








Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em profissionais da Atenção Primária à Saúde em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco



Prevalence of depressive and anxious symptoms on primary health care professionals in a city in the metropolitan region of Recife, Pernambuco

Ana Paula Rocha da Costa¹  Andrezza Soares Souto¹ 
Igor Almeida de Moura Barros¹  Maria Carolina Francino Ferreira Santos¹ 
Jéssica Rodrigues Correia e Sá¹ 

¹ Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda, Pernambuco, Brasil.

Resumo

Objetivo: Verificar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em profissionais da Atenção Primária à Saúde em um município da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco. **Métodos:** Estudo transversal, envolvendo 243 profissionais da atenção primária à saúde distribuídos em 50 Unidades Básicas de Saúde de um município da Região Metropolitana do Recife. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e maio de 2023 e foram aplicados 3 instrumentos: questionário de caracterização sociodemográficas, Inventário de Ansiedade de Beck e Inventário de Depressão de Beck II. **Resultados:** O estudo identificou uma prevalência de 43,2% de sintomas depressivos e 58% de sintomas ansiosos entre os entrevistados. Referente aos sintomas ansiosos, a maioria foi classificada acima do nível leve. Quanto aos sintomas depressivos, houve prevalência de 27,6% para o nível leve, 13,2% para o nível moderado e 2,4% para o nível severo. Houve associação significativa dos sintomas depressivos e ansiosos entre os trabalhadores que relataram estar insatisfeitos com a estrutura da unidade (RP= 1,31; IC 95% 1,05–1,63), que já sofreram abuso psicológico durante o expediente (RP= 1,55; IC95% 1,26–1,92), que buscaram atendimento psicológico ou psiquiátrico (RP= 1,72; IC 95%

Autor correspondente:

Ana Paula Rocha da Costa.
E-mail: anapaularochacost@gmail.com

Fonte de financiamento:

Não se aplica

Parecer CEP: CAAE:

62965222.0.0000.8033

Recebido em: 06/07/2023

Aprovado em: 07/02/2024

Como citar: Costa **APR**, Souto **AS**, Barros **IAM**, Santos **MCFF**, Sá **JRC**.

Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em profissionais da atenção primária à saúde em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco. An Fac Med Olinda 2024; 1(11):14 doi: <https://doi.org/10.56102/afmo.2024.310>

1,21–2,45) e que fizeram uso de álcool (RP= 2,33; IC 95% 1,31–4,12) e psicofármacos (RP= 2,15; IC 95% 1,54–3,00) para aliviar sintomas. **Conclusão:** Observou-se a necessidade de estratégias direcionadas ao cuidado dos profissionais para o enfrentamento do problema que ofereçam qualidade de vida ao trabalhador e garantam a prestação de serviço e o cuidado à saúde integral da população adscrita.

Palavras-chave: Ansiedade; Atenção Primária à Saúde; Depressão; Saúde mental; Saúde ocupacional.

Abstract

Objective: To verify the prevalence of depressive and anxious symptoms in primary health care (PHC) professionals in Olinda, a city in the metropolitan region of Recife, Pernambuco, Brazil.

Methods: This cross-sectional study included 243 PHC professionals distributed in 50 basic health units in Olinda, Pernambuco, Brazil. Data were collected between February and May 2023 using the sociodemographic characterization questionnaire, the Beck Anxiety Inventory, and the Beck Depression Inventory – II. **Results:** The study identified a prevalence of 58% of anxious symptoms, mostly classified above the mild level. The prevalence of depressive symptoms was 43.2%, with 27.6% on the light level, 13.2% on moderate, and 2.4% on severe. A significant association was observed between depressive and anxious symptoms and dissatisfaction with the structure of the basic health unit (prevalence ratio [PR] = 1.31; 95% confidence interval [95% CI] = 1.05 - 1.63), psychological abuse during working hours (PR = 1.55; 95% CI = 1.26 - 1.92), seek for psychological or psychiatric care (PR = 1.72; 95% CI = 1.21 - 2.45), and use of alcohol (PR = 2.33; 95%CI = 1.31 - 4.12) and psychotropics (PR = 2.15; CI 95% = 1.54 - 3.00) to relieve symptoms. **Conclusion:** Strategies aiming for the comprehensive care of PHC professionals are needed to improve their quality of life and the assistance to the population.

Key-words: Anxiety; Depression; Mental health; Occupational health; Primary health care.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 2.436/2017, considera Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) termos equivalentes, sendo a principal via de acesso dos brasileiros ao Sistema Único de Saúde, além de ser o centro de comunicação da rede de atenção à saúde. A Estratégia Saúde da Família envolve os profissionais que compõem a equipe de AB, como enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e técnicos em saúde bucal, os quais acompanham uma população definida pelo território adscrito da Unidade Básica de Saúde (UBS). Esses trabalhadores, de forma integrada, desenvolvem ações voltadas para o cuidado com a saúde da população, sejam elas de forma individual, familiar ou coletiva, como promoção, prevenção e proteção à saúde, acolhimento com escuta qualificada, diagnóstico e tratamento de condições clínicas, ações de redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.^{1,2}

Nesse sentido, são muitas as atribuições desenvolvidas pela equipe de AB, que compreendem desde a territorialização, mapeamento da área, alimentação do sistema de informação da AB e realização do cuidado integral à saúde da população adscrita até a realização de atividades de atenção à saúde, que envolve garantir a saúde da população, acolhimento, cuidado, acompanhamento, entre outras, realizadas na UBS, no território e em domicílio.¹

Acerca disso, a saúde ocupacional vem se tornando uma preocupação constante devido aos riscos ocupacionais a que esses profissionais estão expostos. Diante das responsabilidades e das inúmeras tarefas, além das diversas barreiras existentes, como a insuficiência de recursos materiais e humanos, longa jornada de trabalho, a cobrança por parte da população, necessidade de melhorias na estrutura física de equipamentos de saúde, insatisfação salarial, sobrecarga de trabalho e insatisfação que podem desencadear um sofrimento físico e mental, consequentemente viabilizando a intercorrência de agravos à saúde e ao desenvolvimento de sentimentos como ansiedade e depressão nos trabalhadores em diferentes padrões de adoecimento, além de afetar a qualidade da atenção à saúde ofertada à população.³

A ansiedade é caracterizada como um estado de perturbação mental, emocional, comportamental, social e físico, sendo definida pelo adiantamento, em longo prazo, de episódios negativos que podem ocorrer quando o indivíduo enfrenta incertezas, ameaças existenciais ou perigos possíveis e reais. Por outro lado, a depressão é classificada como uma alteração de humor, que rege as atitudes dos sujeitos, modificando a noção de si mesmos e fazendo-os enxergar suas dificuldades e incertezas como grandes tragédias.⁴

Esse contexto contribui para o adoecimento dos trabalhadores da APS, pois eleva os problemas de saúde mental, ocasiona maior estresse, quadro de insônia, dificuldade de concentração e outros fatores que ocasionam importantes prejuízos na funcionalidade e qualidade de vida.⁵

As ações de Saúde do Trabalhador presentes na rede do Sistema Único de Saúde têm por objetivo a promoção e a proteção da saúde dele, por meio de ações de vigilância dos riscos existentes tanto no ambiente quanto nas condições de trabalho, dos agravos à saúde e da organização e prestação de assistência aos trabalhadores. Ela compreende procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada na rede de serviços do Sistema Único de Saúde, e seu objeto de estudo e intervenção são as relações entre o trabalho e a saúde do trabalhador, promovendo a este qualidade de vida.⁶

Nesse contexto, conhecer as condições psicoemocionais que impactam o cotidiano dos profissionais é relevante para a possibilidade de mudanças no contexto laboral, respeitando as diretrizes que são defendidas pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Isso também ajuda a entender os fatores de risco que levariam ao adoecimento psíquico dos trabalhadores, com o intuito de fortalecer o cuidado com a saúde deles.⁶ Diante do exposto, este estudo objetivou

verificar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em trabalhadores da APS em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo descritivo do tipo transversal com profissionais da APS de um município localizado na Região Metropolitana de Recife. A população foi formada por profissionais que compõem as equipes de saúde da família e equipe de AB no período de fevereiro a maio de 2023. O cálculo amostral foi realizado a partir da fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, utilizando um nível de confiança de 95% e poder de erro de 5%. Baseado nesse cálculo, a amostra resultante foi constituída por 243 profissionais. A amostragem foi aleatória, e as entrevistas ocorreram por meio de visitas a 50 UBS, nas quais os pesquisadores apresentaram a pesquisa e convidaram os profissionais a participarem em momentos oportunos, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados.

A coleta de dados ocorreu em uma sala reservada na UBS, após esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, orientação sobre o sigilo dos dados, disponibilidade para participar e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais que responderam aos instrumentos, sendo médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de farmácia, auxiliares de saúde bucal, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde em plena função dos seus exercícios. Os profissionais menores de 18 anos, que estavam em férias no período de coleta dos dados e/ou afastados das atividades profissionais por qualquer outro motivo e que não preencheram todo o formulário foram excluídos do estudo.

Durante a coleta, foram usados três instrumentos validados em estudos anteriores: o questionário com características sociodemográficas e estilo de vida do profissional, desenvolvido pelos pesquisadores; o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II).⁷

O BAI, por meio de 21 questões, aborda os sentimentos do indivíduo durante a última semana e mede os sintomas de ansiedade a nível de intensidade. As respostas são determinadas em quatro níveis, sendo eles: não, leve, moderada e grave. A escala apresenta alta consistência interna e confiabilidade teste-reteste durante uma semana, como consta nos artigos de validação.^{7,8}

O BDI-II mede a intensidade da depressão, em função de 21 questões com escores entre 0 e 3, abordando diversos pontos associados aos sintomas depressivos, como a falta de esperança, problemas cognitivos, irritabilidade, culpabilidade, sentimentos de punição, além de sintomas físicos, como fraqueza, perda de peso e redução da libido. No Brasil, houve validação da escala, a qual se apresenta fidedigna para avaliar os sintomas depressivos na população

brasileira.^{7,8}

Os dados foram organizados em uma planilha do software Excel e validados pelo Programa Epi Info versão 3.5.4. Em seguida, foram analisados pelo programa estatístico *STATA* - Statistical Package for Social Sciences (IBM Corp., CA, EUA) versão 13.0 para Windows. A análise ocorreu por meio de frequências absolutas e relativas, estatísticas descritivas (valores absolutos, percentuais) e testes de associação estatística (qui-quadrado de Pearson). Foi considerado um nível de significância estatística de $\leq 5\%$ (0,05) para um intervalo de confiança de 95%. A associação entre as características sociodemográficas e estilo de vida e os sintomas ansiosos e sintomas depressivos foi estimada pela razão de prevalência (RP), considerando o intervalo de confiança a 95%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 243 profissionais: 22 (9%) médicos, 25 (10,3%) enfermeiros, 10 (4,1%) dentistas, 3 (1,2%) técnicos de farmácia, 12 (4,9%) auxiliares de saúde bucal, 21 (8,6%) técnicos de enfermagem e 150 (61,7%) agentes comunitários de saúde (ACS).

A distribuição das características sociodemográficas dos profissionais mostrou que houve um predomínio da faixa etária ≥ 50 anos (54,32%). A maioria definiu ser do gênero feminino (84,8%), de religião católica (39,1%), de raça/cor da pele parda (63%) e com renda \leq R\$ 3.033,00 (65,8%). Mais da metade dos profissionais entrevistados era de nível médio (76,5%) com mais de cinco anos de trabalho na APS (82,3%) e estava insatisfeita com a estrutura da UBS (56,8%). Nos últimos seis meses, 63% dos profissionais sofreram abuso psicológico durante o expediente laboral; 24,7% buscaram atendimento psicológico e/ou psiquiátrico; 14% fizeram uso de álcool e 33,3% fizeram uso de psicofármacos, ambos para aliviar sintomas depressivos e ansiosos. Informaram realizar práticas de autocuidado 72% dos entrevistados; mais da metade (67,5%) leva menos de 40 minutos no percurso até o trabalho; a maioria (69,5%) não utiliza o transporte público para chegar ao trabalho e 87,6% residem com alguém.

A prevalência pontual de sintomas para ansiedade e depressão entre os profissionais das UBS foi de 58,0% e 43,2%, respectivamente. Referente aos sintomas de ansiedade, 102 dos profissionais (42%) apresentaram o nível mínimo. Os níveis leve (25,9%), moderado (16,9%) e grave (15,2%) para ansiedade também foram observados nos profissionais, o que corresponde à maioria dos entrevistados (58%). Quanto aos sintomas de depressão, houve prevalência dos níveis leve (27,6%), moderado (13,2%) e severo (2,4%); pelo escore do BDI-II, 56,8% dos participantes não estavam deprimidos (Tabela 1).

Tabela 1. Níveis de ansiedade e depressão dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Olinda, Pernambuco, Brasil, 2023

Classificação	n= 243	(%)
BAI		
Grau mínimo	102	42,0
Ansiedade leve	63	25,9
Ansiedade moderada	41	16,9
Ansiedade grave	37	15,2
BDI-II		
Não está deprimido	138	56,8
Depressão leve	67	27,6
Depressão moderada a severa	32	13,2
Depressão severa	6	2,4

BAI: Inventário de Ansiedade de Beck. BDI-II: Inventário de Depressão de Beck II. n: Número de participantes.

As Tabelas 2 e 3 apresentam, respectivamente, os resultados da associação entre as características sociodemográficas e os níveis de ansiedade e depressão dos profissionais. O escore do BAI foi agrupado em “grau mínimo” e “grau leve a grave” e o do BDI-II foi dividido em “depressão leve a severa” e “não está deprimido”.

Tabela 2. Associação das variáveis sociodemográficas e estilo de vida com os níveis de ansiedade dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Olinda, Pernambuco, Brasil, 2023.

Variáveis	n=243 n (%)	BAI		RP (IC 95%)	p valor*
		Ansiedade leve a grave	Grau mínimo de ansiedade		
Idade					
25–49	111 (45,68)	66 (46,8)	41 (44,1)	1,06 (0,78–1,43)	0,678
≥ 50	132 (54,32)	75 (53,2)	57 (55,9)	1,0	
Gênero					
Mulher	206 (84,77)	121 (85,8)	85 (83,3)	1,10 (0,74–1,64)	0,613
Homem	35 (14,40)	19 (13,5)	16 (15,7)	1,0	
Homem trans	2 (0,82)	1 (0,7)	1 (0,8)	1,21 (0,29–4,90)	
Possui religião					
Não possui	23 (9,5)	12 (8,5)	11 (10,8)	0,86 (0,54–1,36)	0,550
Possui	220 (90,5)	129 (91,5)	91 (89,2)	1,0	
Raça/cor da pele^a					
Não branca	201 (82,7)	117 (83,0)	84 (82,3)	1,0 (0,67–1,51)	0,239
Branca	38 (15,6)	22 (16,6)	16 (15,7)	1,0	

Escolaridade

Nível médio	186 (76,5)	118 (83,7)	68 (66,7)	1,63 (1,22–2,17)	0,002
Nível superior	57 (23,5)	23 (16,3)	34 (33,3)	1,0	

Renda mensal (R\$)

≤ 3.033,00	160 (65,8)	100 (70,9)	60 (58,8)	1,34 (1,02–1,80)	0,045
> 3.033,00	83 (34,2)	41 (29,1)	42 (41,2)	1,0	

Tempo de trabalho na APS

≥ 5 anos	200 (82,3)	115 (81,6)	85 (83,3)	1,01	
< 5 anos	43 (17,7)	26 (18,4)	17 (16,7)	0,93 (0,62–1,39)	0,721

Satisfação com a estrutura da UBS

Insatisfeito	138 (56,8)	89 (63,1)	49 (48,0)	1,42 (1,05–1,90)	0,019
Satisfeito	105 (43,2)	52 (36,9)	53 (52,0)	1,0	

Sofreu abuso psicológico durante o expediente laboral

Sim	153 (63,0)	103 (73,0)	50 (49,0)	1,76 (1,32–2,35)	<0,001
Não	90 (37,0)	38 (27,0)	52 (51,0)	1,0	

Buscou atendimento psicológico e/ou psiquiátrico nos últimos seis meses

Sim	60 (24,7)	47 (33,3)	13 (12,8)	2,24 (1,35–3,71)	<0,001
Não	183 (75,3)	94 (66,7)	89 (87,2)	1,0	

Fez uso de álcool para aliviar sintomas depressivos e ansiosos

Sim	34 (14,0)	25 (23,8)	9 (6,5)	2,33 (1,31–4,12)	<0,001
Não	209 (86,0)	80 (76,2)	129 (93,5)	1,0	

Fez uso de psicofármacos para aliviar sintomas depressivos e ansiosos

Sim	81 (33,3)	55 (52,4)	26 (18,8)	2,15 (1,54–3,00)	<0,001
Não	162 (66,7)	50 (47,6)	112 (81,2)	1,0	
Sim	175 (72,0)	73 (69,5)	102 (73,9)	1,0	

Tempo médio de percurso até o trabalho

≥ 40 minutos	79 (32,5)	39 (37,1)	40 (29,0)	1,18 (0,91–1,51)	0,179
< 40 minutos	164 (67,5)	66 (62,9)	98 (71,0)	1,0	

Utiliza transporte público para chegar ao trabalho

Sim	74 (30,5)	44 (31,2)	30 (29,4)	1,05 (0,75–1,45)	0,764
Não	164 (69,5)	97 (68,8)	72 (70,6)	1,0	

Reside com alguém

Não	30 (12,4)	13 (12,4)	17 (12,3)	1,00 (0,71–1,40)	0,988
Sim	213 (87,6)	92 (87,6)	121 (87,7)		

BAI: Inventário de Ansiedade de Beck. n: número de participantes. RP: Razão de prevalência. IC95%: Intervalo de confiança de 95%. p: p-valor. APS: Atenção Primária à Saúde. UBS: Unidade Básica de Saúde. (*) Pelo teste Exato de Fisher. ^a Quatro valores perdidos, dois não quiseram responder e dois não sabiam.

Observou-se significância estatística ($p < 0,05$, $RP > 1$ e IC 95%) na associação dos sintomas considerados como grau de ansiedade leve a grave em profissionais do nível médio (83,7%), com renda \leq R\$3.033,00 (70,9%), insatisfeitos com a estrutura da UBS (63,1%), que já sofreram abuso psicológico durante o expediente laboral (73%), que buscaram atendimento psicológico e/ou psiquiátrico (33,3%) e que fizeram uso de álcool (23,8%) e psicofármacos (52,4%) para aliviar sintomas depressivos e ansiosos, estes últimos com uma prevalência 2,33 e 2,15 vezes maior, respectivamente, para desenvolver sintomas ansiosos.

Verificaram-se sintomas de depressão estatisticamente significante entre os profissionais que relataram estar insatisfeitos com a estrutura da UBS ($RP= 1,31$; IC 95% 1,05–1,63), que já sofreram abuso psicológico durante o expediente laboral ($RP= 1,55$; IC95% 1,26–1,92), que buscaram atendimento psicológico e/ou psiquiátrico ($RP= 1,72$; IC 95% 1,21–2,45) e que fizeram uso de álcool ($RP= 2,33$; IC 95% 1,31–4,12) e psicofármacos ($RP= 2,15$; IC 95% 1,54–3,00) para aliviar sintomas depressivos e ansiosos.

Tabela 3. Associação das variáveis sociodemográficas e estilo de vida com os níveis de depressão dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Olinda, Pernambuco, Brasil, 2023

Variáveis	n=243 n (%)	BDI-II		RP (IC 95%)	p valor*
		Depressão leve a severa	Não está deprimido		
Idade					
25–49	111 (45,68)	47 (44,8)	64 (46,4)	0,97 (0,78–1,21)	0,802
≥ 50	132 (54,32)	58 (55,2)	74 (53,6)	1,0	
Gênero					
Mulher	206 (84,77)	90 (85,7)	116 (84,0)	1,01 (0,74–1,38)	0,462
Homem	35 (14,40)	15 (14,3)	20 (14,5)	1,0	
Homem trans	2 (0,82)	0 (0,0)	2 (1,45)	1,77 (1,57–2,00)	
Possui religião					
Não possui	23 (9,5)	10 (9,5)	13 (9,4)	1,00 (0,68–1,46)	0,978
Possui	220 (90,5)	95 (90,5)	125 (90,6)	1,0	
Raça/cor da pele^a					
Não branca	201 (82,7)	92 (87,6)	109 (79,0)	1,26 (0,98–1,62)	0,242
Branca	38 (15,6)	12 (11,4)	26 (18,8)	1,01	
Escolaridade					
Nível médio	186 (76,5)	84 (80,0)	102 (73,9)	1,15 (0,90–1,46)	0,267
Nível superior	57 (23,5)	21 (20,0)	36 (26,1)	1,0	
Renda mensal (R\$)					
$\leq 3.033,00$	160 (65,8)	69 (65,7)	91 (65,9)	1,0	
$> 3.033,00$	83 (34,2)	36 (34,3)	47 (34,1)	0,99 (0,78–1,25)	0,970

Tempo de trabalho na APS

≥ 5 anos	200 (82,3)	82 (78,1)	118 (85,5)	1,0	
< 5 anos	43 (17,7)	23 (21,9)	20 (14,5)	0,78 (0,56–1,10)	0,134

Satisfação com a estrutura da UBS

Insatisfeito	138 (56,8)	69 (65,7)	69 (50,0)	1,31 (1,05-1,63)	0,014
Satisfeito	105 (43,2)	36 (34,3)	69 (50,0)	1,0	

Sofreu abuso psicológico durante o expediente laboral

Sim	153 (63,0)	81 (77,1)	72 (52,2)	1,55 (1,26–1,92)	<0,001
Não	90 (37,0)	24 (22,9)	66 (47,8)	1,0	

Buscou atendimento psicológico e/ou psiquiátrico nos últimos seis meses

Sim	60 (24,7)	38 (36,19)	22 (15,9)	1,72 (1,21–2,45)	<0,001
Não	183 (75,3)	67 (63,81)	116 (84,1)	1,0	

Fez uso de álcool para aliviar sintomas depressivos e ansiosos

Sim	34 (14,0)	25 (23,8)	9 (6,5)	2,33 (1,31–4,12)	<0,001
Não	209 (86,0)	80 (76,2)	129 (93,5)	1,0	

Fez uso de psicofármacos para aliviar sintomas depressivos e ansiosos

Sim	81 (33,3)	55 (52,4)	26 (18,8)	2,15 (1,54–3,00)	<0,001
Não	162 (66,7)	50 (47,6)	112 (81,2)	1,0	

Práticas de autocuidado

Não	68 (28,0)	32 (30,5)	36 (26,1)	1,10 (0,85–1,42)	0,450
Sim	175 (72,0)	73 (69,5)	102 (73,9)	1,0	

Tempo médio de percurso até o trabalho

≥ 40 minutos	79 (32,5)	39 (37,1)	40 (29,0)	1,18 (0,91–1,51)	0,179
< 40 minutos	164 (67,5)	66 (62,9)	98 (71,0)	1,0	

Utiliza transporte público para chegar ao trabalho

Sim	74 (30,5)	30 (28,6)	44 (31,9)	1,0	
Não	164 (69,5)	75 (71,4)	94 (68,1)	0,93 (0,74–1,17)	0,578

Reside com alguém

Não	30 (12,4)	13 (12,4)	17 (12,32)	1,00 (0,71–1,40)	0,988
Sim	213 (87,6)	92 (87,6)	121 (87,7)	1,0	

BDI-II: Inventário de Depressão de Beck II. n: número de participantes. RP: Razão de prevalência. IC95%: Intervalo de confiança de 95%. p: p-valor. APS: Atenção Primária à Saúde. UBS: Unidade Básica de Saúde. (*) Pelo teste Exato de Fisher. ^a Quatro valores perdidos, dois não quiseram responder e dois não sabiam.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência pontual de sintomas depressivos e ansiosos encontrada entre os profissionais da saúde que compõem as UBS foi de 58,0% e 43,2%, respectivamente. Em paralelo, vários estudos brasileiros, realizados em diferentes estratégias de atendimento, apresentaram preponderâncias significativas de ansiedade e depressão nos profissionais da saúde.

Isso evidencia que esse é um problema de saúde pública em ascensão nos últimos anos.^{3,4,9,10}

Observou-se dos resultados que os níveis leve, moderado e grave de ansiedade foram de 25,9%, 16,9% e 15,2% entre os profissionais, respectivamente, o que corresponde à maioria dos entrevistados (58%). Em comparação a um estudo de 2017 realizado em São Paulo com 173 trabalhadores da equipe de saúde da família, a ansiedade se mostrou presente em 45,3% dos profissionais, dos quais 25,0% apresentaram ansiedade leve; 9,9%, ansiedade moderada; e 10,5%, ansiedade grave.¹⁰ Esse cenário demonstra que, em menos de dez anos, a prevalência de sintomas ansiosos aumentou nesse grupo, sobretudo nos níveis moderado e grave de ansiedade, revelando uma realidade preocupante acerca do adoecimento em saúde mental no contexto ocupacional.

Referente aos sintomas de depressão, os resultados revelaram que 27,6% dos participantes apresentaram nível leve de sintomas; 13,2%, nível moderado; e 2,4%, sintomas severos, totalizando, assim, 43,2%. Por outro lado, 56,8% dos participantes não foram classificados com sintomas depressivos com base na pontuação do BDI-II. Em paralelo, no estudo citado anteriormente, de 2017, com amostra de perfil semelhante, a depressão foi identificada em 41,0% dos profissionais, dos quais 28,9% demonstraram depressão leve e 12,1%, depressão moderada.¹⁰

O sofrimento psíquico desse público é crescente, segundo o estudo, em função da associação significativa entre as diferentes variáveis sociodemográficas e os sintomas de ansiedade e depressão. Associações estatisticamente significativas foram encontradas entre sintomas leve a grave de ansiedade em profissionais de nível médio e variáveis como renda, abuso psicológico, satisfação no ambiente de trabalho, uso de álcool e psicofármacos e acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Isso indica que os sintomas de ansiedade não ocorrem ao acaso, visto que estão mais presentes em profissionais que apresentam essas variáveis. Fatores como ambiente de trabalho com pressões, sexo biológico, sono desregulado e estado civil mostraram estar associados com desenvolver ansiedade; já o desenvolvimento da depressão apresentou relação com o setor de trabalho, tipo de vínculo, cargo, idade e a cor da pele.^{10,9}

Quanto à relação entre faixa etária e os transtornos mentais entre os profissionais, 54,32% dos que demonstraram tal condição foram pessoas acima de 50 anos, sendo 84,8% do sexo feminino. O fato de 84,8% da amostra definir ser do gênero feminino contribuiu para uma maior predominância dos sintomas depressivos e ansiosos nessa população. Por outro lado, não houve associação na razão de prevalência quando comparada a outros gêneros. Talvez seja necessário ampliar a amostra para chegar a conclusões de outros estudos que identificaram maior chance do sexo feminino apresentar sintomas ansiosos^{4,9} por questões socioculturais, desigualdade de gênero e o trabalho de cuidado realizado pelas mulheres além do laboral — condições que as tornam mais suscetíveis ao risco de desenvolver sintomas ansiosos e depressivos — ou pelo fato de expressarem mais abertamente seus sentimentos quando comparado ao sexo masculino.¹¹

No que tange ao consumo de psicofármacos e bebidas alcoólicas, os achados encontrados foram de 14% e 33,3%, respectivamente, ratificando outros estudos que consideram depressão, ansiedade, estresse e cansaço crônico situações que influenciam o consumo abusivo dessas substâncias para o alívio dos sintomas. Fatores intrínsecos e extrínsecos ao trabalho podem estar associados ao uso de psicotrópicos. O presente estudo constatou a incidência dessas variáveis nos profissionais que apresentaram sintomas ansiosos e depressivos. Esse resultado aponta para uma correlação entre essas variáveis e os sintomas em questão, o que também foi verificado em outros estudos mencionados.⁵

Outro dado importante foi a significância estatística na associação dos sintomas de ansiedade leve a grave em profissionais do nível médio, representando 83,7% dos entrevistados. Os 150 ACS (61,7%) corresponderam a mais da metade da amostra do estudo e foram os profissionais mais atingidos pelos sintomas de ansiedade e depressão, enquanto os de nível superior apresentaram níveis menores, fortalecendo o que já foi descrito em outras literaturas. Em um estudo com 4.749 profissionais, dos quais 32% eram ACS, encontrou-se uma prevalência de transtornos psiquiátricos menores, sendo 18,4% entre os ACS e 10% entre outros profissionais de nível superior.³ Além de apresentarem o menor nível de escolaridade, reforçando essa correlação, a sobrecarga de trabalho, resultante de altas exigências laborais e de cargas de trabalho mecânicas, biológicas, fisiológicas e psíquicas, pode contribuir para o adoecimento mental dos ACS, situação que pode explicar essa diferença nos níveis emocionais encontrados entre as categorias profissionais. Outro ponto importante a destacar é que os profissionais de nível superior tendem a apresentar maior capacidade de resiliência e, com isso, sofrer menor desgaste emocional.^{10,11,12}

A renda e escolaridade apresentaram uma associação com os sintomas ansiosos. Embora tenham variado de acordo com a categoria profissional desempenhada no serviço, foi notório que profissionais do nível médio (83,7%), com renda \leq R\$3.033,00 (70,9%), demonstram uma maior prevalência de sintomas ansiosos, o que elucida o impacto negativo na saúde mental do trabalhador e contradiz o estudo feito em Porto Alegre, em 2012, no qual observou-se a tendência de maior ocorrência de depressão conforme a diminuição dos níveis de escolaridade e renda.¹³

Acerca do acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, 24,7% dos profissionais entrevistados buscaram atendimento nos últimos seis meses, porém, esse percentual é menor do que os profissionais que possuem apenas o nível médio, que chega a 33,3%. Esse cenário também é corroborado pelo fato de o estudo constatar que 63% dos profissionais já sofreram abuso psicológico durante o expediente laboral, mas atinge 73% dos profissionais de nível médio, sendo esses trabalhadores os que mais sofrem com o desrespeito e as opressões no ambiente de trabalho. Nesse sentido, cada categoria profissional possui uma dinâmica de trabalho específica que apresenta demandas psicológicas, físicas e emocionais diferenciadas, validando a influência do acompanhamento psicológico ou psiquiátrico no processo de adoecimento mental.¹⁴

À medida que os profissionais da atenção primária à saúde assumem determinados desafios e inúmeras tarefas, em que atendem, ao mesmo tempo, as atribuições específicas das atividades desempenhadas e os imprevistos decorrentes da demanda espontânea, é possível observar também a infraestrutura inadequada. Essa variável configurou 56,8% de insatisfação, visto que a baixa de recursos e materiais determinou uma classe significativa para a gravidade dos sintomas depressivos e ansiosos.

Desse modo, um estudo no Canadá, realizado em 2021, apresentou dados semelhantes que sugerem um abuso psicossocial e longas horas de trabalho, fatores determinantes para o aumento dos riscos dos sintomas depressivos e ansiosos. Em relação ao tempo de trabalho, os resultados do presente estudo apontaram que 83,3% dos que trabalham na APS por mais de cinco anos manifestaram grau mínimo de ansiedade e 78,1% apresentaram depressão leve a severa, indicando que o maior tempo de exposição em contexto semelhante pode estar associado ao aumento do desgaste físico e emocional do trabalhador.¹⁵

Considerando a saúde um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades¹⁶, a compreensão da cultura na formulação e prestação do cuidado do profissional torna-se um dos fatores fundamentais. Portanto, campanhas nacionais de sensibilização e apoio à saúde mental dos trabalhadores da APS e ajuda de profissionais capacitados devem ser consideradas para a redução dos sintomas de ansiedade e depressão. Também é importante atentar para a promoção de práticas de autocuidado visando a melhoria da qualidade de vida, conforme demonstrado no estudo em São Paulo¹⁷ sobre os efeitos de práticas e programas de meditação na rotina diária, no início do trabalho, para os profissionais da enfermagem, visando cultivar e fortalecer estados mentais positivos para o enfrentamento dos estressores relacionados a um dia de trabalho e, assim, obter resultados positivos em seus programas.

CONCLUSÕES

O estudo possibilitou identificar a ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos nos profissionais da APS. A partir das evidências, os resultados demonstram que os profissionais com baixa remuneração, insatisfeitos com o ambiente de trabalho e que sofreram abuso psicológico durante o expediente laboral apresentam maior predominância de sintomas depressivos e ansiosos. Além disso, profissionais de nível médio em comparação com os de nível superior demonstram um grau maior desses sintomas.

Destarte, os achados possibilitam que sejam desenvolvidas estratégias de enfrentamento para o problema, sendo fundamental reconhecer e abordar os sintomas depressivos e ansiosos entre os profissionais da APS. A promoção de uma cultura de cuidado e suporte, juntamente com o acesso a serviços de saúde mental e programas de autocuidado, podem contribuir para o bem-estar desses profissionais e, por sua vez, melhorar a qualidade do atendimento prestado

aos pacientes. Assim é possível melhorar a qualidade de vida dos profissionais da APS, além de aperfeiçoar a assistência promovida por estes.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

APRC: elaboração de ideias, formulação e evolução de objetivos e objetivos abrangentes de pesquisa, preparação e criação, redação do rascunho inicial e para a revisão crítica, comentário e revisão de todo o artigo; **ASS:** elaboração de ideias, formulação e evolução de objetivos e objetivos abrangentes de pesquisa, da coleta de dados/evidências e na preparação e criação, especificamente redação do rascunho inicial e para a revisão crítica, comentário e revisão; **IAMB:** elaboração de ideias, formulação e evolução de objetivos e objetivos abrangentes de pesquisa, da coleta de dados/evidências e na preparação e criação, especificamente da metodologia, conclusão, revisão das referências e ajustes na discussão e resumo; **MCFFS:** elaboração de ideias, formulação e evolução de objetivos e objetivos abrangentes de pesquisa, da coleta de dados/evidências e na preparação e criação, especificamente na elaboração da discussão, conclusão, revisão das referências e revisão de todo artigo; **JRCS:** aplicação de técnicas estatísticas, matemáticas, computacionais ou outras técnicas formais para analisar ou sintetizar dados de estudo, responsabilidade de supervisão e orientação para o planejamento e execução da atividade de pesquisa e para a revisão crítica, comentário e revisão de todo o artigo.

REFERÊNCIAS

1. 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) [Internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [Acessado 20 Mai 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família [Internet]. Brasília, DF: MS; 2022 [Acessado 20 mai 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/estrategia-saude-da-familia>
3. Dilélio, AS et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública [internet]. 2012 [Acessado 14 Maio 2022];28(3):503-514. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300011>
4. Abreu LA, Oliveira MR, Silveira LC, Corrêa KS. Rastreamento de Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Fisioterapeutas durante a Pandemia do Covid 19. Revista Movimenta [Internet]. 2021 [Acessado 15 Maio 2022];14(1):107–19. Disponível em: <https://search.ebscohost>.

- com/login.aspx?direct=true&db=foh&AN=150484859&lang=pt-br&site=ehost-live
5. Bertussi VC, Junqueira MAB, Giuliani CD, Calçado RM, Miranda FJ, Santos MA, et al. Substâncias psicoativas e saúde mental em profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2018 [acessado em: 12 maio 2022];20:v20a21. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.47820>.
 6. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017. Anexo XV. Consolidação das normas sobre as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [Acessado 20 Mai 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
 7. Karino CA, Laros JA. Ansiedade em situações de prova: evidências de validade de duas escalas. *Psico-USF* [Internet]. 2014 [Acessado 20 Mai 2023];19(1):23–36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712014000100004>
 8. J Cunha. Manual da versão em português das Escalas Beck; São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora; 2001.
 9. Garcia CA, Ferracioli JA, Zajankauskas AE, Dias NC. Depressão em médicos da Estratégia de Saúde da Família no município de Itajaí/SC. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2018 [citado 4 de julho de 2023];13(40):1-12. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1641>
 10. Julio RS, Lourenção LG, Oliveira SM, Farias DH, Gazetta CE. Prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* [Internet]. 2022 [citado 4º de julho de 2023];30:e2997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO22712997>
 11. Oliveira FE, Trezena S, Dias VO, Martelli H, Martelli DR. Common mental disorders in Primary Health Care professionals during the COVID-19 pandemic period: a cross-sectional study in the Northern health macro-region of Minas Gerais state, Brazil, 2021. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2021 [acessado 4 de julho de 2023];32(1):e2022432. Available from: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000100012>
 12. Oliveira WA, Cardoso EA, Silva JL, Santos MA. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. *Estudos de Psicologia (Campinas)* [Internet]. 2020 [acessado 4 de julho de 2023];37,e200066. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200066>
 13. Cunha RV, Bastos GA, Duca GF. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2012 [acessado 4 de julho de 2023];15(2):346–354. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>
 14. Santos PW, Costa MA, Pinto RG, Franco KS, Coelho RF, Santos YM, et al. Análise da ansiedade e do estresse laboral em profissionais da Atenção Primária à Saúde. *RSD* [Internet].

- 2021 [acessado 4 de julho de 2023];10(6):e26210615763. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15763>
15. Plouffe RA, Nazarov A, Forchuk CA, Gargala D, Deda E, Le T, et al. Impacts of morally distressing experiences on the mental health of Canadian health care workers during the COVID-19 pandemic. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2021 [acessado 4 de julho de 2023];12(1):1984667. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/20008198.2021.1984667>
16. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1997 [acessado 4 de julho de 2023];31(5):538–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>
17. Farre AG, Santana IT, Santos MP, Barbosa YO, Rocha HM. Efeitos de práticas e programas de meditação com profissionais da enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Recien* [Internet]. 2021 [citado 4 de julho de 2023];11(36):551-63. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/539>