveira de Freitas (<https://orcid.org/0000-0003-3653-4525>)²

Fábio Antônio Praes Filho (<https://orcid.org/0000-0001-7446-9002>)²

Lucinéia de Pinho (<https://orcid.org/0000-0002-2947-5806>)¹

Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito (<https://orcid.org/0000-0001-5395-9491>)¹

Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa (<https://orcid.org/0000-0002-7286-7733>)¹

Abstract Community Health Agents (CHAs) play a crucial role in assisting the population. Due to the complexity of functions and situations to which they are exposed, they can present with emotional problems. The aim of this article was to verify the prevalence of anxiety symptoms and the association with sociodemographic and occupational factors in community health agents. It is a cross-sectional and populational study that used a questionnaire to collect data on the sociodemographic, economic and occupational conditions and the State Trait Anxiety Inventory (STAI). Descriptive analyses and multiple Poisson regression were performed with robust variation, considering a 5% significance level ($p < 0.05$) for the final model. A total of 673 community health agents were evaluated. The prevalence of anxiety symptoms in the STAI-State was 47.4% and in the STAI-trait, 42.4%. The time working as a CHA longer than five years was associated with the STAI-state ($p < 0.001$) and the STAI-trait ($p = 0.018$), where as the female gender was associated with the STAI-trait ($p = 0.011$). A high prevalence of anxiety symptoms in community health agents was verified. Health promotion strategies aimed at improving and monitoring the mental health of these workers by reducing anxiety disorders is required.

Key words Anxiety, Community Health Workers, Occupational health, Primary Health Care

Resumo Os Agentes Comunitários de Saúde possuem papel fundamental para o atendimento à população. Devido à complexidade de funções e situações que são expostos podem apresentar problemas emocionais. O objetivo deste artigo foi verificar a prevalência dos sintomas de ansiedade e a associação com os fatores sociodemográficos e ocupacionais entre agentes comunitários de saúde. Estudo transversal, populacional, no qual utilizou-se o Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE- Traço e IDATE-Estado) e um questionário sobre as condições sociodemográficas e ocupacionais. Realizou-se análises descritivas e de regressão múltipla de Poisson com variância robusta, considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para o modelo final. Foram avaliados 673 agentes comunitários de saúde, a prevalência dos sintomas de ansiedade no IDATE-estado foi de 47,4% e no IDATE-traço, 42,4%. O tempo de trabalho acima de cinco anos esteve associado ao IDATE-estado ($p < 0,001$) e ao IDATE-traço ($p = 0,018$), o sexo feminino ficou associado ao IDATE-traço ($p = 0,011$). Verificou-se alta prevalência de sintomas de ansiedade entre os agentes comunitários da saúde. Há necessidade de estratégias que visem a promoção, proteção, monitoramento da saúde mental desses trabalhadores, reduzindo os transtornos de ansiedade.

Palavras-chave Ansiedade, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde do trabalhador, Atenção Primária à Saúde

¹ Programa de Pós-Graduação em Cuidados Primários em Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro prédio 6, Av. Rui Braga s/n, Vila Mauriceia, 39401-089. Montes Claros MG Brasil. msb.mariane@gmail.com
² Curso de Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas. Montes Claros MG Brasil.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui uma política sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que surgiu para a reorganização, a orientação e o fortalecimento da atenção básica à saúde¹. O alvo dessa estratégia é proporcionar atendimento integral e continuado por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças^{1,2}. O trabalho é desempenhado em equipe, com diversos profissionais de áreas distintas por meio de ações educativas em saúde, realizadas tanto em domicílios quanto junto à coletividade².

Dentre os profissionais da ESF estão os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e que possuem papel fundamental para o atendimento integral e continuado da população local, constituindo um tripé indivíduo/família/comunidade^{1,2}. Os ACS são responsáveis por mapear a sua área de atuação, cadastrar novos usuários, orientar a comunidade, desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos³ e vigilância à saúde; realizar ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita e acompanhar as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. O ACS desenvolve ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas de acordo com as diretrizes do SUS⁴.

Para o exercício profissional exige-se do ACS a escolaridade de ensino fundamental completo e residir na área da comunidade em que atuar. Os ACS que trabalham na mesma comunidade onde vivem, podem prestar a assistência mais articulada ao contexto socioeconômico e cultural da população^{5,6}. As visitas domiciliares representam os principais meios de promover a saúde na rotina do ACS, havendo reconhecimento desse ofício por parte das famílias assistidas⁶. As relações com os colegas da equipe em reuniões são consideradas positivas pois permitem discutir os problemas e estratégias no ambiente laboral⁶.

Essa profissão apresenta particularidades em seu cotidiano de trabalho que podem impactar em danos à sua saúde. A sobrecarga advinda tanto da cobrança do sistema de saúde quanto das demandas da própria comunidade é um aspecto relevante no trabalho do ACS^{1,2,6,7}. Esses profissionais ainda são expostos a condições difíceis de trabalho, destacando: inexistência de espaço próprio na Unidade Básica de Saúde, más condições, pouca capacitação profissional, excesso de tarefas burocráticas; alta exigência do serviço em curto prazo; enfrentamento de dificuldades advindas da deficiência em outros níveis do sistema de saúde; possibilidade de lidar com problemas que

excedem sua capacidade como ACS e preocupação em gerar prejuízo a algum indivíduo caso cometam algum erro^{2,6-8}.

Devido à complexidade de funções e situações a que os agentes comunitários são expostos, esse profissional pode apresentar tanto sintomas inespecíficos de sofrimento psíquico, tais como: baixa autoestima, sensação de insegurança, nervosismo, irritabilidade, medo, insônia, inquietação e hiperatividade do sistema nervoso autônomo, estresse, esgotamento e ansiedade, assim como transtornos mentais^{1,5,8}. Questiona-se o impacto que o contexto laboral dos ACS tem sobre a saúde mental desses profissionais, sobretudo no que diz respeito à ansiedade.

Para quantificar os componentes subjetivos relacionados à ansiedade tem sido utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Ansiedade-estado é uma situação provisória, a forma como o indivíduo lida com a ansiedade em um dado momento na vida, portanto a resposta pode ser diferente em momentos distintos. Ansiedade-traço constitui a forma como o indivíduo lida com a ansiedade, sendo uma estrutura relativamente estável e permanente^{9,10}.

Estudos científicos que abordam o trabalho dos ACS são importantes para apontar as características da profissão, os aspectos positivos e os problemas, em decorrência da extensão geográfica do país^{3,6}, com diferentes características sociais, demográficas, econômicas e culturais. Há escassez de artigos que investigam esta temática, especialmente na região do Norte de Minas Gerais no intuito de subsidiar estratégias de enfrentamento para este agravo à saúde do ACS. Portanto, o presente estudo teve como objetivo verificar a prevalência dos sintomas de ansiedade e a associação com os fatores sociodemográficos e ocupacionais entre Agentes Comunitários de Saúde que atuam no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e analítico, integrante de um projeto base denominado "Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde do norte de Minas Gerais". O estudo foi realizado no município de Montes Claros, localizado ao Norte de Minas Gerais, e constitui como o núcleo urbano mais expressivo e influente dessa região e do Sudoeste da Bahia. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui um

contingente populacional estimado de 404.804 habitantes, em 2018¹¹ com 135 unidades de ESF, 100% de cobertura, sendo 125 presentes na zona urbana e dez na zona rural, constando 797 ACS na época da coleta. Foram excluídos aqueles com menos de um mês de trabalho, em desvio de função ou de licença médica por qualquer natureza e na condição de gestante. Todos foram comunicados e pode-se notar um número expressivo em desvio de função e de licença médica. Portanto, compareceram 675 indivíduos, porém dois deles não responderam o questionário na íntegra.

Previamente à coleta, realizou-se a capacitação com os entrevistadores e conduziu-se um estudo piloto com ACS, que não se enquadravam nos critérios de inclusão, a fim de padronizar os procedimentos da pesquisa. Realizou-se reuniões com a gestão municipal, coordenadores das equipes de saúde da família e com os ACS para esclarecimentos sobre a pesquisa e a obtenção da autorização dos responsáveis.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2018. Os ACS foram convocados a comparecer ao Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) em dias úteis da semana, no horário matutino. Utilizou-se um questionário autoaplicável que contemplou as Condições sociodemográficas e econômica: sexo (masculino / feminino), idade dicotomizada como faixa etária pela mediana (≤ 36 anos / > 36 anos), situação conjugal (casado ou união estável / solteiro / divorciado ou separado), escolaridade (superior completo / superior incompleto / ensino médio completo / ensino médio incompleto / fundamental), renda familiar (até R\$ 2.000,00 / $>$ R\$ 2.000,00); Condições ocupacionais: tempo de trabalho como ACS dicotomizado próximo à mediana (até 5 anos / $>$ 5 anos), carga horária semanal de trabalho (24 horas / 40 horas), número de famílias acompanhadas dicotomizada pela média (≤ 120 / $>$ 120).

Para a análise dos sintomas de ansiedade utilizou-se o instrumento “Inventário de Ansiedade Traço-Estado” – IDATE-6 (forma reduzida), que constituiu as variáveis dependentes do estudo¹⁰. O IDATE foi desenvolvido por Spielberger *et al.*⁹ com a finalidade de fornecer uma medida operacional confiável para dois componentes da ansiedade: estado e traço. Posteriormente, foi validada a forma reduzida denominada IDATE-6¹⁰. No IDATE-estado o indivíduo deve descrever como se sente “agora, neste momento” em relação aos seis itens: 1. Sinto-me calmo(a); 2. Estou tenso(a); 3. Sinto-me à vontade; 4. Sinto-me nervoso(a); 5. Estou descontraído(a); 6. Estou preocupado(a).

São apresentados em uma escala *Likert* de quatro pontos: 1- absolutamente não; 2-um pouco; 3- bastante; 4- muitíssimo. No IDATE-traço o participante deve responder como “geralmente se sente” para os itens: 1. Sou calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo(a); 2. Preocupo-me demais com coisas sem importância; 3. Sinto-me seguro(a); 4. Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento; 5. Sinto-me nervoso(a) e inquieto(a); 6. Tomo decisões facilmente. São apresentados de acordo com uma nova escala *Likert* de quatro pontos: 1. quase nunca; 2. às vezes; 3. frequentemente; 4.-quase sempre.

As pontuações das perguntas positivas são invertidas, ou seja, as de número 1, 3 e 5 no IDATE-E e 1, 3 e 6 no IDATE-T. Os escores são obtidos pela soma das respostas, sendo 6 a pontuação mínima e 24 a máxima, tanto para estado quanto para traço. Por não existir um ponto de corte para a forma reduzida, e pelo fato da média e mediana do IDATE-traço, no presente estudo, terem valores aproximados, essa variável foi dicotomizada, pela mediana por ser um número inteiro: aqueles com valor abaixo foram considerados “sem sintoma de ansiedade” e acima “com sintoma de ansiedade”.

Os dados foram tabulados, utilizando o programa estatístico *Predictiv Analytics SoftWare* (PASW) 18.0. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas das variáveis e posteriormente realizou-se a análise bivariada, pelo teste do qui-quadrado de *Pearson*, para verificar a associação entre ansiedade e as demais variáveis. Aquelas que se mostraram associadas até ao nível de 20,0% ($p \leq 0,20$) foram selecionadas para análise de regressão múltipla de *Poisson* com variância robusta. Considerou-se nível de significância de 5,0% ($p < 0,05$) para o modelo final.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido voluntariamente. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Participaram do presente estudo 673 ACS, com média de idade de 36,7 anos (DP=9,86), mínimo de 19 e máximo de 68 anos e mediana de 36,5. Observou-se predominância do sexo feminino (84,0%). Quanto à renda familiar, a média foi de R\$ 2.321,21 (DP=1.133,00). Sobre o tempo de trabalho, a média de atuação como ACS foi de 6 anos e 1 mês (DP=5 anos e 7 meses), com máxi-

mo de 20 anos e mediana de 4 anos e 6 meses. Os demais dados sobre o perfil dessa população se encontram na Tabela 1.

Sobre o IDATE-6, a média da ansiedade-estado foi 12,4 pontos e a mediana de 12,0 pontos e a média e mediana da ansiedade-traço foram de 13,0 pontos. A prevalência do IDATE-estado é um pouco maior do que o IDATE-traço conforme descrito na Tabela 2.

Na análise bivariada, ficaram associadas ao nível de 20%, as variáveis tempo de trabalho como ACS ao IDATE-estado e ao IDATE-traço e o sexo ao IDATE-traço (Tabela 3).

Estão apresentadas na Tabela 4 as variáveis que se mantiveram no modelo final, com as razões de prevalência ajustadas e os seus respectivos intervalos de confiança.

Discussão

No presente estudo, verificou-se alta prevalência de sintomas de ansiedade, sendo no IDATE-estado um pouco maior do que a do IDATE-traço, o que pode significar que os ACS têm mais difi-

culdade em lidar com uma adversidade em um determinado momento do que para lidar com a ansiedade em eventos ao longo da vida.

Estudo realizado com 116 ACS em Uberlândia, Minas Gerais, no qual utilizou o instrumento IDATE-estado, verificou que a maioria apresentou um grau moderado de ansiedade e 17,2% apresentaram ansiedade grave, talvez pelas características específicas da profissão, pois estes devem ter iniciativa e espírito de liderança como também serem mais solidários³. Pesquisa populacional, realizada com 1.536 ACS em cidades do sul e nordeste do Brasil, mostrou prevalência de 18,4% de transtornos psiquiátricos menores, que incluem os transtornos de ansiedade¹².

Houve associação do IDATE-traço com o sexo feminino, provavelmente relacionada à função do ACS, que desenvolve um trabalho com acúmulo de papéis, menor tempo para cuidar da casa, dos filhos e de desenvolver atividades de lazer^{13,14}. Estudos relatam que a rotina dessa agente de saúde configura-se como uma dupla jornada de trabalho¹⁴⁻¹⁷ e até mesmo tripla jornada¹⁷, tendo que realizar as atividades domésticas, além das inerentes ao seu serviço remunerado. Outro

Tabela 1. Distribuição dos agentes comunitários de saúde segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Montes Claros, MG, (N=673).

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo	Masculino	108	16,0
	Feminino	565	84,0
Faixa etária	≤ 36 anos	337	50,1
	> 36 anos	336	49,9
Situação conjugal	Casado(a)/União Estável	396	58,8
	Solteiro	222	33,0
	Divorciado(a) / Separado(a)	49	7,3
	Viúvo	6	0,9
Escolaridade	Superior completo	165	24,5
	Superior incompleto	126	18,7
	Ensino médio completo	360	53,5
	Ensino médio incompleto	19	2,8
	Fundamental (6º ao 9º ano)	3	0,4
Renda familiar	Até R\$ 2.000,00	373	55,4
	> R\$ 2.000,00	300	44,6
Tempo de trabalho como ACS	Até 5 anos	382	56,8
	> 5 anos	291	43,2
Carga horária semanal	24 horas	42	6,2
	40 horas	631	93,8
Número de famílias acompanhadas	≤ 120	353	52,5
	> 120	320	47,5

Fonte: Trabalho de campo realizado pela Pesquisa "Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde do norte de Minas Gerais" no município de Montes Claros, Minas Gerais no período de agosto a outubro de 2018.

Tabela 2. Escores do IDATE-estado e IDATE-traço distribuídos segundo índices de ansiedade dos agentes comunitários de saúde do município de Montes Claros, MG, (N=673).

IDATE-Estado				IDATE-Traço			
Sem sintomas de ansiedade		Com sintomas de ansiedade		Sem sintomas de ansiedade		Com sintomas de ansiedade	
N	%	N	%	N	%	N	%
355	52,7	318	47,3	390	57,9	283	42,1

Fonte: Trabalho de campo realizado pela Pesquisa "Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde do norte de Minas Gerais" no município de Montes Claros, Minas Gerais no período de agosto a outubro de 2018.

Tabela 3. Escores do IDATE-estado e IDATE-traço e análise bivariada segundo características sociodemográficas e ocupacionais dos agentes comunitários de saúde do município de Montes Claros, MG, (N=673).

Variáveis	Categorias	IDATE-Estado				P-Valor	IDATE-Traço				P-Valor
		Sem sintomas de ansiedade		Com sintomas de ansiedade			Sem sintomas de ansiedade		Com sintomas de ansiedade		
		N	%	N	%		N	%	N	%	
Sexo	Masculino	62	57,4	46	42,6	0,290	75	69,4	33	30,6	0,008
	Feminino	293	51,9	273	48,1		315	55,8	250	44,2	
Faixa etária	≤ 36 anos	177	52,5	160	47,5	0,906	188	55,8	149	44,2	0,255
	> 36 anos	178	53,0	158	47,0		202	60,1	134	39,9	
Situação conjugal	Com Companheiro	206	52,0	190	48,0	0,651	231	58,3	165	41,7	0,809
	Sem Companheiro	149	53,8	128	46,2		159	57,4	118	42,6	
Escolaridade	Superior Incompleto / Completo	157	54,0	134	46,0	0,585	168	57,7	123	42,3	0,921
	Fundamental / Médio	198	51,8	184	48,2		222	58,1	160	41,9	
Renda	Até R\$ 2.000,00	202	54,2	171	45,8	0,415	222	59,5	151	40,5	0,358
	>R\$ 2.000,00	153	51,0	147	49,0		168	56,0	132	44,0	
Tempo de trabalho como ACS	Até 5 anos	238	62,3	144	37,9	< 0,001	237	62,0	145	38,0	0,014
	Acima de 5 anos	117	40,2	174	59,8		153	52,6	138	47,4	
Carga horária semanal	24 horas	24	57,1	18	42,9	0,556	23	54,8	19	45,2	0,666
	40 horas	331	52,5	300	47,5		367	58,2	264	41,8	
Número de famílias acompanhadas	≤ 120	189	53,5	164	46,5	0,665	204	57,8	149	42,2	0,930
	> 120	166	51,9	154	48,1		186	58,1	134	41,9	

Fonte: Trabalho de campo realizado pela Pesquisa "Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde do norte de Minas Gerais" no município de Montes Claros, Minas Gerais no período de agosto a outubro de 2018.

fator para essa diferença do IDATE-traço entre os sexos pode ser atribuído ao possível papel de cuidador desempenhado, instintivamente, pelas mulheres⁷.

As mulheres apresentaram maior prevalência de ansiedade quando comparadas aos homens e maior risco de desenvolver tal transtorno, provavelmente devido aos fatores genéticos e os hor-

Tabela 4. Variáveis associadas ao IDATE-traço e IDATE-estado após análise multivariada entre agentes comunitários de saúde do município de Montes Claros, MG, (N=673).

Variáveis	RP ajustada	IC (95%)	P-valor
IDATE-traço			
Sexo			
Masculino	1		
Feminino	1,100	1,023-1,183	0,010
Tempo de trabalho como ACS			
Até 5 anos	1		
Acima de 5 anos	1,065	1,010-1,122	0,019
IDATE-estado			
Tempo de trabalho como ACS			
Até 5 anos	1		
Acima de 5 anos	1,160	1,104-1,220	<0,001

RP: Razão de Prevalência. IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: Trabalho de campo realizado pela Pesquisa "Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde do norte de Minas Gerais" no município de Montes Claros, Minas Gerais no período de agosto a outubro de 2018.

mônios sexuais¹⁸. Soma-se a tal fato, os aspectos negativos no trabalho (desorganização, trabalho em equipe deficiente, grande número de pessoas para serem atendidas, incompreensão dos usuários), conflitos interpessoais, problemas com os filhos e conjugais³, preocupações financeiras e com a própria saúde^{3,13,17,19} e até mesmo pela insegurança onde a pessoa reside.

No presente estudo, ambos os domínios do IDATE-6 estiveram associados ao tempo de trabalho acima de cinco anos, provavelmente por serem influenciados pela maior duração do período de exposição a um determinado contexto laboral. O estudo populacional¹², realizado nas regiões Sul e Nordeste, com profissionais das unidades de saúde da família (médicos, enfermeiros, ACS e outros), também mostrou que a prevalência de transtornos psiquiátricos menores foi significativamente maior entre os profissionais da área da saúde que trabalhavam há mais de cinco anos.

Algumas pessoas, após anos de trabalho, se sentem perturbadas com pequenas mudanças que venham acontecer no momento, enquanto outras se sentem afetadas devido à exposição por tempo prolongado. O estresse ao longo do tempo pode levar a problemas de ansiedade e contri-

buem para isso os fatores existentes no trabalho, na vida pessoal e no meio ambiente³.

Percebe-se, também, que com o passar do tempo no trabalho, aumentam-se as dificuldades para estabelecer limites entre a vida pessoal e o vínculo com a população adscrita, o que gera uma sobrecarga de funções e responsabilidades³. Angústias também podem advir da sensação de impotência perante a falta de reconhecimento e valorização das atividades desempenhadas, tanto por colegas da equipe de trabalho, quanto por gestores das instituições, além das limitações do sistema^{14,15}.

Não foram encontradas associações com as demais variáveis, porém, há artigos que apresentam associação da ansiedade com baixa escolaridade^{12,20}, indivíduos solteiros^{21,22} e baixa renda¹². Quanto à idade, há pesquisas que relatam tanto em indivíduos com mais idade^{23,24} quanto naqueles mais jovens^{12,21,25}.

O presente estudo teve como limitação o uso do autorrelato para avaliar os sintomas da ansiedade. Embora tenha utilizado um instrumento validado para abordar tais questões, deve-se levar em conta que se trata de um teste de rastreamento, não de diagnóstico. Apesar do alto índice encontrado, há que se reconhecer que a exclusão de participantes com licença médica por qualquer natureza pode ter subestimado a prevalência dos sintomas de ansiedade. Além disso, por ser um estudo transversal, não é possível estabelecer uma relação de causalidade. Por outro lado, trata-se de um estudo relevante, de base populacional, com número representativo de participantes. Há poucos estudos sobre a ansiedade como variável dependente em ACS, principalmente com a utilização do instrumento IDATE-6, forma reduzida.

As informações aqui obtidas já estão sendo compartilhadas por meio de palestras e rodas de conversas com os ACS (inicialmente de forma remota). Além disso, tem-se como meta a elaboração de um aplicativo sobre as condições de saúde mental para que esses profissionais recebam orientações.

Conclusão

O presente estudo verificou alta porcentagem de ansiedade entre os ACS da cidade de Montes Claros, MG. O tempo de trabalho como ACS acima de cinco anos esteve presente como fator associado tanto no IDATE-estado quanto no IDATE-traço e o sexo feminino esteve associado ao IDATE-traço.

Espera-se que os resultados encontrados possam contribuir para sensibilizar gestores que atuam na atenção primária e na saúde do trabalhador, valorizando a atuação dos ACS, pois estes têm um importante papel para consolidação da reorientação do modelo de assistência em saúde.

Sugere-se a realização futura de pesquisa com detalhamento longitudinal para verificar a relação causal, utilizando o IDATE-6 por ser um instrumento curto, de fácil aplicação e que quantifica componentes subjetivos relacionados à ansiedade, não possuindo restrição quanto à sua aplicação em estudos populacionais.

Colaboradores

MS Barbosa participou da concepção e delineamento do projeto, coleta e redação do artigo. JFO Freitas e FA Praes Filho participaram da busca e seleção dos estudos e redação do manuscrito. L Pinho e MFSF Brito contribuíram com a concepção, delineamento do projeto, coleta e análise dos dados. LAR Rossi-Barbosa participou da concepção e delineamento do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final.

Agradecimentos

Ao Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) pela disponibilidade do espaço para a realização da pesquisa e aos Agentes Comunitários de Saúde pela participação.

Ao Programa de Iniciação Científica Prociência das Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte), Montes Claros, MG, Brasil.

Trabalho realizado por meio do Programa de Pós Graduação em Cuidados Primários em Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil.

Referências

- Moreira I, Horta J, Duro L, Borges D, Cristofari A, Chaves J, Bassani D, Cerizolli E, Teixeira R. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2016; 11(38):1-12.
- Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3):633-640.
- Resende MC, Azevedo EGS, Lourenço LR, Faria LS, Alves NF, Farina NP, Silva NC, Oliveira SL. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(4):2115-2122.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família-ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-Pacs. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out. 2011. [acessado 2020 nov 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
- Silveira MG, Liana L, Dal PD, Petri TJ. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. *Rev Gaucha Enferm* 2015; 36(2):42-49.
- Alonso CMD, Béguin PD, Duarte FJCM. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Rev Saude Publica* 2018; 52:14.
- Santos IERS, Vargas MM, Reis FP. O agente comunitário de saúde e os estressores no contexto do trabalho. *Rev Psicol Organ Trab* 2014; 14(3):324-335.
- Ribeiro PI, Ribeiro MP, Castro SS, Walsh IAP. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. *Saude Soc* 2015; 24(1):152-164.
- Spielberger CD, Gonzalez-Reigosa F, Martinez-Urrutia A. Development of the Spanish Edition Of The State-Trait Anxiety Inventory. *Interam J Psychol* 1971; 5:3-4.
- Fioravanti-Bastos ACM, Cheniaux E, Ladeira-Fernandez J. Development and Validation of a Short-Form Version of the Brazilian State-Trait Anxiety Inventory. *Psicol Reflex Crit* 2011; 24(3):485-494.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico*, 2018. [acessado 2019 nov 4] Disponível em: www.ibge.gov.br.
- Dilélcio AS, Facchini LA, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Piccini RX, Silveira DS, Maia MFS, Osório A, Siqueira FV, Jardim VMR, Lemões MAM, Borges CLS. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(3):503-514.
- Costa CO, Costa BJ, Soares IV, Souza LDM, Silva RA. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *J Bras Psiquiatr* 2019; 68(2):92-100.
- Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(5):1375-1386.
- Neves MO, Almeida THRC, Querino ADL, Lino DCSF, Souza RC. Aspectos psicossociais do trabalho de agentes comunitários de saúde. *R S C da Uefs* 2017; 7(1):24-28.
- Vogt MS, Beck CLC, Prestes FC, Diaz PS, Tavares JP, Silva GM. Cargas físicas e psíquicas no trabalho de agentes comunitários de saúde. *Cogitare Enferm* 2012; 17(2):297-303.
- Carreiro GSP, Ferreira Filha MO, Lazarte R, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enf* 2013; 15(1):146-155.
- Kinrys G, Wygant L. Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment? *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(Supl. 2):43-50.
- Fiorin PC, Oliveira CT, Dias ACG. Percepções de mulheres sobre a relação entre trabalho e maternidade. *Rev Bras Orientac Prof* 2014; 15(1):25-35.
- Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from the Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One* 2012; 7(2):e31879.
- Andrade L, Gorenstein C, Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R. Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Braz J Med Biol Res* 2001; 34(3):367-374.
- Gama MMA, Moura GS, Araújo RF, Teixeira-Silva F. Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju (SE). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2008; 30(1):19-24.
- Santos MDL, Galdeano, LE. Traço e estado de ansiedade de estudantes de enfermagem na realização de uma prova prática. *Rev Mineira Enfermagem* 2009.
- Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica* 2008; 24:1641-1650.
- Alves Fernandes BM, Chaves Neto G, dos Santos Araújo PR, Pedroza Trajano FM, Fernandes Braga JE. Ansiedad en técnicos de enfermería de atención primaria. *Enf Global* 2018; 17(3):90-122.

Artigo apresentado em 29/06/2020

Aprovado em 26/07/2021

Versão final apresentada em 28/07/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

PRODUTO 2

Fatores associados aos sintomas depressivos em agentes comunitários de saúde
Factors associated with depressive symptoms in community health agents

RESUMO

Investigar a prevalência de sintomas depressivos e a associação com os fatores sociodemográficos, ocupacionais e comportamentais entre agentes comunitários de saúde. Estudo transversal, censitário e analítico no qual se utilizou instrumento *Patient Health Questionnaire-9* para verificar os sintomas depressivos com as demais variáveis. Realizou-se regressão múltipla de *Poisson* com variância robusta, considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). 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 ($p=0,002$), tempo de trabalho como agente comunitário de saúde acima de 6 anos ($p < 0,001$), insatisfação no trabalho ($p < 0,001$) e ser religioso ($p=0,003$) como fator de proteção. Verificou-se elevada prevalência de sintomas depressivos entre agentes comunitários de saúde.

Palavras-chave: Depressão. Agentes comunitários de saúde. Saúde do Trabalhador. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

To investigate the depressive symptoms prevalence and the association with socio demographic, occupational and behavioral factors among the community health agents. A Patient Health Questionnaire-9 cross-sectional, quantitative and analytical study was used to check the depressive symptoms with other variables. A Poisson multiple regression with robust variance was performed, considering a significance level of 5% ($p < 0.05$). 673 community health agents participated in the study. The depressive symptoms prevalence was 19.0% ($n=128$). There was an association with females ($p = 0.002$), working time as a community health agent over 6 years ($p < 0.001$), job dissatisfaction ($p < 0.001$) and the variable being religious ($p = 0.003$) as a protection factor. There was a high depressive symptoms prevalence among the community health agents, with an association with socio demographic and occupational factors.

Keywords: Depression. Community health agents. Worker's health. Primary health care.

INTRODUÇÃO

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 concentração¹ e a terceira maior causa de perda de saúde não mortal, ficando atrás somente das lombalgias e cefaleias².

Estima-se que 322 milhões de pessoas sofram desse transtorno mental, totalizando cerca de 4,4% da população mundial². Sendo assim, é o principal responsável por aproximadamente 800 mil mortes por ano decorrentes do suicídio¹. A prevalência de depressão está aumentando em todo o mundo, principalmente em países de baixa renda, devido ao crescimento populacional e ao aumento da expectativa de vida, assim, as pessoas vivem até a faixa etária adulta-idosa em que mais ocorre essa doença^{1,2}.

No Brasil, dados da *World Health Organization* (WHO) apontam que mais de 11 milhões de brasileiros (5,8% da população) são afetados pela depressão¹. Pesquisa observou que esse transtorno é mais prevalente em brasileiras e com baixa escolaridade³. Pode-se observar elevada prevalência de sintomas depressivos entre profissionais de saúde que vivenciam estresses no trabalho, ausência de retorno dos supervisores quanto ao desempenho do trabalho e o pouco apoio de colegas⁴. A baixa capacidade laboral, as classes econômicas mais inferiores e o pouco apoio social estão associados à prevalência de sinais e sintomas de depressão⁵. 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 depressivos⁴.

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;⁶⁻⁸ a ausência de materiais para desempenho de suas atribuições, que muitas vezes não são bem definidas; o baixo salário; o excesso de trabalho; o enfrentamento de condições de doenças; e a falta de reconhecimento pelos gestores, colegas de trabalho e usuários do serviço público⁸.

Além desses pontos levantados, verifica-se, ainda, que os ACS são responsáveis pela atenção integral às demandas de saúde da população e que o atendimento às famílias muitas vezes tem número maior que o recomendado^{4,8}. Ademais, 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^{6,7,9}.

A identificação de fatores relacionados ao desenvolvimento do episódio depressivo entre esses trabalhadores é necessária para garantir a sua prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoce

e, ainda, para evitar o seu agravamento, tendo em vista as repercussões danosas para a vida do indivíduo^{8,10} e para o desempenho das atividades laborais¹⁰.

Observa-se a escassez de artigos que abordam a depressão em ACS, especialmente, na região do norte de Minas Gerais. O objetivo é investigar a prevalência dos sintomas depressivos e a associação com os fatores sociodemográficos, ocupacionais e comportamentais em agentes comunitários de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo censitário, 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 equipes de saúde da família, totalizando 797 ACS. Todos com mais de um mês de trabalho foram convidados a participar da pesquisa. Estabeleceu-se como critérios de exclusão estar em desvio de função ou de licença por qualquer natureza e na condição de gestante.

O projeto da pesquisa foi apresentado à Coordenação da Atenção Primária à Saúde e às equipes de saúde da família pelos pesquisadores para sensibilização e esclarecimento sobre os procedimentos do estudo e solicitação de autorização dos responsáveis para a sua realização. Previamente, foi realizada uma capacitação com os entrevistadores 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.

Os participantes responderam a um questionário com dados sociodemográficos: sexo (feminino/masculino), faixa etária (≤ 36 anos/ > 36 anos), escolaridade (fundamental a médio incompleto/ ensino médio completo a superior completo), situação conjugal (com companheiro/sem companheiro), pessoas na família (≤ 4 pessoas/ > 4 pessoas), renda familiar (≤ 2 salários mínimos/ > 2 salários mínimos), cor de pele (branca/não branca); dados ocupacionais: formação na área da saúde (sim/não), tempo de trabalho como ACS (≤ 6 anos/ > 6 anos), carga horária semanal (< 40 horas/ ≥ 40 horas), número de famílias acompanhadas (≤ 120 famílias/ > 120 famílias), outro tipo de emprego (sim/não); dados comportamentais: religiosidade (sim/não), satisfação no trabalho foi dicotomizada em “não” (nunca a com relativa frequência) e “sim” (quase sempre/sempre).

A religiosidade foi avaliada pela dimensão organizacional do instrumento DUREL¹¹, validado por Taunay et al. (2012)¹², que verifica a frequência em igreja, templos religiosos ou em outros

encontros religiosos, com seis itens de resposta do tipo Likert (mais de uma vez por semana, uma vez por semana, uma ou duas vezes por mês, algumas vezes por ano, uma ou duas vezes por ano e nunca).

Para avaliação dos sintomas depressivos, variável dependente, utilizou-se o instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9)¹³. No Brasil, foi validado em adultos da população geral¹⁴. 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^{13,14}.

A frequência dos sintomas é avaliada em uma escala de *Likert* de zero (nenhuma vez) a três (quase todos os dias), mediante uma somatória de itens^{5,13}, em que se podem obter 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)^{13,14}.

Existem duas formas para o cálculo: a forma contínua e a forma algorítmica¹⁴. Neste estudo foi considerado como ponto de corte para a presença de sintomas depressivos a pontuação >9 em sua forma contínua, pois, segundo Santos et al.¹⁴, é mais útil como teste de rastreamento e adequado para identificar aqueles em maior risco para depressão maior, ou seja, aqueles com pontuação acima do ponto de corte.

Foram realizadas análises descritivas por meio de frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central e de variabilidade. Posteriormente, realizou-se o teste qui-quadrado de *Pearson* para verificar a associação entre a variável sintomas depressivos e as variáveis independentes. Aquelas que apresentaram valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para análise múltipla, utilizando a regressão de *Poisson* para estimar a magnitude das associações por meio da razão de prevalência (RP) bruta e ajustada e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), permanecendo no modelo final as variáveis que apresentaram significância de 5% ($p \leq 0,05$). As análises foram realizadas por meio do SPSS 20.0.

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. Cumpriu-se 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

Participaram 673 ACS, a maioria do sexo feminino (84,0%), com média de idade de 36,7 anos $\pm 9,864$, sendo mínimo de 19 e máximo de 68. O número médio de pessoas na família foi de 3,55 pessoas, mediana de 4 pessoas, com mínimo de um e máximo de dez. A renda média foi de R\$ 2.321,20 $\pm 1.133,00$, mediana R\$ 1.908,00.

A prevalência para o risco de depressão maior, segundo o PHQ-9, foi de 19,0% (n=128). Observa-se que 27,0% (n=182) foram considerados com sintomas leves. A figura 1 apresenta a porcentagem em cada categoria. Na análise bivariada, entre sintomas depressivos e variáveis sociodemográficas, ocupacionais e comportamentais, foram identificadas associações para sexo (p=0,011), formação na área da saúde (p=0,037), tempo de trabalho como ACS (p<0,001), religiosidade (p=0,011) e satisfação no trabalho (p<0,001) (Tabela 1).

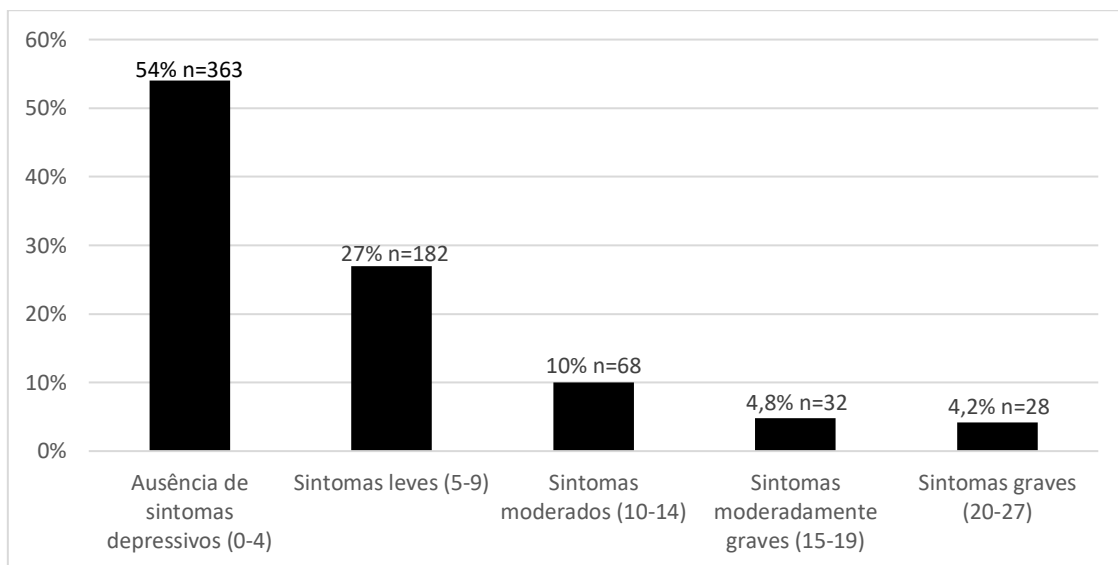


Figura 1: Prevalência de sintomas depressivos em Agentes Comunitários de Saúde de acordo com o PHQ-9 (n=673).

Tabela 1. Análise bivariada entre a variável sintomas depressivos e as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e comportamentais.

Variáveis	Ausência de sintomas depressivos e sintomas leves n (%)	Risco de depressão maior n (%)	Valor de p
Sociodemográficas			
Sexo			0,011
Masculino	97 (89,8)	11 (10,2)	
Feminino	448 (79,3)	117 (20,7)	
Faixa etária			0,708
≤ 36 anos	271 (80,4)	66 (19,6)	
> 36 anos	274 (81,5)	62 (18,5)	
Escolaridade			0,897
Superior / Médio completo	235 (80,8)	56 (19,2)	
Médio incompleto/Fundamental	310 (81,2)	72 (18,8)	
Situação conjugal			0,623
Com companheiro	328 (81,6)	74 (18,4)	
Sem companheiro	217 (80,1)	54 (19,9)	
Pessoas na família			0,908
≤ Quatro	441 (81,1)	103 (18,9)	
> Quatro	104 (80,6)	25 (19,4)	
Renda familiar*			0,271
> 2 salários mínimos	218 (79,0)	58 (21,0)	
≤ 2 salários mínimos	327 (82,4)	70 (17,6)	
Cor de pele			
Branca	73 (83,9)	14 (16,1)	
Não branca	472 (80,5)	114 (19,5)	
Ocupacionais			
Formação na área da saúde			0,037
Sim	185 (76,8)	56 (23,2)	
Não	360 (83,3)	72 (16,7)	
Tempo de trabalho como ACS			< 0,001
≤ 6 anos	360 (87,6)	51 (12,4)	
> 6 anos	185 (70,6)	77 (29,4)	
Carga horária semanal			0,681
24 horas semanais	33 (78,6)	9 (21,4)	
40 horas semanais	512 (81,1)	119 (18,9)	
Número de famílias acompanhadas			0,227
≤ 120	292 (82,7)	61 (17,3)	
> 120	253 (79,1)	67 (20,9)	
Outro tipo de emprego			0,380
Sim	50 (76,9)	15 (23,1)	
Não	495 (81,4)	113 (18,6)	
Comportamentais			
Satisfação no trabalho			< 0,001
Sim	417 (87,2)	61 (12,8)	

Não	128 (65,5)	67 (34,4)	0,011
Religiosidade			
Não	75 (72,1)	29 (27,9)	
Sim	470 (82,7)	98 (17,3)	

*Salário mínimo referência em 2018 = R\$ 954,00. ACS: Agente Comunitário de Saúde

No modelo múltiplo, as variáveis que apresentaram associação significativa com os sintomas depressivos ao nível de 5% ($p \leq 0,05$) foram: 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 IC95% são apresentados na tabela 2. A estatística do teste de *Deviance* obtido no modelo múltiplo foi 0,094 com valor de $p=0,104$, o que indica que o ajuste é adequado.

Tabela 2. Razão de prevalência entre a variável sintomas depressivos e variáveis sociodemográficas, ocupacionais e comportamentais em ACS.

Variáveis	RP bruta (IC95%)	Valor de p	RP ajustada (IC95%)	Valor de p
Sexo				
Masculino	1		1	
Feminino	2,303 (1,195 - 4,438)	0,011	1,089 (1,030 - 1,052)	0,002
Tempo de trabalho como ACS				
≤ 6 anos	1		1	
> 6 anos	3,039(2,046 - 4,514)	<0,001	1,117 (1,063 - 1,174)	<0,001
Religiosidade				
Não	1		1	
Sim	0,539 (0,333-0,872)	0,011	0,902 (0,843-0,965)	0,003
Satisfação no trabalho				
Sim	1		1	
Não	3,578(2,400 - 5,335)	<0,001	1,130 (1,071 - 1,193)	<0,001

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; ACS: agente comunitário de saúde

DISCUSSÃO

Pode-se verificar que, aproximadamente, um quinto dos ACS da amostra estudada apresentaram sintomas depressivos, os quais 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, que utilizou o PHQ-9 em forma contínua⁵. Foi similar, também, aos 18,0% em ACS na pesquisa realizada em São Paulo, Brasil, e superior aos demais trabalhadores da atenção primária, os quais responderam ao PHQ-9, porém foi utilizada a forma algorítmica para o cálculo⁴.

Estudo de base populacional realizado no Brasil, com 49.025 adultos, utilizou o PHQ-9, na forma de algoritmo com a classificação: sem depressão, depressão menor e depressão maior e encontrou prevalência de 9,7% para depressão menor e 3,9%, depressão maior¹⁵.

Estudo 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 os sintomas ansiosos, os transtornos de personalidade, as dependências químicas, a ideação e as tentativas de suicídio¹⁶. As pressões no trabalho e o acúmulo de atividades desenvolvidas podem atuar como fatores desencadeantes de depressão¹⁶. Acrescenta-se o tempo de trabalho para poder justificar essa prevalência. Tais condições são adversas ao exercício satisfatório da profissão.

A presença do sintoma depressivo nos ACS associou-se estatisticamente ao sexo feminino. Mulheres são mais propensas a ter depressão do que os homens, considerando a população geral^{2,17,18}. Em pesquisa realizada com a população adulta brasileira³ e outra com profissionais da estratégia da saúde da família⁴ houve maior prevalência de depressão e associação com o sexo feminino.

A mulher apresenta um perfil de cuidadora e desempenha jornadas de trabalhos domésticos e profissionais, isso pode contribuir com o seu adoecimento mental em estudo realizado com ACS^{10,19}. Há estudos que evidenciam a prevalência de mulheres entre ACS e na enfermagem, o que mostra a feminização do trabalho nas áreas da saúde. Isso reforça o comportamento de cuidadora que a mulher assume ao longo de anos¹⁰.

Neste estudo, ser religioso foi um fator protetor para os sintomas de depressão. Há evidências de que a religiosidade é benéfica e faz com que haja menos propensão à depressão, pois a crença e a prática religiosa provavelmente atuam como facilitadoras no ajustamento psicológico²⁰. A participação em cultos religiosos pelo menos uma vez na semana indica que a frequência nesses locais é fator de proteção para quadros de esgotamento emocional²¹.

O exercício da religiosidade, espiritualidade e crenças provoca diminuição nos indícios de depressão e aumento da qualidade de vida²². Essa prática aumenta o otimismo (satisfação, felicidade, esperança), especialmente em casos de doença, como demonstrado em artigo de revisão sistemática o qual concluiu que intervenções religiosas trazem benefícios adicionais, que incluem redução dos sintomas clínicos na área da saúde mental²³.

O maior tempo de trabalho associou-se à presença de episódio depressivo. Em estudo com profissionais da atenção primária, verificou-se que aqueles com mais tempo na ESF apresentaram maior chance de esgotamento, sintomas depressivos e depressão do que aqueles com menos tempo de trabalho⁴.

Essa associação provavelmente se deve à exposição prolongada aos estressores ocupacionais por atuarem na porta de entrada do serviço de saúde e pelas responsabilidades em acolher as demandas da população adscrita. Desta forma, há repercussões, como estresse no trabalho e desenvolvimento de sintomas depressivos⁴.

Quanto à insatisfação no trabalho, estudo verificou 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^{19,24}. As diversas funções do ACS podem trazer sobrecarga e levá-los a se sentirem impotentes, o que limita a realização de um trabalho eficiente e causa sofrimento psicológico^{25,26}. Geralmente, os ACS ficam frustrados e fragilizados com a realidade de trabalho, o que pode gerar baixa autoestima e depressão²⁷.

A prevalência expressiva dos sintomas de depressão em ACS mostra a necessidade de implementar medidas de promoção e proteção à saúde mental deste trabalhador. Desta forma, é possível limitar o impacto em sua qualidade de vida, na rotina diária do trabalho e com seus familiares. Para isso, é necessário investir na formação continuada dos ACS e promover capacitações para que esses se sintam seguros de executar suas funções na comunidade. Isso favorece uma participação mais ativa desses 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 ESF⁵.

No que se refere às limitações, 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, essa 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 a prática de gestores e de equipes de saúde a fim de se criarem novos ambientes de trabalho que colaborem com a saúde mental dos ACS.

CONCLUSÃO

O estudo verificou alta prevalência de sintomas depressivos entre agentes comunitários de saúde. O sexo feminino, o 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.

Torna-se importante identificar sintomas depressivos entre ACS no intuito de formular programas educacionais e estratégias para a orientação e o diagnóstico precoce.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) pela disponibilidade do espaço para a realização da pesquisa e aos Agentes Comunitários de Saúde pela participação.

Ao Programa de Iniciação Científica Prociência das Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte), Montes Claros, MG, Brasil.

Trabalho realizado por meio do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Cuidado Primário da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global health estimates 2017. Geneva: WHO; 2017 [acesso em 11 abr 2021]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/
2. GBD 2017 disease and injury incidence and prevalence collaborators. 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*. 2018;392(10159):1789-1858.
3. Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, et al. Prevalence of self-reported depression in Brazil: 2013 National Health Survey results. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(2 Suppl):170-80.
4. Silva AT, Lopes CS, Susser E, Menezes PR. Work-related depression in primary care teams in Brazil. *Am J Public Health*. 2016;106(11):1990-7.
5. Moura DC, Leite IC, Greco RM. Prevalência sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(2): e0026395.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 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). Brasília (DF): Ministério da Saúde;2017[acesso em 11 abr 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

7. Pinto LF, Giovanella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1903-14.
8. Alonso CM, Béguin PD, Duarte FJ. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(14). Review.
9. Samudio JL, Brant LC, Martins AC, et al. Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(3):745-69.
10. Krug SB, Dubow C, Santos AC, et al. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de Agentes Comunitários de Saúde no sul do Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(3):771-88.
11. Koenig HG, BA. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*. 2010; 1:78-85.
12. Taunay TCD, Gondim FAA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMS, et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiquiatr Clin* 2012;39(4):130-35.
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13.
14. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(8):1533-43.
15. Barros MB, Lima MG, Azevedo RC, et al. Depression and health behaviors in Brazilian adults - PNS 2013. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(Suppl1):8s.
16. Barbosa KK, Vieira KFL, Alves ER et al. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(3):515-22.
17. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Depressão: Folha informativa*. Brasília -DF: OPAS; 2021 [acesso em 11 abr 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>
18. World Health Organization (WHO). *Depression*. Geneva: WHO; 2020 [acesso em 11 abr 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
19. Castro TA, Davoglio RS, Nascimento AA, et al. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. *Cad Saúde Colet*. 2017;25(3):294-301.
20. Silva SK, Passos SM, Souza LD. Associação entre religiosidade e saúde mental em pacientes com HIV. *Psicol Teor Prát*. 2015;17(2):36-51.
21. Martins LF, Laport TJ, Menezes VP, et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(12):4739-50.

22. Molina NP, Tavares DM, Haas VJ, et al. Religiosity, spirituality and quality of life of elderly according to structural equation modeling. *Texto & Contexto Enferm.* 2020;29: e20180468.
23. Gonçalves JPB, Lucchetti G, Menezes PR, et al. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychol Med.* 2015;45(14):2937-49.
24. Santos AC, Hoppe AS, Krug SB. Agente comunitário de saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. *Physis (Rio J.)*. 2018;28(4): e280403.
25. Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde Soc.* 2012;21(1):141-52.
26. Silva ES, Souza CL, Matos RS, Magalhães SL, Prates JL, Souza AO, et al. Atuação do agente comunitário na promoção da saúde na atenção básica: revisão integrativa da literatura. *Braz J Hea Rev.* 2020;3(5):14878-93.
27. Lima JM, Queiroz MD, Lopes GP, Santos VC. 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; 2011; Feira de Santana. Anais. Universidade Estadual de Feira de Santana.

PRODUTO 3

Sintomas de ansiedade e depressão entre Agentes Comunitários de Saúde e fatores associados**Ansiedade e depressão entre Agentes Comunitários de Saúde**

Mariane Silveira Barbosa

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, prédio 6 - Av. Rui Braga, s/nº - Vila Mauriceia, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: msb.mariane@gmail.com

ORCID: [0000-0002-2422-7336](https://orcid.org/0000-0002-2422-7336)

Lucinéia de Pinho

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes.

E-mail: lucineiapinho@hotmail.com

ORCID: [0000-0002-2947-5806](https://orcid.org/0000-0002-2947-5806)

Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes.

E-mail: nanda_sanfig@yahoo.com.br

ORCID: [0000-0002-6133-9855](https://orcid.org/0000-0002-6133-9855)

Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes.

E-mail: luiza.rossi@unimontes.br

ORCID: [0000-0002-7286-7733](https://orcid.org/0000-0002-7286-7733)

RESUMO**Objetivo:**

Verificar a prevalência de depressão e ansiedade concomitantemente e a associação com as variáveis sociodemográficas, ocupacionais, comportamentais e qualidade de vida profissional em agentes comunitários de saúde.

Métodos:

Estudo epidemiológico, censitário, transversal no qual se utilizou um questionário com variáveis sociodemográficas, ocupacionais, comportamentais e de qualidade de vida profissional. A variável

dependente foi composta pelos sintomas ansiosos e depressivos. Realizou-se análise múltipla pelo Modelo de Regressão Logística Multinomial, adotando nível de significância de 5%.

Resultados:

Participaram do estudo 673 agentes comunitários de saúde, 14,0% apresentaram sintomas de ansiedade e depressão concomitantemente. Estiveram associadas as variáveis faixa etária de 30 anos ou mais (OR:0,30; IC:0,14-0,66), tempo de trabalho acima de seis anos (OR:4,17; IC:2,11-8,21), dormir mal (OR:4,84; IC:1,77-13,18), incapacidade de lidar com o estresse no dia a dia (OR:4,06; IC:2,22-7,42), autoestima insatisfatória (OR:5,67; IC:2,84-11,33), *Burnout* (OR:5,00; IC:2,60-9,64) e estresse traumático (OR:3,59; IC:1,81-7,11).

Conclusões:

Fatores sócio-ocupacionais, comportamentais e de qualidade de vida profissional estiveram associados à ansiedade e depressão, o que sugere a necessidade de alternativas para a otimização da saúde dos ACS.

Palavras-Chave: agente comunitário de saúde, ansiedade, depressão, saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The anxiety and depression symptoms among the Community Health Agents and the associated factors.

The anxiety and depression among the community health workers

Objective:

To verify the concomitant prevalence of depression and anxiety and the association with sociodemographic, occupational, behavioral variables and quality of professional life in community health agents.

Methods:

Epidemiological, census, cross-sectional study in which it was used a questionnaire was used with sociodemographic, occupational, behavioral and quality of professional life. The dependent variable was composed of anxious and depressive symptoms. Multiple analysis was performed using the Multinomial Logistic Regression Model, adopting a significance level of 5%.

Results:

A number of 673 community health workers participated in the study, 14.0% of them had anxiety and depression symptoms concomitantly. They were associated with the variables: age 30 years or more (OR:0,30; IC:0,14-0,66), working time over six years (OR:4,17; IC:2,11-8,21), poor sleep (OR:4,84; IC:1,77-13,18), the inability to deal with everyday stress (OR:4,06; IC:2,22-7,42), unsatisfactory self-esteem OR:5,67; IC:2,84-11,33), *Burnout* (OR:5,00; IC:2,60-9,64) and traumatic stress (OR:3,59; IC:1,81-7,11).

Conclusions:

The socio-occupational, behavioral and quality of professional life factors were associated with anxiety and depression, what suggests the need for alternatives to optimize the CHA's health.

Keywords: community health agent, anxiety, depression, worker's health.

INTRODUÇÃO

A saúde mental refere-se ao bem-estar no qual o indivíduo desempenha suas habilidades pessoais, adquire capacidade de lidar com os estresses da vida e desenvolve o trabalho de forma produtiva¹. Fatores individuais, sociais, culturais, ambientais, políticos e econômicos interferem na saúde mental e, conseqüentemente, estão associados aos transtornos psiquiátricos. Mais de 450 milhões de pessoas ao redor do mundo possuem algum transtorno mental², e nas Américas esses transtornos são responsáveis por mais de um terço do número de pessoas incapacitadas³, dentre eles, a ansiedade e a depressão são os mais comuns na população geral⁴.

A ansiedade é considerada um transtorno mental se os sintomas como medo, insegurança e apreensão são intensos, frequentes e causam prejuízo na funcionalidade dos indivíduos⁵. Estima-se que cerca de 33% da população mundial possui transtorno de ansiedade, e o Brasil está entre os países com maior número de pessoas acometidas³. Pessoas que apresentam transtornos ansiosos também podem estar suscetíveis a vivenciar problemas interpessoais em suas relações sociais, assim como apresentar severo comprometimento da qualidade vida. É necessário identificar precocemente alterações de comportamento e tratar de forma adequada, a fim de amenizar o quadro psiquiátrico e suas repercussões⁶.

A depressão é uma síndrome heterogênea, incapacitante e muito comum, principalmente, em mulheres⁷. A presença de tristeza ou anedonia associada a alterações somáticas e cognitivas são características do transtorno depressivo⁵. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas de todas as faixas etárias sofram com esse transtorno em todo o mundo⁷. No Brasil, dados demonstram que a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas, o que corresponde a 5,8% da população e, desse modo, gera sofrimento pessoal e consideráveis prejuízos econômicos¹.

Diferentes categorias profissionais são muito vulneráveis ao adoecimento mental, dentre elas, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tendo em vista sua sobrecarga de atividades laborais em condições precárias e a debilidade na sua formação profissional para enfrentamento de situações relacionais entre equipe e população^{8,9}. Estudos evidenciam que a prevalência de sintomas depressivos entre agentes é de 20,6%¹⁰, e 17,24% apresentam grau de ansiedade grave¹¹. Os ACS enfrentam situações inóspitas, como condições laborais precárias, sobrecarga em suas atribuições, formação profissional deficiente e pouco reconhecimento de seu trabalho. Ademais, não

compartilham suas dificuldades e preocupações, o que desencadeia estresse ocupacional e alterações psíquicas^{8,11,12}. Essa situação pode levar a ocorrência de ansiedade e/ou depressão, o que compromete sua produtividade e causa afastamento por transtornos mentais^{13,14}.

Há evidências de grau moderado de ansiedade relacionado a eventos estressantes no contexto laboral entre agente comunitário de saúde (ACS)¹¹. Além disso, existe relação entre prevalência de sintomas de depressão associados a questões ocupacionais e ao estilo de vida destes profissionais¹⁰. Suporte social e controle laboral são fatores que previnem o aparecimento de sintomas depressivos entre profissionais do setor público¹⁵. As repercussões do adoecimento psíquico geram prejuízos para os indivíduos e afastamento do trabalho, principalmente os relacionados aos transtornos de ansiedade¹⁶.

Estudar a presença de sintomas ansiosos e depressivos é fundamental diante das altas prevalências desses problemas e das repercussões para a vida do trabalhador, para o serviço de saúde e para a sociedade. Na literatura, observam-se artigos que avaliam a saúde mental de ACS no que diz respeito a transtornos ansiosos e depressivos em contextos distintos. No entanto, o presente estudo justifica-se por ser um diferencial na literatura ao analisar sintomas ansiosos e depressivos concomitantemente nesta população, especialmente no norte de Minas Gerais. O objetivo deste estudo é identificar a prevalência simultânea de sintomas ansiosos e depressivos e a associação com os fatores sociodemográficos, comportamentais e de qualidade de vida profissional em ACS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, censitário, transversal e analítico, componente do projeto intitulado “Condições de trabalho e saúde de Agentes Comunitários de Saúde no norte de Minas Gerais”, realizado na cidade de Montes Claros, MG, Brasil. A população foi composta por ACS cadastrados nas 135 unidades da Estratégia da Saúde da Família (ESF) de Montes Claros, MG no ano de 2018. Entre todas as unidades, 125 estão presentes na zona urbana e 10 na zona rural, constando 797 ACS na época da pesquisa.

Inicialmente, realizaram-se reuniões com a gestão municipal, os coordenadores das equipes de saúde da família e com os ACS para sensibilizar e explicar sobre o propósito da pesquisa e obter a autorização dos responsáveis. Previamente à coleta de dados, foi realizada a capacitação dos entrevistadores e conduziu-se um estudo piloto com 15 ACS, que não se enquadravam nos critérios de inclusão, a fim de padronizar os procedimentos da pesquisa. A coleta de dados ocorreu por uma equipe multiprofissional formada por profissionais da área da saúde e por acadêmicos de iniciação científica.

Os ACS foram convidados a comparecer ao Centro de Referência Regional em Saúde do

Trabalhador (CEREST) em dias úteis da semana, no horário matutino, após serem previamente agendados. Foram incluídos todos os ACS com atuação na equipe de ESF há pelo menos seis meses e excluídos aqueles em desvio de função ou de licença médica por qualquer natureza e na condição de gestante.

A variável dependente, ansiedade e depressão, foi investigada utilizando os instrumentos Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE-6 (forma reduzida)¹⁷ e o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9)¹⁸. As variáveis independentes se referiram às características sociodemográficas, econômicas, ocupacionais, comportamentais e qualidade de vida profissional.

O IDATE-6 foi desenvolvido com a finalidade de fornecer uma medida operacional confiável para dois componentes da ansiedade: Estado e Traço¹⁷. As respostas do IDATE-Estado são apresentadas em uma escala *Likert* de quatro pontos: 1- absolutamente não; 2-um pouco; 3- bastante; 4- muitíssimo. As pontuações das perguntas positivas são invertidas, ou seja, as de números 1, 3 e 5. Os escores são obtidos pela soma das respostas, sendo 6 a pontuação mínima e 24 a máxima. Os pesquisadores do presente estudo optaram pelo IDATE-Estado, visto que este sinaliza como o entrevistado se sente “agora, neste momento” em relação aos seis itens. Aqueles com valor abaixo foram considerados “sem sintoma de ansiedade”, e com valor acima, “com sintoma de ansiedade”.

O instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) foi utilizado para avaliação dos sintomas depressivos¹⁷. No Brasil, foi validado em adultos da população geral¹⁹. Quantifica 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^{18,19}. 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^{10,18}. Neste estudo, foi considerada como ponto de corte para a presença de sintomas depressivos a pontuação >9 em sua forma contínua pois é mais útil como teste de rastreamento e adequada para identificar aqueles em maior risco para depressão maior, ou seja, aqueles com pontuação acima do ponto de corte¹⁹.

Após dicotomizar a variável sintomas de depressão e sintomas de ansiedade, foi elaborada a variável número de sintomas por meio da soma das duas variáveis, que apresentou três valores: 0, 1 ou 2. Soma igual a zero foi classificada como “sem sintoma”, soma igual a um, “com um dos sintomas”, e soma igual a dois, “ambos os sintomas”.

As características sociodemográficas, econômicas e ocupacionais se referiram a sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, tempo de trabalho como ACS, carga horária semanal, vínculo empregatício e número de famílias acompanhadas. As variáveis comportamentais foram

atividade física, tabagismo, consumo de álcool, consumo de remédio, qualidade do sono, capacidade de lidar com o estresse no dia a dia, autoavaliação do estilo de vida e autoestima. E as variáveis de qualidade de vida profissional pesquisadas foram satisfação por compaixão, *Burnout* e estresse traumático.

As questões sobre atividade física, tabagismo, consumo de álcool, consumo de remédio, qualidade do sono, capacidade de lidar com o estresse no dia a dia e satisfação no trabalho fazem parte do instrumento “Estilo de Vida Fantástico”²⁰. Esse instrumento considera o comportamento dos indivíduos nos últimos 30 dias. É composto em escala de frequência do tipo *likert* com cinco alternativas que variam de zero a quatro pontos. A variável atividade física foi dicotomizada em “menos de uma vez na semana” e “mais de uma vez na semana”. Consumo de cigarro foi dicotomizado em “sim” (1 a mais de 10 por dia) e “não” (nenhum nos últimos 6 meses a nenhum nos últimos 5 anos). Consumo de álcool foi dicotomizado em “não” (consumo de 0 a 7 doses/semana) e “sim” (de 8 a mais de 20 doses). Abuso de remédio foi dicotomizado em “não” (quase nunca/nunca) e “sim” (quase diariamente, com relativa frequência e ocasionalmente). Se dorme bem e se sente-se descansado foi dicotomizado em “não” (quase nunca a algumas vezes/com relativa frequência) e “sim” (quase sempre/sempre). Capacidade de lidar com o estresse do dia a dia foi dicotomizada em “não (nunca a algumas vezes) e “sim” (com relativa frequência a sempre). Satisfação no trabalho foi dicotomizada em “não” (nunca a com relativa frequência) e “sim” (quase sempre/sempre).

Para a avaliação da autoestima foi utilizada a Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR, com os dez itens com opções de respostas organizadas no modelo *Likert*, que variam de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”. As questões são fundamentadas em dois princípios: autoestima positiva (5 questões) e autoestima negativa (5 questões), assim cada resposta assume um valor (1-4 pontos)^{21,22}. Os valores das questões positivas foram invertidos durante o processo de análise. O escore obtido com a Escala pode variar de 10 a 40, calculado somando-se as pontuações obtidas através das respostas dadas às dez frases²¹. No presente artigo, foi utilizada a média, assim, consideraram-se autoestima satisfatória com escore maior ou igual a 32 e insatisfatória com escore menor que 32²³.

O *Professional Quality of Life Scale* versão cinco (ProQOL-V) é composto de 30 questões que presumem a percepção do indivíduo em relação a aspectos de sua vida nos últimos 30 dias. Três fatores são considerados nesse questionário: fator 1) satisfação por compaixão; fator 2) avaliação da síndrome de *Burnout* e fator 3) estresse traumático. As respostas às questões são fornecidas de acordo com a frequência em que as situações e os sentimentos são experimentados pelos profissionais durante o trabalho em uma escala de cinco respostas do tipo *likert*: “Nunca” corresponde a “1”, e “Muito Frequentemente” corresponde a “5”. As pontuações das questões relacionadas a *Burnout*

devem ser invertidas. A soma das respostas para cada dimensão é interpretada como baixa, se o valor for igual ou menor que 22; média, quando o valor estiver entre 23 e 41; e alta, quando o valor for igual ou superior a 42²⁴.

Foram processadas análises descritivas por meio da frequência absoluta, relativa e medidas de tendência central. Em seguida, foram realizadas as análises bivariadas entre a variável desfecho (ansiedade e depressão) e cada variável independente por meio do teste de qui-quadrado, e aquelas que apresentaram nível (valor-p) até 25% foram selecionadas para análise múltipla.

Na análise múltipla, utilizou-se o Modelo de Regressão Logística Multinomial, que teve como categoria de referência a ausência de sintomas ansiosos e depressivos. Foram estimadas as razões de chances (OR), com intervalo de 95% de confiança. O ajuste do modelo múltiplo se deu pelo método *backward*, e o valor-p < 0,05 foi considerado para a sua permanência.

Nesse método, todas as variáveis selecionadas na análise bivariada foram inseridas, e a contribuição de cada uma foi verificada por meio da sua significância estatística pelo teste de Wald. A variável que atendeu ao critério de remoção (valor-p > 0,05) foi excluída do modelo, e um novo padrão foi reestimado com as variáveis restantes. Esse processo foi repetido em etapas sucessivas até que todas as variáveis que não contribuíram foram retiradas²⁵. Para análise da qualidade de ajuste, foi adotado o teste *Deviance*, ao nível de 0,05, e o Pseudo-R² de *Nagelkerke* (FÁVERO, 2015). Utilizou-se o software SPSS versão 23.0 para realizar as análises estatísticas.

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. Cumpriu-se 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

Dos 797 ACS, 124 (15,5%) foram excluídos. Desses, 122 devido a desvio de função, à condição de gestante ou ao tempo de trabalho inferior a um mês nesta função, e outros dois por não terem preenchido os instrumentos sobre ansiedade e depressão. Portanto, participaram do estudo 673 ACS com predominância do sexo feminino, com média de idade de 36,7 anos (DP=9,86), mínimo de 19 e máximo de 68 anos e mediana de 36,5. Quanto à renda familiar, a média foi de R\$ 2.321,21 (DP=1.133,00). A média de atuação como ACS quanto ao tempo de trabalho foi de 6 anos e 1 mês (DP=5 anos e 7 meses), com máximo de 20 anos. As demais informações quanto ao perfil dessa população estão representadas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos agentes comunitários de saúde segundo variáveis sociodemográficas, ocupacionais, comportamentais e condições de saúde mental. Montes Claros, MG, 2018.

Variáveis	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	108	16,0
	Feminino	565	84,0
Faixa etária	≤ 30 anos	337	50,1
	> 30 anos	336	49,9
Situação conjugal	Sem companheiro	277	41,2
	Com companheiro	396	58,8
Escolaridade	Fundamental	382	56,8
	Médio/superior	291	43,2
Renda familiar	Até R\$ 2300,0	397	59,0
	Acima de R\$ 2300,0	276	41,0
Tempo de trabalho como ACS	≤ 6 anos	420	62,4
	> 6 anos	253	37,6
Carga horária semanal	24 horas	42	6,2
	40 horas	631	93,8
Número de famílias acompanhadas	≤ 120	353	52,5
	>120	320	47,5
Vínculo empregatício	Concursado/Efetivo	175	26,0
	Contratado/Celetista	496	73,7
	Mais de uma vez na semana	285	42,6
Atividade Física	Menos de uma vez na semana	388	57,7
	Não	644	95,7
Tabagismo	Sim	29	4,3
	Não	419	62,3
Consumo de álcool	Sim	254	37,7
	Não	572	85
Abuso de remédio	Sim	101	15,1
	Sim	469	69,7
Dorme bem e se sente descansado	Não	204	30,3
	Sim	240	35,7
Capacidade de lidar com o estresse no dia a dia	Não	433	64,3
	Bom/muito bom	392	58,2
Autoavaliação do estilo de vida	Nem ruim e nem bom	165	24,5
	Ruim/muito ruim	116	17,2
	Satisfatória	324	48,1
Autoestima	Insatisfatória	349	51,9
	Alta	187	27,8
Satisfação por Compaixão	Baixa/moderada	486	72,2
	Baixa	418	62,1
<i>Burnout</i>	Moderada	255	37,9
	Baixa	342	50,8
Estresse Traumático	Moderada/alta	331	49,2

Fonte: Trabalho de campo realizado pela Pesquisa “Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde do norte de Minas Gerais”.

Observou-se que 321 dos ACS (47,7%; IC95%: 43,92%-51,3%) não apresentaram sintomas de depressão ou de ansiedade, 259 (38,3%; IC95%: 34,7%-42,0%) apresentaram um dos sintomas e 94 (14,0%; IC95%: 11,5%-16,70%) apresentaram ambos os sintomas (ansiedade e depressão). A Figura 1 apresenta a distribuição dos ACS segundo o número de sintomas relacionados ao sexo.

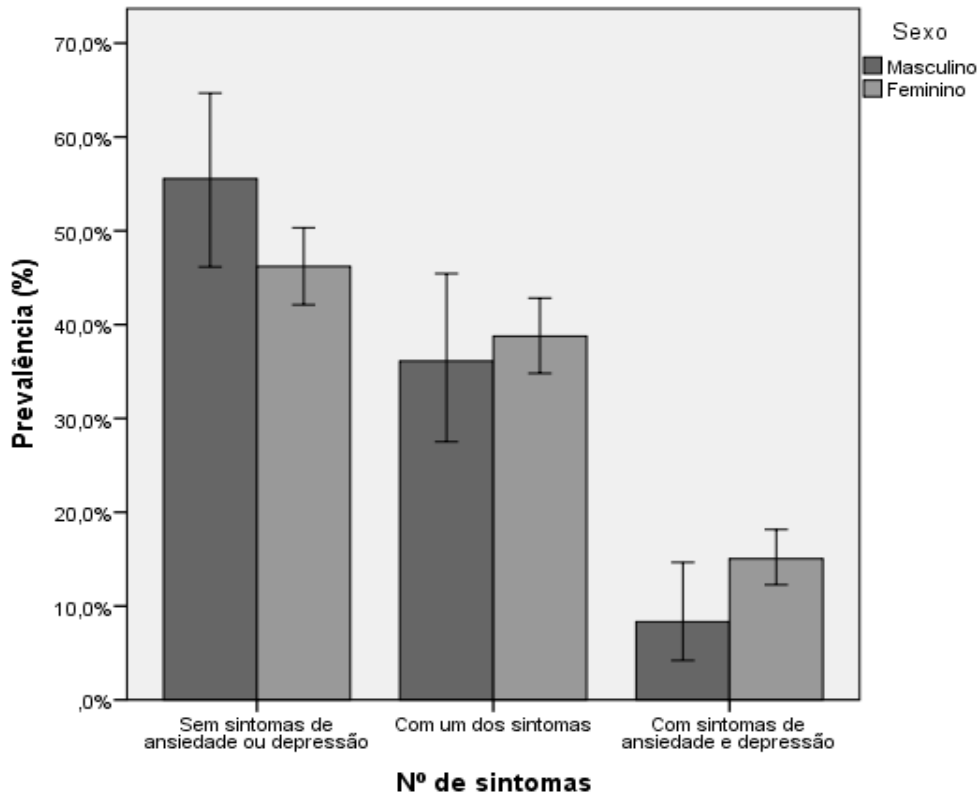


Figura 1: Distribuição dos ACS segundo nº de sintomas e sexo, Montes Claros/MG, 2018.

Na Tabela 2, estão apresentadas as distribuições da variável sintomas de ansiedade e depressão segundo características sociodemográficas e ocupacionais dos ACS. As variáveis sexo, faixa etária, tempo de ACS, vínculo empregatício e número de famílias acompanhadas apresentaram nível descritivo $\leq 0,25$ e foram selecionadas para compor o modelo múltiplo.

Tabela 2: Distribuição dos ACS segundo sintomas de ansiedade e depressão e variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Montes Claros/MG, 2018.

Variáveis	Sintomas ansiosos / depressivos			Valor-p*
	Ausência de sintomas	Ansiedade ou depressão	Ambos os sintomas	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				0,093*
Masculino	60(55,6)	39(36,1)	09(8,3)	
Feminino	261(46,2)	219(38,8)	85(15,0)	
Faixa etária				0,002*
Abaixo de 30 anos	60(55,6)	46(27,1)	26(15,3)	
30 anos ou mais	261(44,3)	212(42,1)	68(13,6)	
Situação conjugal				0,290
Sem companheiro	137(49,5)	97(35,0)	43(15,5)	
Com companheiro	184 (46,5)	161(40,7)	51(12,8)	
Escolaridade				0,673
Fundamental/Médio	178(46,6)	152(39,8)	52(13,6)	
Superior	143 (49,2)	106(36,4)	42(14,4)	
Renda familiar**				0,766
Até R\$ 2.300,0	194(48,9)	149(37,5)	54(13,6)	
Acima de R\$2.300,0	127(46,0)	109(39,5)	40(14,5)	
Tempo de ACS**				<0,001*
Até 6 anos	239(56,9)	147(35,0)	34(8,1)	
Mais de 6 anos	82(32,4)	111(43,9)	60(23,7)	
Carga horária				0,909
24 h/semana	20(47,6)	17(40,5)	5(11,9)	
40 h/semana	301(47,7)	241(38,2)	89(14,1)	
Vínculo empregatício				<0,001*
Efetivo/Concursado	59(33,7)	71(40,6)	45(25,7)	
Contratado/Celetista	262(52,8)	185(37,3)	49(9,9)	
Nº de famílias acompanhadas**				0,245*
Até 120 famílias	170(48,2)	141(39,9)	42(11,9)	
Mais de 120 famílias	151(47,2)	117(36,6)	52(16,2)	
Total (n=673)	321 (47,7)	258 (38,3)	94 (14,0)	

* Significante ao nível de 0,25 - Teste Qui-quadrado; ** Ponto de corte: valor médio

Na Tabela 3, estão apresentadas as distribuições do desfecho da variável sintomas ansiosos e depressivos segundo variáveis relacionadas ao comportamento e às condições de saúde mental dos ACS. O teste Qui-quadrado revelou que as variáveis consumo de remédio, qualidade de sono, estresse, estilo de vida, autoestima, satisfação por compaixão, *Burnout* e estresse traumático apresentaram nível descritivo $\leq 0,25$ e foram selecionadas para o modelo múltiplo.

Tabela 3: Distribuição dos ACS segundo sintomas ansiosos e depressivos e variáveis comportamentais e condições de saúde mental. Montes Claros/MG, 2018.

Variáveis	Sintomas ansiosos / depressivos			Valor-p*
	Ausência de sintomas	Ansiedade ou depressão	Ambos os sintomas	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Atividade Física				
Menos de 1 vez por semana	170 (43,8)	154 (39,7)	64 (16,5)	0,023
Mais de mais de 1 vez por semana	151 (53,0)	104 (36,5)	30(10,5)	
Tabagismo				0,484
Não	304(47,2)	249(38,7)	91(14,1)	
Sim	17(58,7)	09(31,0)	03(10,3)	
Consumo de álcool				0,769
Não	196(46,8)	165(39,4)	58(13,8)	
Sim	125(49,2)	93(36,6)	36(14,2)	
Consumo exagerado de remédio				<0,001*
Não faz uso exagerado	290(50,7)	213(37,2)	69(12,1)	
Uso exagerado	31(30,6)	45(44,6)	25(24,8)	
Qualidade do sono				<0,001*
Dorme mal	192(40,9)	188(40,1)	89(19,0)	
Dorme bem	129(63,2)	70(34,3)	5(2,5)	
Capacidade de lidar com estresse no dia a dia				<0,001*
Não lida bem	67(27,9)	108(45,0)	65(27,1)	
Lida bem	254(58,7)	150(34,6)	29(6,7)	
Estilo de vida				<0,001*
Ruim/muito ruim	42(36,2)	45(38,8)	29(25,0)	
Nem ruim nem bom	66(40,0)	61(37,0)	38(23,0)	
Bom/Muito bom	213(54,3)	152(38,8)	27(6,9)	
Autoestima**				<0,001*
Insatisfatória	109(31,2)	160(45,9)	80(22,9)	
Satisfatória	212(65,4)	98(30,3)	14(4,3)	
Satisfação por compaixão				<0,001*
Baixa/Moderada	207(42,6)	200(41,2)	79(16,2)	
Alta	114(61,0)	58(31,0)	15(8,0)	
<i>Burnout</i>				<0,001*
Baixo	65(25,5)	116(45,5)	74(29,0)	
Moderado	256(61,2)	142(34,0)	20(4,8)	
Estresse Traumático				<0,001*
Baixo	102(30,8)	153(46,2)	76(23,0)	
Moderado/alto	219(64,0)	105(30,7)	18(5,3)	
Total (n=673)	321 (47,7)	258 (38,3)	94 (14,0)	

* Significante ao nível de 0,25 - Teste Qui-quadrado; ** Ponto de corte: valor médio

Os resultados do modelo final estão apresentados na Tabela 4, na qual se observam variáveis que apresentaram associação com sintomas ansiosos e depressivos. O teste de *Deviance* revelou

qualidade de ajuste do modelo final ($\chi^2=403,3$; gl=414; p-valor = 0,637), e o pseudo R^2 de Nagelkerke apontou que o modelo ajustado explicou 40,6% da variabilidade da variável desfecho sintomas ansiosos e depressivos.

Tabela 4: Modelo de regressão logística múltiplo, odds ratio (IC95%), para a associação entre a variável desfecho sintomas ansiosos e depressivos e variáveis sociodemográficas, ocupacionais, comportamentais e condições de saúde mental dos ACS. Montes Claros/MG, 2018.

Variáveis	Sintomas ansiosos / depressivos			
	Ansiedade ou depressão		Ambos os sintomas	
	OR (IC95%)	Valor-p	OR (IC95%)	Valor-p
Faixa etária				
Abaixo de 30 anos	1,00		1,00	
30 anos ou mais	1,32(0,84-2,09)	0,227	0,30(0,14-0,66)	0,002
Tempo de ACS				
Até 6 anos	1,00		1,00	
Mais de 6 anos	1,46(0,97-2,20)	0,070	4,17(2,11-8,21)	<0,001
Qualidade de Sono				
Dorme bem	1,00		1,00	
Dorme mal	1,25(0,85-1,86)	0,261	4,84(1,77-13,18)	0,002
Capacidade de lidar com Estresse no dia a dia				
Sim	1,00		1,00	
Não	2,06 (1,38-3,08)	<0,001	4,06(2,22-7,42)	<0,001
Autoestima				
Satisfatória	1,00		1,00	
Insatisfatória	2,38(1,64-3,44)	<0,001	5,67 (2,84-11,33)	<0,001
Burnout				
Baixo	1,00		1,00	
Moderado	1,77(1,17-2,67)	0,006	5,00(2,60-9,64)	<0,001
Estresse traumático				
Baixo	1,00		1,00	
Moderado/Alto	2,09(1,43-3,06)	<0,001	3,59(1,81-7,11)	<0,001

Categoria de referência da variável desfecho: sem sintomas de depressão ou ansiedade; OR= odds ratio; IC: Intervalo de confiança. Teste Deviance: $\chi^2 = 189.8$ (gl= 176); p-valor = 0,225; Pseudo $R^2_{Nagelkerke}=0,398$.

A idade acima de 30 anos e a qualidade do sono ruim estiveram presentes como fatores associados entre aqueles com ambos os sintomas (ansiedade e depressão). Tempo de trabalho como ACS por mais de seis anos, não saber lidar bem com o estresse no dia a dia, autoestima insatisfatória,

Burnout e estresse traumático estiveram presentes tanto naqueles com um dos sintomas, ansiedade ou depressão, quanto naqueles com ambos os sintomas.

DISCUSSÃO

Poucas são as pesquisas que avaliam a saúde mental de trabalhadores da atenção primária, principalmente envolvendo os ACS e avaliando concomitantemente a ansiedade e a depressão. No presente estudo, a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos foi observada em grande parcela de ACS. Estudo que avaliou sintomas depressivos através do instrumento PHQ-9 constatou prevalência de 20,6% entre ACS¹⁰.

O resultado foi inferior se comparado com o estudo sobre transtornos mentais comuns entre trabalhadores da Atenção Básica à saúde, que apresentou prevalência de 22,9%²⁶. Entretanto, esteve acima dos resultados da pesquisa realizada com trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil, cuja prevalência foi de 16,0% de transtornos psiquiátricos menores¹³. A prevalência de transtorno mental comum em trabalhadores da rede básica de saúde no interior de São Paulo foi de 42,6%, o que reforça as repercussões do trabalho na saúde mental desses profissionais²⁷. Em outro estudo que avalia ansiedade entre ACS, 75,0% apresentam ansiedade moderada, e 17,24% grau de ansiedade grave¹¹. As divergências quanto à prevalência de sintomas ansiosos e depressivos provavelmente se devem à escolaridade entre os profissionais de nível superior e os trabalhadores de nível médio¹³ como também às diferentes características quanto às ocupações.

A idade acima de 30 anos esteve associada à presença de sintomas ansiosos e depressivos dentre os profissionais deste estudo. Como a maioria dos ACS é do sexo feminino, talvez a associação com a idade possa ser justificada tanto pelas alterações hormonais como pelo fato de que muitas delas sejam arrimo de família, ou seja, além da exigência como profissionais há também as responsabilidades com a criação dos filhos e os deveres da casa. Porém, sinais e sintomas de depressão não estiveram associados à idade em outro estudo com ACS¹⁰, e pesquisa entre estudantes universitários da área da saúde observou alta prevalência de ansiedade e depressão naqueles menores de 20 anos²⁸.

No presente estudo, houve associação com o tempo de trabalho acima de seis anos. Em estudo realizado sobre depressão em ACS, usando o PHQ-9, não foi encontrada tal associação¹⁰. Estudo com profissionais das equipes das estratégias de saúde de família nas regiões Nordeste e Sul do Brasil apresentou maior prevalência de transtornos psiquiátricos entre trabalhadores da saúde que já apresentavam mais de cinco anos de trabalho¹³. De forma análoga, em outra pesquisa, profissionais da estratégia da saúde da família com mais tempo de serviço revelaram mais sintomas depressivos e esgotamento se comparados com aqueles que apresentavam menos tempo de trabalho²⁹. A exposição

duradoura às condições de trabalho do ACS causa estresse e sintomas de ansiedade e depressão, por isso a relevante associação entre essas condições²⁹. Além disso, o fato de trabalharem diretamente com a comunidade e residirem na mesma área de atuação pode causar efeito cumulativo, o que aumenta os riscos de adoecimento mental.

Ao analisar a qualidade do sono entre ACS, essa variável ficou associada a sintomas ansiosos e depressivos. Em estudo realizado no interior de São Paulo, sono ruim foi significativamente mais presente nos indivíduos com transtorno mental³⁰. O sono é influenciado pelo ambiente laboral e pela presença de transtornos mentais³¹, o que reforça a necessidade de melhorias nas condições de saúde e trabalho dos profissionais.

Este estudo evidenciou que os ACS que não lidam bem com o estresse do dia a dia de trabalho apresentam sintomas ansiosos e/ou depressivos. A ansiedade é fator de risco para depressão e, dentre as questões psicossociais vinculadas ao estresse ocupacional, o apoio social é um fator de proteção significativo para sintomas depressivos¹⁵. Pesquisa mostrou que o estresse laboral esteve associado a menor escolaridade, pior estrutura de trabalho e menor apoio social³² e pode facilitar o desencadeamento de problemas de saúde mental devido à considerável diferença entre esforço do trabalho e retribuições³³. Diante deste contexto, é notável a importância de se conversar sobre saúde mental nos ambientes de trabalho tendo em vista a possibilidade de ocorrência de estresse e o risco de depressão.

Observou-se que autoestima insatisfatória permaneceu no modelo final. Ao avaliar os níveis de ansiedade de estudantes de graduação de enfermagem, observou-se alta prevalência de ansiedade e baixa autoestima³⁴. É necessário elaborar estratégias que priorizem a qualidade de vida dos ACS e favoreçam a satisfação com o trabalho. No entanto, pesquisa realizada no município de Jequié (BA) avaliou a qualidade de vida entre ACS e revelou que, no domínio psicológico, a autoestima foi uma das questões bem pontuadas, evidenciando que a maioria dos ACS estava “satisfeita” ou “muito satisfeita” consigo mesma³⁵.

Ao verificar sobre *Burnout* entre ACS, essa variável ficou associada a sintomas ansiosos e depressivos isolada ou concomitantemente. Em trabalho realizado com profissionais de anesthesiologia na Inglaterra e País de Gales, identificaram-se alta prevalência de estresse percebido, risco de *Burnout* e de depressão e coexistência frequente desses problemas³⁶. *Burnout* é uma síndrome que afeta em vários aspectos a vida das pessoas, com efeitos nas relações interpessoais, no ambiente laboral e familiar. Os acometidos possuem uma visão negativa da vida, o que compromete a produtividade³⁷. Esses dados ratificam a necessidade de instituir medidas de intervenção destinadas aos profissionais que apresentam exaustão emocional relacionada ao contexto de trabalho.

Níveis mais altos de estresse traumático em ACS estiveram associados com sintomas de ansiedade e/ou depressão. Estudos com profissionais de saúde apresentaram associação entre ansiedade, fadiga por compaixão, estresse traumático e depressão^{38,39,40}. Esses achados ratificam que ansiedade e depressão possuem relação com estresse traumático, nesse sentido, necessitam de mais atenção e promoção à saúde mental dos trabalhadores.

Apesar de ter-se utilizado um instrumento validado para abordar os sintomas da ansiedade e depressão, deve-se ressaltar que se trata de um teste de rastreamento e não de diagnóstico. A exclusão de participantes com licença médica por qualquer natureza pode ter subestimado a prevalência de ansiedade e depressão, mesmo com alto índice desses sintomas nos resultados do presente estudo. Além disso, não é possível estabelecer uma relação de causalidade entre exposição e desfecho, uma vez que se trata de um estudo transversal. Ademais, as condições de vida e saúde, ocupacionais e laborais dos participantes podem não demonstrar com veracidade o contexto de outros brasileiros. O estudo tem relevância, tendo em vista a abrangência quanto ao número de indivíduos e aos aspectos abordados desse grupo populacional na região, assim como a apresentação de dados reais sob a perspectiva do profissional.

CONCLUSÕES

A pesquisa evidenciou elevada prevalência de sintomas ansiosos e depressivos entre os ACS da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, se comparada com a população geral. Dentre as variáveis sociodemográficas, ocupacionais, comportamentais e condições de saúde mental, observa-se que faixa etária de 30 anos ou mais, tempo de trabalho acima de seis anos e dormir mal estiveram presentes como fatores associados aos ACS que referiram ter ambos os sintomas ansiosos e depressivos. A incapacidade de lidar com o estresse no dia a dia, a autoestima insatisfatória, a presença de *Burnout* e de estresse traumático estiveram presentes tanto naqueles que relataram um dos sintomas de ansiedade e depressão quanto naqueles com ambos os sintomas.

Espera-se que as informações geradas por este estudo possam colaborar para o trabalho de profissionais de saúde e gestores que atuam na ESF e na Saúde do Trabalhador. Isso permite otimização das ações em saúde e valorização do trabalho desenvolvido pelos ACS, uma vez que eles possuem considerável função na assistência à saúde aos usuários do SUS.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MSB participou da concepção e delineamento do projeto, coleta e redação do artigo. LP e MFSF contribuíram com a concepção, delineamento do projeto, coleta e análise dos dados. LARRB

participou da concepção e delineamento do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) pela disponibilidade do espaço para a realização da pesquisa e aos Agentes Comunitários de Saúde pela participação.

Trabalho realizado por meio do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Cuidado Primário da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global health estimates 2017. Geneva: WHO; 2017 [cited 2021 Apr 11]. Available from: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/
2. Oreskovic S. Breaking down the Silo Mentality in Global Mental Health: The New Role for the Schools of Public Health. *Psychiatr Danub*. 2016;28(4):318-20.
3. World Health Organization (WHO). Depression. Geneva: WHO; 2021 [cited 2021 Apr 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Brunoni AR, Suen PJC, Bacchi PS, Razza LB, Klein I, Santos LA, et al. Prevalência e fatores de risco de sintomas e diagnósticos psiquiátricos antes e durante a pandemia de COVID-19: achados da coorte de saúde mental ELSA-Brasil COVID-19. *Psicol Med*. 2021:1-12.
5. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
6. Costa CO, Costa BJ, Soares IV, Souza LDM, Silva RA. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *J Bras Psiquiatr*. 2019;68(2):92-100.
7. World Health Organization (WHO). Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates. 2017. Geneva; WHO; 2017 [cited 2021 Apr 11]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>
8. Alonso CMDC, Béguin PD, Duarte FJCM. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Rev Saude Publica*. 2018;52(14):1-13.
9. Silva AT, Lopes CS, Susser E, Menezes PR. Work-related depression in primary care teams in Brazil. *Am J Public Health*. 2016;106(11):1990-7.
10. Moura DC, Leite IC, Greco RM. Prevalência sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(2):e0026395.

11. Resende MC, Azevedo EGS, Lourenço LR, Faria LS, Alves NF, Farina NP, et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Cien Saude Colet*. 2011;16(4):2115-2122.
12. Krug SB, Dubow C, Santos AC, Dutra BD, Weigelt LD, Alves LM. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de Agentes Comunitários de Saúde no sul do Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(3):771-88.
13. 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 Saude Publica*. 2012;28(3):503-514.
14. Melo CF, Cavalcante AKSF, Queiroz K. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na rede de atenção à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2019;17(2):e0020132. [cited 2021 Apr 11]. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00201>>
15. Gavin RS, Reisdorfer E, Gherardi-Donato ECS, Reis LN, Zanetti ACG. Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2015;11(1):2-9.
16. Ribeiro HKP, Santos JDM, Goes e Silva M, Medeiro FDA, Fernandes AA. Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2019;44(1):1-8.
17. Fioravanti-Bastos ACM, Cheniaux E, Ladeira-Fernandez J. Development and Validation of a Short-Form Version of the Brazilian State-Trait Anxiety Inventory. *Psicol Reflex Crit*. 2011; 24(3):485-494.
18. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13.
19. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, *et al*. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(8):1533-43.
20. Añez CRR, Reis RS, Petroski EL. Versão brasileira do questionário "estilo de vida fantástico": tradução e validação para adultos jovens. *Arq. Bras. Cardiol*. 2008;91(2):102-109.
21. Simonetti VMM. Revisão crítica de algumas escalas psicossociais utilizadas no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho; 1989.
22. Maçola L, Vale IN, Carmona EV. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):570-7.
23. Smouter L, Coutinho SS, Mascarenhas LPG. Associação entre nível de atividade física e autoconceito de autoestima de adolescentes. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019;24(2):455-464.
24. Stamm BH. *The Concise ProQOL Manual*. 2nd Edition, Pocatello, ID: ProQOL.org, 2010.

25. Fávero LP. *Análise de dados*. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
26. Carvalho DB, Araújo, TMB, Bernardes, KO. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* [online]. 2016;41(00):1-13. [cited 2021 Apr 11]. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000115915>
27. Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2010;15(suppl 1):1585-1596. [cited 2021 Apr 11]. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>
28. Leão AM, Gomes IP, ferreira MJM, Cavalcanti LPG. Prevalência e Fatores Associados à Depressão e Ansiedade entre Estudantes Universitários da Área da Saúde de um Grande Centro Urbano do Nordeste do Brasil. *Rev. bras. educ. med.* 2018;42(4):55-65.
29. Silva MA, Lampert SS, Bosa DR, Barroso SM. Saúde emocional de agentes comunitários: burnout, estresse, bem-estar e qualidade de vida. *Rev. SPAGESP* [Internet]. 2016;18(1):20-33. . [cited 2021 Apr 11]. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702017000100003&lng=pt&nrm=iso>
30. Barros MBA, Lima MG, Ceolim MF, Zancanella E, Cardoso TAMO. Qualidade do sono, saúde e bem-estar em estudo de base populacional. *Rev Saude Publica.* 2019;53(82):1-12.
31. Cavalheiri JC, Pascotto CR, Tonini NS, Vieira AP, Ferreto LED, Follador FAC. Sleep quality and common mental disorder in the hospital Nursing team. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2021;29(e3444):1-13.
32. Lopes SV, Silva MC. Estresse ocupacional e fatores associados em servidores públicos de uma universidade federal do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018;23(11):3869-3880.
33. Garbarino S, Cuomo G, Chiorri C, Magnavita N. Associação de estresse relacionado ao trabalho com problemas de saúde mental em uma unidade policial especial. *Sociologias* [online]. 2013,12(25)224-250.
34. Lima BVBG, Trajano FMP, Chaves Neto G. Avaliação da ansiedade e autoestima em concluintes do curso de graduação em enfermagem. *Rev enferm UFPE.* 2017;11(11):4326-33.
35. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. *Cien Saude Colet.* 2012;18(5):1375-1386.
36. Looseley A, Wainwright E, Cook TM, Bell V, Hoskins S, O'Connor M, et al. Stress, burnout, depression and work satisfaction among UK anaesthetic trainees; a quantitative analysis of the Satisfaction and Wellbeing in Anaesthetic Training study. *Anaesthesia.* 2019;74(10):1231-1239.
37. Cardoso HF, Baptista MN, Sousa DFA, Goulart Junior E. Síndrome de burnout: análise da literatura nacional entre 2006 e 2015. *Rev. Psicol., Organ. Trab.* 2017;17(2):121-128.

38. Wu S, Singh-Carlson S, Odell A, Reynolds G, Su Y. Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum*. 2016;43(4):161-9.
39. Hegney DG, Craigie M, Hemsworth D, Osseiran-Moisson R, Aoun S, Francis K, et al. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *J Nurs Manag*. 2014;22(4):506-18.
40. Duarte J, Pinto-Gouveia J. The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*. 2017; 28:114-21.

5 CONCLUSÕES

A pesquisa evidenciou importante ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos entre os ACS da cidade de Montes Claros, Minas Gerais. Avaliou ainda a presença desses sintomas associados a fatores sociodemográficos, ocupacionais, comportamentais e às condições de saúde desse grupo populacional.

O tempo de trabalho como ACS acima de cinco anos esteve presente como fator associado assim como o sexo feminino quando se avaliaram apenas sintomas ansiosos. Os fatores associados especificamente a sintomas depressivos foram sexo feminino, tempo de trabalho como ACS acima de seis anos e insatisfação no trabalho. De forma geral, notou-se que faixa etária, tempo de trabalho como ACS, qualidade do sono, estresse, estilo de vida, autoestima, *Burnout* e estresse traumático estiveram associados com sintomas ansiosos e depressivos desses trabalhadores. A avaliação concomitante de sintomas ansiosos e depressivos entre ACS denota maior impacto na saúde mental desses trabalhadores.

Dentre as limitações desta pesquisa, destaca-se que, embora tenha se utilizado um instrumento validado para abordar tais questões, deve-se ressaltar que se trata de um teste de rastreamento e não de diagnóstico. A exclusão de participantes com licença médica por qualquer natureza pode ter subestimado a prevalência de ansiedade e depressão, mesmo com alto índice desses sintomas. Além disso, não é possível estabelecer uma relação de causalidade entre exposição e desfecho dos resultados, uma vez que se trata de um estudo transversal. Ademais, 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. É limitação deste estudo o fato de esse não ser comparado com outros estudos realizados em Montes Claros, Minas Gerais.

É necessário pensar em estratégias para melhorias na qualidade de vida e de trabalho dos ACS, com o intuito de eliminar fatores que possam cooperar para o adoecimento físico e mental desses trabalhadores. Diante disso, a revisão de ferramentas de trabalho, o auxílio no planejamento de suas ações e a capacitação contínua sobre o processo laboral podem minimizar os desafios do trabalho em equipe para que tenham maior bem-estar e mais qualidade na prestação de seus serviços à população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de pesquisa da Unimontes intitulado “Condições de trabalho e saúde de Agentes Comunitários de Saúde no norte de Minas Gerais” representou importante estudo desses trabalhadores em Montes Claros e no norte do estado, tendo em vista a abrangência quanto à amostra e aos aspectos abordados desse grupo populacional na região. O desenvolvimento da pesquisa e de todos seus desdobramentos ocorreram com parceria e apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desta cidade e da Superintendência Regional de Saúde (SRS), que viabilizaram as etapas e o alcance de resultados almejados.

Entende-se que foi possível contribuir com o trabalho dos ACS nas estratégias de saúde da família, uma vez que realizamos capacitações e palestras sobre saúde mental e assuntos relacionados a condições laborais para os ACS do norte de Minas em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros/MG e a Superintendência Regional de Saúde. Além disso, resumos e artigos científicos foram publicados em revistas e congressos, com resultados que podem colaborar com políticas de saúde no município, já que evidenciam dados reais e atualizados sob a perspectiva do trabalhador. As produções técnicas e científicas têm por objetivo fornecer retorno à amostra estudada neste trabalho e, como cuidado ético, pretende-se encaminhar os ACS com sintomas ansiosos e depressivos para atendimento nas ESF do município e, se necessário, para avaliação especializada na rede de atendimento da cidade.

A experiência de participar da pesquisa permitiu vivenciar a concepção do questionário aplicado com os ACS e a logística da coleta de dados. Nota-se que o trabalho em equipe organizado e sistematizado influencia na busca por resultados e na qualidade da pesquisa. Entende-se que uma pesquisa de análise de caminhos e uma pesquisa qualitativa possam ser realizadas para agregar às produções realizadas até o momento, o que irá refletir nas condições de trabalho dos ACS.

A dissertação tem por objetivo captar condições de trabalho do ACS e propor discussões que visam a mudanças na dinâmica de trabalho desse profissional em Montes Claros. Presume-se que as informações encontradas possam favorecer o trabalho de gestores e profissionais que integram direta ou indiretamente as equipes das Estratégias de Saúde da Família e da Saúde do Trabalhador a partir de capacitações direcionadas para profissionais que trabalham direta ou indiretamente com ACS. Além disso, pretende-se maior valorização quanto à atuação dos ACS, uma vez que esses precisam de cuidados e possuem importante papel no funcionamento do atual modelo de assistência à saúde dos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, C.M.; BÉGUIN, P.D.; DUARTE, F.J. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Rev Saúde Pública.*, v.52, n.14, p.1-13, 2018.
- AÑEZ, C.R.R.; REIS, R.S.; PETROSKI, E.L. Versão Brasileira do questionário “Estilo de vida Fantástico”: Tradução e validação para Adultos Jovens. *Arq Bras Cardiol.*, v.91, n. 2, p.102–109, 2008.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARBOSA, S.C.; SOUZA, S.; & MOREIRA, J.S. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, v.14, n.3, p.315-323, 2014.
- BARBOSA, K.K.; *et al.* Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. *Rev Enferm UFSM.*, v.2, n.3, p.515-22, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. 1. Saúde da Família 2. Conceituação 3. Diretrizes.
- 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.
- 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.
- BRASIL. *Lei Nº 13.595 de 5 de janeiro de 2018*. Regulamenta o Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.
- BRASIL. *Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
- CASTRO, M.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.
- COSTA, C.O., *et al.* Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *J Bras Psiquiatr*, v.68, n.2, p.92-100, 2019.

DILÉLIO, A.S. *et al.* Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*, v.28, n.3. p.503-514, 2012.

FACCHINI, L.A; TOMASI, E.; DILÉLIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate* [online], v.42, n. spe1, p.208-223, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

FIORAVANTI-BASTOS, A.C.M; CHENIAUX, E; LADEIRA-FERNANDEZ, J. Development and Validation of a Short-Form Version of the Brazilian State-Trait Anxiety Inventory. *Psicol Reflex Crit*, v.24, n.3, p.485-494, p.2011.

GIOVANELLA, L. *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*, v.35, n.3, e00012219, 2019.

GIOVANELLA, L; ALMEIDA, P.F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v.33, n.Suppl 2 e00118816, 2017. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>>. Acesso em: 16 jul. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo demográfico, 2020.

_____. Meso e Microrregiões DO IBGE. Disponível em: <https://www.mg.gov.br/sites/default/files/paginas/arquivos/2016/ligminas_10_2_04_listame_somicro.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2022.

JÚLIO, R.S.; *et al.* Prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v.30, e2997, p.1-13, 2022.

KENNEDY, S.H.; *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 3. Pharmacological treatments. *Can J Psychiatry*, v.61, n.9, p.540-60, 2016.

KESSLER, R.C.; *et al.* Prevalência, gravidade e comorbidade de transtornos do DSM-IV de 12 meses no National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, v.62, n.6, p.617-27, 2005.

KESSLER, R.C.; *et al.* Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci*, v.24, n.3, p.210-26, 2015.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v.2, n.8, 2007.

KNUTH, B.S.; *et al.* Transtornos mentais entre trabalhadores da área da saúde no Brasil. *Cien Saude Colet.*, v.20, n.8, 2015.

- KOENIG HG, BA. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, v.1, p.78-85, 2010.
- KROENKE, K.; SPITZER, R.L.; WILLIAMS, J.B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.*, v.16, n.9, p.606-13, 2001.
- KRUG, S.B.; *et al.* Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de Agentes Comunitários de Saúde no sul do Brasil. *Trab Educ Saúde.*, v.15, n.3, p.771-88, 2017.
- MAÇOLA, L.; VALE, I.N.; CARMONA, E.V. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Rev Esc Enferm USP*, v.44, n.3, p.570-7, 2010.
- MACHADO, M.B.; *et al.* Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr.*, v.65, n.1, p.28-35, 2016.
- MELO, C.F.; CAVALCANTE, A.K.S.; FAÇANHA, K.Q. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na rede de atenção à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde [online]*. v.17, n.2, e0020132, p.1-21, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00201>>. Acesso em: 16 julho 2022.
- MENEGOLLA, V.L.; POLLETO, D.S.; KRAHL, M. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. *Boletim da Saúde*, v.17, n.2, p.81-93, 2003.
- MOURA, R.; *et al.* Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, v.25, n.3, p.993-1010, 2015.
- MOURA, A.; *et al.* Factors associated with anxiety between basic attention professionals/ Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica/ Los factores asociados con la ansiedad entre los profesionales de atención primaria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, v.19, s/n, 2018.
- MOURA, D.C.; LEITE, I.C.; GRECO, R.M. Prevalência sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde. *Trab Educ Saúde.*, v.18, n.2, e0026395, p.1-17, 2020.
- OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, v.6, n.spe, p.58-164, 2013.
- ORESKOVIC, S. Breaking down the Silo Mentality in Global Mental Health: The New Role for the Schools of Public Health. *Psychiatr Danub.*, v.28, n.4, p.318-20, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression and other common mental disorders: Global health estimates 2017. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/>. Acesso em 20 de fevereiro de 2022.
- _____. Depression. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2022.

PAIM, A. Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Caderno de Saúde Pública*, v.10, n.29, p.1927-1953, 2013.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Cien Saúde Colet.*, v.23, n.6, p.1903-14, 2018.

RESENDE, M.C.; *et al.* Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Cien Saúde Colet.*, v.16, n.4, p.2115-2122, 2011.

RIBEIRO, A. S.; *et al.* Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 32, n. 1, p. 46-56, 29 fev. 2020.

SAMUDIO, J.L.; *et al.* Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. *Trab Educ Saúde.*, v.15, n.3, p.745-69, 2017.

SANTOS, I.S.; *et al.* Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saúde Pública.*, v.29, n.8, p.1533-43, 2013.

SANTOS, I.E.R.S.; VARGAS, M.M.; REIS, F.P. O agente comunitário de saúde e os estressores no contexto do trabalho. *Rev Psicol Organ Trab.*, v.14, n.3, p.324-335, 2014.

SANTOS, N.R.S. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciênc. saúde colet.* v.23, n.6, p.1729-36, 2018.

SANTOS, A.M.V.S, *et al.* Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, v.25, n. 2, 2017.

STAMM, B.H. The concise ProQOL manual. 2a ed. Pocatello, ID: ProQOL.org; 2010.

SILVA, M.T.; *et al.* Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr.*, v.36, n.3, p.262-270, 2014.

SILVA, A.T.; *et al.* Work-related depression in primary care teams in Brazil. *Am J Public Health.*, v.106, n.11, 1990-7, 2016.

SIMONETTI, V. M. M. Revisão crítica de algumas escalas psicossociais utilizadas no Brasil. 1989. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 1989.

STOPA, S.R.; *et al.* Prevalence of self-reported depression in Brazil: 2013 National Health Survey results. *Rev Bras Epidemiol.*, v.18, n.2 (Suppl), p.170-80, 2015.

TAUNAY, T.C.D.; *et al.* Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiquiatr Clin.*, v.39, n.4, p.130-35, 2012.

TRIVEDI, M.H.; Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry.*, v.163, n.1, p.28-40, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE FORMAÇÃO	
Q.01	Identificação da Unidade: N° _____ Nome da Unidade:
Q.02	Identificação do Agente Comunitário de Saúde Nome:
Q.03	Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
Q.04	Data de Nascimento: ____/____/____
Q.05	Idade: _____ anos
Q.06	Escolaridade: (1) Fundamental (6° ao 9° ano) (4) Superior Incompleto (2) Ensino Médio Incompleto (5) Superior Completo (3) Ensino Médio Completo
Q.07	Renda familiar:
Q.08	Número de pessoas na família:
Q.09	Número de cômodos na casa:
Q.10	Estado Civil: (1) Solteiro (a) (3) Casado (a)/União Estável (2) Divorciado (a)/Separado(a) (4) Viúvo(a)
Q.11	Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela
Q.12	Possui formação na área de saúde? (1) Sim (2) Não
Q.13	Se sim, qual?
ESPIRITUALIDADE	
Q.14	Com que frequência você participa de serviços religiosos (missas, cultos, celebrações)? (1) Mais de uma vez por semana (4) Todo mês (mensal) (2) Toda semana (semanal) (5) Uma ou duas vezes por ano (3) Uma ou duas vezes por mês (6) Nunca

CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS		
Q.17	Há quanto tempo trabalha na área de saúde? _____ anos _____ meses	
Q.18	Há quanto tempo trabalha como ACS? _____ anos _____ meses	
Q.19	Qual a sua carga horária semanal de trabalho na ESF? _____ horas	
Q.20	Número de famílias acompanhadas _____	
Q.21	Tipo de vínculo com esta instituição: (1) Concursado/Efetivo (3) Prestador de Serviço (2) Contratado/Celetista (4) Outro: _____	
Q.22	Trabalha em outros empregos além deste? (Incluir atividades autônomas) (1) Não (2) Sim. Qual (is)? _____	
Q.23	Considerando todos os seus empregos, qual a sua carga horária de trabalho por semana? (Incluir atividades autônomas) _____ horas	

ESTILO DE VIDA								
Coloque um "X" na alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação NO MÊS PASSADO.								
				Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
Q.120	Como você avalia seu estilo de vida?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		

CONDIÇÕES DE SAÚDE	
Q.146	Em geral, como o (a) sr. (a) / você avalia a sua saúde? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

APÊNDICE B
TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DE
PESQUISA

Título da pesquisa: Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde do norte de Minas Gerais: estudo longitudinal

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros

Pesquisador responsável: Prof^ª. Dra. Lucineia de Pinho

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que a instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento.

Objetivo: Identificar longitudinalmente as condições de trabalho e saúde dos agentes comunitários de saúde no norte de Minas Gerais.

Metodologia/procedimentos: O estudo será realizado com os agentes comunitários de saúde das Estratégias de Saúde da Família na região Norte do estado de Minas Gerais, MG, Brasil. Os agentes comunitários de saúde irão responder um questionário sobre condições sociodemográficas, de formação, ocupacionais, fotoexposição e fotoproteção, qualidade de vida, bem estar, aspectos emocionais, fadiga por compaixão, estresse ocupacional, auto percepção da saúde, condições de saúde, capacidade para o trabalho, conflito trabalho-família e conhecimento em atenção primária à saúde. Participarão de entrevista para falar sobre as percepções e experiências dos agentes referentes às suas condições laborais e de saúde. Será também realizada a avaliação física e a coleta de sangue dos participantes.

Justificativa: A realização da pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer as condições de trabalho e de saúde dos agentes comunitários de saúde no Norte de Minas Gerais. O levantamento epidemiológico das condições de trabalho e de saúde dos ACS poderá subsidiar políticas públicas para a atenção a saúde desses profissionais.

Benefícios: O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde e o trabalho dos agentes comunitários de saúde. Poderá contribuir com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde destes profissionais.

Desconfortos e riscos: De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. A avaliação física não representa riscos significativos para os profissionais. Todas as medidas de biossegurança serão obedecidas para minimizar qualquer risco. Os procedimentos e a

entrevista podem causar desconforto. A coleta de sangue envolve os riscos inerentes ao procedimento e será executada por profissional da área com vários anos de experiência, o que minimiza os riscos (principalmente dor e hematoma local). Os pesquisadores e examinadores serão treinados para antecipar situações que possam ser danosas e eliminá-las ou minimizá-las ao máximo possível. A pesquisa será imediatamente interrompida caso o participante deseje e manifeste sua intenção, sem qualquer prejuízo para o mesmo.

Metodologia/procedimentos alternativos: não existem.

Confidencialidade das informações: Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese. A investigação tem objetivo apenas científico. Assegura-se assim, portanto o sigilo e confidencialidade dos dados.

Compensação/indenização: não se aplica.

Outras informações pertinentes: Você não será prejudicado de qualquer forma caso sua vontade seja de não colaborar. Se quiser mais informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, *indicando meu consentimento para a participação das instituições nesta pesquisa*, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

_____	_____	_____
Instituição	Assinatura	Data
_____	_____	_____
Profª. Dra Lucineia de Pinho Nome do coordenada pesquisa	Assinatura do coordenador da pesquisa	Data

ENDEREÇO DO PESQUISADOR: Profª. Drª. Lucineia de Pinho. Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Avenida Dr. Ruy Braga, S/N, Vila Mauricéia, CEP: 39.401-089, Montes Claros/MG.

TELEFONE: (038)9956-0076

APÊNDICE C
PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde do norte de Minas Gerais: estudo longitudinal

Pesquisador: Lucinéia de Pinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80729817.0.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.425.756

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa realizado com agentes comunitários de saúde no norte de Minas Gerais. O estudo quantitativo será observacional, longitudinal e prospectivo. Para coleta dos dados será aplicado um questionário contemplando as variáveis sociodemográficas, de formação, ocupacionais, fotoexposição e fotoproteção, qualidade de vida, bem estar, aspectos emocionais, fadiga por compaixão, estresse ocupacional, auto percepção da saúde, condições de saúde, capacidade para o trabalho, conflito trabalho-família e conhecimento em atenção primária à saúde. Será realizada avaliação física e a coleta de sangue dos participantes para análise do perfil bioquímico. No estudo qualitativo serão realizadas entrevistas semiestruturadas sobre as percepções e experiências dos agentes referentes às suas condições laborais e de saúde. Espera-se com este estudo traçar o perfil das condições laborais e de saúde deste profissional no norte de Minas Gerais, na perspectiva de subsidiar políticas públicas para a atenção a saúde destes profissionais.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar longitudinalmente as condições de trabalho e de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde do Norte de Minas Gerais

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Profª Darcy Ribeiro
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 38.401-000
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** umelocosta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 2.435.758

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Classifica-se o risco deste estudo como mínimos. Ao responder o questionário há a possibilidade de constrangimento e o cansaço ao responder às perguntas. Para minimizar essa condição, será acordado previamente com o participante um local e o melhor horário para aplicação do instrumento. A realização dos exames bioquímicos também oferecem riscos e para minimizá-los o procedimento será realizado por profissionais devidamente capacitados com as normas de biossegurança.

Benefícios:

Contribuição para a compreensão do fenômeno estudado, para a produção de conhecimento científico e poderá subsidiar políticas públicas para a atenção a saúde dos Agentes Comunitários de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O papel dos Agentes Comunitários de Saúde é fundamental na estratégia adotada pelo Brasil para consolidação de seu Sistema Único de Saúde através do fortalecimento da Atenção Básica. Pesquisas que apontem a realidade cotidiana desse importante grupo profissional são fundamentais e imprescindíveis ao desenvolvimento e organização da Atenção Primária e seus alicerces práticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram os termos obrigatórios conforme as orientações definidas pelo CEP da Unimontes e a Resolução Nº 466/2012 do CNS.

Recomendações:

Apresentar relatório da pesquisa por meio da Plataforma Brasil em "Enviar Notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se de acordo com as recomendações do CEP/Unimontes.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Profª Darcy Ribeiro
 Bairro: Vila Marcolina CEP: 39.401-000
 UF: MG Município: MONTES CLAROS
 Telefone: (38)3229-8100 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 2.435.756

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P OBJETO_1044789.pdf	04/12/2017 18:49:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoACS.pdf	04/12/2017 18:12:15	Lucinéia de Pinho	Aceito
Outros	TCIACS.doc	04/12/2017 18:04:09	Lucinéia de Pinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEACS.doc	04/12/2017 18:03:46	Lucinéia de Pinho	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTOACS.doc	04/12/2017 17:37:44	Lucinéia de Pinho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 08 de Dezembro de 2017

**Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador)**

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Ribeiro
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 38.401-569
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8163 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

APÊNDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Parecer aprovado pelo CEP nº 2.425.756 (CAEE 80729817.0.0000.5146).

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulada “**Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde do norte de Minas Gerais**”, conduzida por **Mariane Silveira Barbosa**. Este estudo tem por objetivo avaliar a “**Prevalência e fatores associados à ansiedade entre Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros, Minas Gerais**”.

Você foi selecionado(a) por fazer parte de uma das Estratégias de Saúde da Família de Montes Claros/MG. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. A sua participação não é remunerada e não implicará gastos para você. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário com perguntas abertas e fechadas sobre você e seu trabalho. Há possibilidade de intercorrências no seu deslocamento para o seu local de trabalho.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando a assegurar o sigilo de sua participação. A pesquisadora responsável se compromete a tornarem públicos, nos meios acadêmicos e científicos, os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação dos indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável / coordenador da pesquisa.

Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento:

- Contato do pesquisador responsável: Mariane Silveira Barbosa, Psiquiatra, Rua Correia Machado, número 1025, sala 801, Centro, Montes Claros/MG, CEP: 39.400-000. Telefones: (38) 99832 8285 / (38) 98803 6073.

- Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da Unimontes: Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Avenida Prof. Rui Braga, S/N, Vila Mauricéia, Montes Claros//MG, CEP 39401-089. Telefone: (38) 3229 – 8000.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e que concordo em participar.

Montes Claros, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE E
AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DA SEMANA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS – MG
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Montes Claros, 01 de Setembro de 2021.

Ofício: 897/GAB/SMS/2021

Josiane Santos Brant Rocha
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/ UNIMONTES

Prezada,

O agente comunitário de saúde – ACS é um personagem muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e a comunidade. E para homenagear esse profissional que compõem a equipe multiprofissional da APS, foi instituída a data comemorativa pela Lei nº 11.585/2.000, o dia 4 de outubro: Dia Nacional do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Diante disso, venho por meio deste solicitar parceria do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/ UNIMONTES, para realizar, em outubro, a Semana do ACS.

Desde já agradeço.

Respeitosamente,

Dulce Pimenta Gonçalves
Secretária Municipal de Saúde
SUS/SMS - Montes Claros - MG

Dulce Pimenta Gonçalves
Secretária Municipal de Saúde de Montes Claros

APÊNDICE F
DOCUMENTO QUE OFICIALIZA PARCERIA PPGCPS E SRS

08/10/21, 08:30

SEI/GOV/MG - 36383484 - Ofício



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Secretaria de Estado de Saúde
Coordenação de Atenção à Saúde - URSMOC

Ofício SES/URSMOC-CAS nº. 28/2021

Montes Claros, 01 de setembro de 2021.

Prezada Josiane Santos Brant Rocha

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde -
Unimontes

Considerando a necessidade de valorização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no âmbito do sistema público de saúde brasileiro, solicitamos parceria do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (PPGCPS/Unimontes) para realização de um evento on-line que trate de temáticas relacionadas à promoção da saúde desses profissionais. Sugerimos que a realização desse evento ocorra na semana na qual comemora-se o Dia Nacional do Agente Comunitário de Saúde (04 a 08 de outubro de 2021).

Destacamos que essa parceria, além de contribuir para valorização e formação do ACS, favorecerá o trabalho conjunto entre a Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros e o PPGCPS/Unimontes a fim de atender com êxito demandas regionais.

Atenciosamente,

Renata Fiúza Damasceno
Referência de Atenção Primária à Saúde
Coordenação de Atenção à Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros

João Alves Pereira
Coordenador de Atenção à Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros



Documento assinado eletronicamente por Renata Fiúza Damasceno, Servidor (a) Público (a), em 07/10/2021, às 17:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por João Alves Pereira, Coordenador(a), em 07/10/2021, às 23:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).

08/10/21, 08:30

SEI/GOV/MG - 36383484 - Ofício



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 36383484 e o código CRC B3F25D7D.

Referência: Processo nº 1320.01.0112130/2021-S2

SEI nº 36383484

Rua Correia Machado, nº 1333 - Bairro Vila Santa Maria - Montes Claros - CEP 35400-090

APÊNDICE G






PRÊMIO INOVAR DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DA FUNORTE



APÊNDICE H
ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA CODAS



Artigo Original
Original Article

Júlia de Almeida Nunes Murta¹ 
Mariane Silveira Barbosa^{1,2} 
Antônio Prates Caldeira² 
Mirna Rossi Barbosa-Medeiros² 
Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa^{1,2} 

Descritores

Distúrbios da Voz
Saúde do Trabalhador
Estratégia Saúde da Família
Fatores de Risco
Doenças Profissionais

Fatores associados às queixas vocais
autorreferidas por agentes comunitários
de saúde

*Factors associated with voice complaints in
community health agents*

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência das queixas vocais e a associação com os fatores sociodemográficos, econômicos, ocupacionais e comportamentais entre a população de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). **Método:** Trata-se de um estudo transversal e analítico, realizado no município de Montes Claros, MG, no qual participaram 674 ACS. Para os aspectos sobre o uso da voz foi aplicado o Índice de Triagem de Distúrbio de Voz (ITDV) e os demais dados contemplavam as condições sociodemográficas, econômicas, ocupacionais e comportamentais. Realizou-se a análise bivariada, pelo teste do qui-quadrado de *Pearson*, e a regressão múltipla de *Poisson* com variância robusta para verificar a associação entre as variáveis. **Resultados:** Houve alta prevalência de queixas vocais, sendo as mais citadas: garganta seca, pigarro, cansaço ao falar e rouquidão. Verificou-se associação significativa entre: sexo feminino, falta de sono reparador, uso de bebidas alcóolicas, autoavaliação da saúde regular a muito ruim e ansiedade. **Conclusão:** Houve uma porcentagem significativa de queixas vocais e os fatores associados encontrados nortearão ações de promoção da saúde vocal e geral.

ANEXOS

ANEXO A

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE - PHQ 9

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE- 9 (PHQ-9)						
	Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afetado/a por algum dos seguintes problemas?	Nunca	Em vários dias	Em mais da metade do número de dias	Em quase todos os dias	
Q.433	Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	(0)	(1)	(2)	(3)	
Q.434	Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	(0)	(1)	(2)	(3)	
Q.435	Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	(0)	(1)	(2)	(3)	
Q.436	Senti cansaço ou falta de energia	(0)	(1)	(2)	(3)	
Q.437	Tive falta ou excesso de apetite	(0)	(1)	(2)	(3)	
Q.438	Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família	(0)	(1)	(2)	(3)	
Q.439	Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	(0)	(1)	(2)	(3)	
Q.440	Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	(0)	(1)	(2)	(3)	
Q.441	Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	(0)	(1)	(2)	(3)	

ANEXO B

INVENTÁRIO BRASILEIRO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO

INVENTÁRIO BRASILEIRO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO					
PARTE I Leia cada afirmativa abaixo e marque o número que melhor indique como você se sente AGORA, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente NESTE MOMENTO.		AVALIAÇÃO			
		Absolutamente Não	Um Pouco	Bastante	Muitíssimo
Q.452	Sinto-me calmo (a)	(1)	(2)	(3)	(4)
Q.453	Estou tenso (a)	(1)	(2)	(3)	(4)
Q.454	Sinto-me à vontade	(1)	(2)	(3)	(4)
Q.455	Sinto-me nervoso (a)	(1)	(2)	(3)	(4)
Q.456	Estou descontraído (a)	(1)	(2)	(3)	(4)
Q.457	Estou preocupado (a)	(1)	(2)	(3)	(4)
PARTE II Leia cada afirmativa abaixo e marque o número que melhor indique como você GERALMENTE se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente GERALMENTE.		AVALIAÇÃO			
		Quase Nunca	As Vezes	Frequentemente	Quase Sempre
Q.458	Sou calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo (a)	(1)	(2)	(3)	(4)
Q.459	Preocupo-me demais com coisas sem importância.	(1)	(2)	(3)	(4)
Q.460	Sinto-me seguro (a)	(1)	(2)	(3)	(4)
Q.461	Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento.	(1)	(2)	(3)	(4)
Q.462	Sinto-me nervoso (a) e inquieto (a)	(1)	(2)	(3)	(4)
Q.463	Tomo decisões facilmente.	(1)	(2)	(3)	(4)

ANEXO C

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (ProQOL-5)

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (ProQOL-5)						
Marque com um "X" o número que realmente reflete a frequência com que experimentou cada um destes aspectos nos últimos TRINTA DIAS.		Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
Q.153	Você se sente fatigado no seu trabalho	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q.154	Sinto-me feliz	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q.155	Estou preocupado (a) com mais de uma pessoa que eu cuido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q.156	Sinto satisfação por poder cuidar das pessoas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q.157	Sinto-me ligado (a) aos outros	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q.158	Assusto-me ou fico surpreendido (a) com sons inesperados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q.159	Sinto-me revigorado (a) depois de trabalhar com aqueles que cuido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q.160	Sinto que é difícil separar minha vida pessoal da minha vida como cuidador	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q.161	Não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque perco o sono revivendo as experiências traumáticas de uma pessoa que cuido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q.162	Penso que posso ter sido afetado pelo estresse traumático daqueles que eu cuido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q.163	Sinto-me encurralado (a) pelo meu trabalho como cuidador	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q.164	Por causa da minha ajuda, já me senti "no limite" em relação à várias coisas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q.165	Gosto do meu trabalho de cuidador	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Q.166	Sinto-me deprimido (a) por causa das experiências traumáticas das pessoas que eu cuido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.167	Sinto-me como se estivesse a viver o trauma de alguém que tenha cuidado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.168	Tenho crenças que me suportam	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.169	Estou satisfeito (a) com a forma como sou capaz de manter o uso das técnicas e protocolos de cuidado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.170	Sou a pessoa que sempre quis ser	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

		Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
Q.171	O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.172	Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho como cuidador	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.173	Tenho pensamentos e sentimentos felizes acerca daqueles que cuido e de como poderia cuidar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.174	Sinto-me esgotado (a) porque a minha carga de trabalho parece nunca acabar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.175	Acredito que posso fazer a diferença através do meu trabalho	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.176	Evito certas atividades ou situações porque me fazem lembrar experiências assustadoras vividas pelas pessoas que eu cuido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.177	Orgulho-me daquilo que posso fazer para cuidar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.178	Como resultado do meu cuidado, tenho pensamentos invasivos e assustadores	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.179	Sinto-me limitado (a) pelo sistema (trabalho)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.180	Tenho pensamentos de que sou um “sucesso” como cuidador	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.181	Não consigo recordar-me de partes importantes do meu trabalho com pessoas traumatizadas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.182	Sou uma pessoa muito atenciosa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.183	Estou feliz por ter escolhido este trabalho	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

ANEXO D

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG						
		Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	
Q.442	No conjunto, eu estou satisfeito comigo	(1)	(2)	(3)	(4)	
Q.443	Às vezes, eu acho que não presto para nada	(1)	(2)	(3)	(4)	
Q.444	Eu sinto que tenho várias boas qualidades.	(1)	(2)	(3)	(4)	
Q.445	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto à maioria das pessoas	(1)	(2)	(3)	(4)	
Q.446	Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar	(1)	(2)	(3)	(4)	
Q.447	Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes	(1)	(2)	(3)	(4)	
Q.448	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos o mesmo nível que as outras pessoas	(1)	(2)	(3)	(4)	
Q.449	Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo	(1)	(2)	(3)	(4)	

ANEXO E

ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO

Atividade física		Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
Q.123	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q.124	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa/doméstico)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Cigarro e drogas						
Q.128	Fumo cigarros. (1) Mais de 10 por dia (2) 1 a 10 por dia (3) Nenhum nos últimos 6 meses (4) Nenhum nos últimos 12 meses (5) Nenhum nos últimos cinco anos ou nunca					
Q.129	Abuso de remédios ou exagero. (1) Quase diariamente (2) Com relativa frequência (3) Ocasionalmente (4) Quase nunca (5) Nunca					
Álcool						
Q.132	Minha ingestão média por semana de álcool é: (1dose = 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml) ou 1 dose de bebidas destiladas (aguardente, whisky, etc.) (1) Mais de 20 doses (2) 13 a 20 doses (3) 11 a 12 doses (4) 8 a 10 doses (5) 1 a 7 doses (6) Nenhuma dose					
Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro.		Quase nunca/Nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre/Sempre
Q.135	Durmo bem e me sinto descansado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Q.136	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Trabalho						
Q.145	Estou satisfeito com meu trabalho ou função.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ANEXO F

ÍNDICE DE TRIAGEM DE DISTÚRBIO DE VOZ

VOZ							
Qual a frequência que o (a) sr. (a) sente os seguintes sinais ou sintomas?							
	Sinal / Sintoma	Nunca	Raramente	As vezes	Quase sempre	Sempre	
Q.184	Rouquidão	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.185	Falha na voz	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.186	Pigarro	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.187	Voz cansada após uso	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.188	Esforço para falar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.189	Dor na garganta ao falar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.190	Ardor na garganta	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.191	Picada na garganta	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.192	Garganta seca	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.193	Sensação de bolo na garganta	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.194	Faz força para falar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.195	Perde a voz	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Q.196	Em sua percepção, como faz uso da sua voz no seu dia a dia? (1) fala pouco (2) fala moderadamente (3) fala muito (4) fala demais						

ANEXO G

EVENTO EM COMEMORAÇÃO AO DIA DO ACS NO PARQUE DE EXPOSIÇÕES EM 2019



ANEXO H

MENSAGEM EM VÍDEO EM COMEMORAÇÃO AO DIA DO ACS EM 2020



ANEXO I

CAPACITAÇÃO PARA OS ACS EM PARCEIRA COM A SRS EM AGOSTO DE 2020

CIRCUITO TEMÁTICO DE FORMAÇÃO COMPLEMENTAR PARA EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

**CLÍNICA AMPLIADA EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM TEMPO DE
DISTANCIAMENTO SOCIAL**

Montes Claros/2020



The bottom section of the slide features four logos: Unimontes (Universidade Estadual de Montes Claros), SUS (Sistema Único de Saúde) with a blue cross, Minas Gerais (with a red triangle), and PPGCPS (Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde) with a blue cross.

MESTRANDOS:
Mariane Silveira Barbosa
Patrick Leonardo Nogueira da Silva

ORIENTADORAS:
Luiza Augusta Rossi Barbosa
Cristina Andrade Sampaio
Rosângela Silveira



The bottom section of the slide features four logos: Unimontes (Universidade Estadual de Montes Claros), SUS (Sistema Único de Saúde) with a blue cross, Minas Gerais (with a red triangle), and PPGCPS (Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde) with a blue cross.

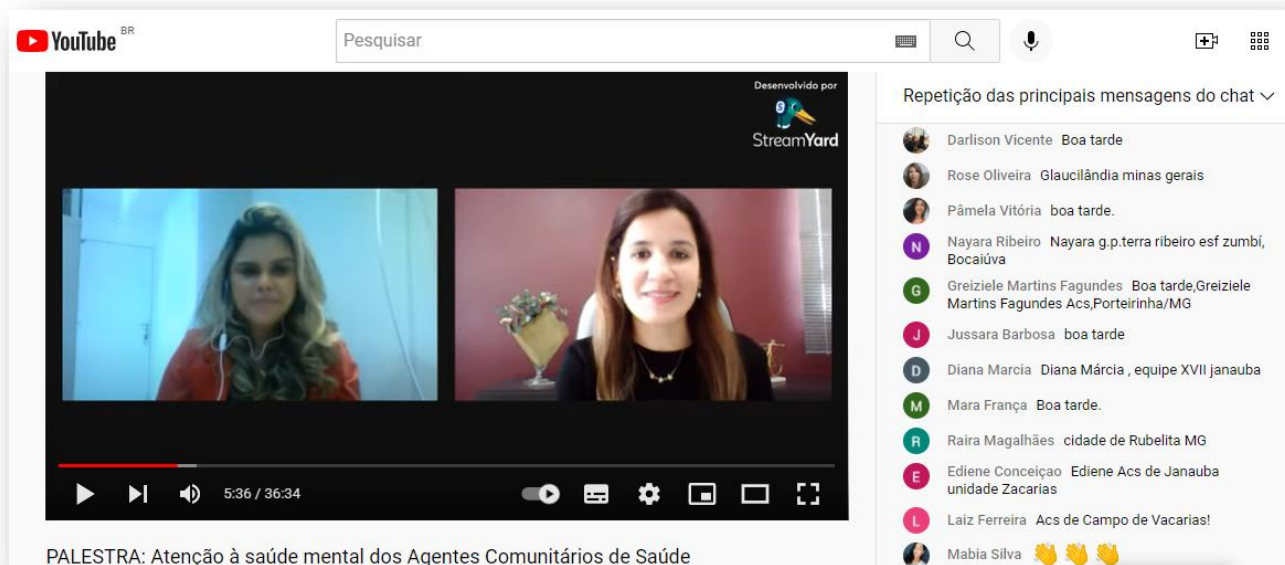
ANEXO J

SEMANA DO ACS EM OUTUBRO DE 2021



ANEXO K

PALESTRA “ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DOS ACS” NA SEMANA DO ACS



The image shows a screenshot of a YouTube live stream interface. The video player displays two speakers in a split-screen format. The left speaker is a woman with long blonde hair wearing a red jacket. The right speaker is a woman with long dark hair wearing a black top. The video player includes a progress bar at the bottom showing 5:36 / 36:34 and various control icons. The chat window on the right is titled "Repetição das principais mensagens do chat" and lists several messages from viewers, each with a profile picture and a name. The messages are:

- Darlison Vicente Boa tarde
- Rose Oliveira Glaucilândia minas gerais
- Pâmela Vitória boa tarde.
- Nayara Ribeiro Nayara g.p.terra ribeiro esf zumbi, Bocaiúva
- Greiziele Martins Fagundes Boa tarde,Greiziele Martins Fagundes Acs,Porteirinha/MG
- Jussara Barbosa boa tarde
- Diana Marcia Diana Márcia , equipe XVII janauba
- Mara França Boa tarde.
- Raira Magalhães cidade de Rubelita MG
- Ediene Conceição Ediene Acs de Janauba unidade Zacarias
- Laiz Ferreira Acs de Campo de Vacarias!
- Mabia Silva 🙌🙌🙌

At the bottom of the video player, the text "PALESTRA: Atenção à saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde" is visible.

ANEXO L

SEMANA DO ACS EM OUTUBRO DE 2021

