



Depresión relacionada con el trabajo en personal de equipos de atención primaria en Brasil*

Andréa Tenório Correia da Silva,¹ Claudia de Souza Lopes,² Ezra Susser³ y Paulo Rossi Menezes¹

Forma de citar (artículo original)

Da Silva ATC, Lopes CS, Susser E y Menezes PR. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. *Am J Public Health*. 2016;106:1990–1997. doi:10.2105/AJPH.2016.303342.

RESUMEN

Objetivos. Determinar factores relacionados con el trabajo asociados a síntomas depresivos y posible depresión mayor en personal de los equipos de atención primaria.

Métodos. Estudio transversal en equipos de atención primaria (agentes comunitarios de salud, auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos) en la ciudad de São Paulo (Brasil) (2011-2012; n = 2940) para evaluar los síntomas depresivos y la posible depresión mayor y su asociación con la presión laboral y otras condiciones laborales.

Resultados. Los agentes comunitarios de salud presentaron una prevalencia más elevada de posible depresión mayor (18%) que otros trabajadores de atención primaria. Las razones de posibilidades [odds ratios] mayores de los síntomas depresivos o la posible depresión mayor se asociaron a una antigüedad mayor en el empleo en la atención primaria; a tener un trabajo pasivo, activo o con gran presión laboral; a la falta de retroalimentación de los supervisores con respecto al desempeño; y al escaso apoyo social de los colegas y los supervisores.

Conclusiones. Los niveles observados de depresión relacionada con el trabajo pueden poner en peligro la sostenibilidad de los programas de atención primaria.

Implicaciones para la salud pública. Se necesitan estrategias para brindar asistencia a los trabajadores de atención primaria con depresión, facilitando el diagnóstico y el acceso al tratamiento, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos. Entre las intervenciones preventivas pueden incluirse la capacitación de los supervisores para que brinden retroalimentación a los trabajadores y la creación de estrategias para aumentar la autonomía laboral y el apoyo social en el trabajo.

La alta prevalencia de síntomas depresivos en los trabajadores de atención de salud es motivo de gran preocupación, dado que tiene repercusiones para los trabajadores (discapacidad, disminución de la productividad y suicidio) y los pacientes (negligencia profesional, errores de prescripción y resultados adversos de salud en los pacientes).¹⁻³

Se ha hecho hincapié en algunos estresantes laborales —como el número elevado de horas de trabajo, el número de turnos de noche,⁴ las exigencias o demandas psicológicas relacionadas con la asistencia a los pacientes, y el número de años trabajados en los servicios de urgencias⁵— como factores perjudiciales para la salud mental de

los trabajadores de atención de salud. Algunos estudios también han ilustrado la función de la presión laboral en la alteración de la salud mental de los trabajadores de salud. El hecho de tener un trabajo caracterizado por escasa autonomía y grandes exigencias psicológicas se ha asociado a la depresión y al agotamiento emocional.⁶

* Traducción oficial al español del artículo original en inglés efectuada por la Organización Panamericana de la Salud. En caso de discrepancia entre ambas versiones, prevalecerá la original (en inglés).

¹ Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de São

Paulo, Brasil, y Centro de Investigación en Salud Mental de la Población, São Paulo, Brasil. La correspondencia debe enviarse a Andréa Tenório Correia da Silva, e-mail: andreatenorio@usp.br.

² Departamento de Epidemiología del Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Brasil.

³ Departamento de Epidemiología de la Mailman School of Public Health, Universidad de Columbia y New York State Psychiatric Institute, Nueva York, Estados Unidos.

Recientemente, diversos investigadores han señalado que los estilos de liderazgo de los supervisores afectan la salud mental de los trabajadores de atención de salud. Por ejemplo, se observó que los estilos de liderazgo que brindan atención personal, apoyo psicológico y retroalimentación sobre el desempeño se asocian negativamente a la incidencia de trastornos mentales en los trabajadores de atención de salud⁷ y se asocian positivamente al bienestar y a la satisfacción laboral.^{8,9} Además, los estilos de liderazgo de los supervisores calificados como “carentes de escucha” o egocéntricos se asociaban a síntomas depresivos en los empleados.¹⁰ Hasta donde sabemos, los estudios anteriores que se realizaron en entornos de atención primaria no investigaron las relaciones entre los estresantes relacionados con el trabajo, el estilo de liderazgo de los supervisores y la depresión en los equipos de atención primaria, incluidos los agentes comunitarios de salud.

La mayoría de las investigaciones que han evaluado la salud mental de los trabajadores de atención de salud se han realizado en hospitales. Los pocos estudios realizados en trabajadores de centros de atención primaria se centraron en la investigación de la depresión en los médicos.^{12, 13} Son pocas las investigaciones que incluyen otras categorías, como los agentes comunitarios de salud, las enfermeras y los auxiliares de enfermería. En el contexto mundial, donde la atención primaria todavía se está expandiendo, en particular en los países de ingresos bajos y medianos, potenciar el conocimiento sobre la salud mental de los trabajadores de atención primaria y los estresantes relacionados con el trabajo es fundamental para la sostenibilidad de la atención primaria.

En 1994, el Ministerio de Salud del Brasil creó el Programa de Salud Familiar (PSF) para reorganizar la atención primaria en todo el país. Cada equipo del PSF está integrado por 1 médico, 1 enfermera, 2 auxiliares de enfermería y de 4 a 6 agentes comunitarios de salud, y es responsable de prestar atención a una población registrada de 2000 a 4000 personas. El PSF se ha ampliado durante los 20 últimos años, y actualmente incluye a casi 400 000 trabajadores de atención primaria y cubre a más de 120 millones de personas en todo el país.¹⁴ Se ha convertido en un modelo para los programas de

atención primaria en varios países de ingresos bajos y medianos de Asia, África y América Latina.^{15, 16}

Evaluamos la relación de los síntomas depresivos y la posible depresión mayor en equipos del PSF con la presión laboral, la retroalimentación sobre el desempeño y otros factores relacionados con el trabajo en la ciudad de São Paulo (Brasil), la mayor zona urbana de América del Sur, con 11,3 millones de habitantes, 45% de los cuales están cubiertos por el PSF.¹⁷ São Paulo es un lugar particularmente valioso para una investigación de este tipo, puesto que se trata de una gran metrópolis de un país de ingresos bajos y medianos donde hay grandes desigualdades sociales y en materia de salud que se encuentran también en otros grandes centros urbanos de países de ingresos bajos y medianos, y donde se ha ejecutado un programa de atención primaria en gran escala.

MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos una encuesta en la ciudad de São Paulo —el estudio Panorama de los Trabajadores de Atención Primaria de Salud en São Paulo (Brasil): depresión, justicia organizacional, violencia en el trabajo y evaluaciones del desgaste profesional (PANDORA-SP)—¹⁸ desde octubre del 2011 a noviembre del 2012. Para seleccionar los consultorios del PSF de los que obtendríamos nuestra muestra, en primer lugar estratificamos las clínicas del PSF existentes en São Paulo según las 10 organizaciones de prestadores, que abarcan cuatro zonas de la ciudad. Cada organización de prestadores coordinaba de 1 a 12 consultorios del PSF, y cada consultorio del PSF tenía de 1 a 12 equipos del PSF. De la lista de todos los consultorios del PSF de São Paulo, seleccionamos aleatoriamente 66, los estratificamos por zona y en proporción al número de consultorios del PSF de cada organización de prestadores. Luego invitamos a participar en el estudio a todo el personal de los equipos del PSF (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud) de cada consultorio del PSF seleccionado. Según los contratos de trabajo del PSF en São Paulo, los tres primeros meses de empleo constituyen un periodo de prueba, por lo que excluimos a los trabajadores del PSF que llevaban menos de tres meses empleados, para evitar respuestas

sesgadas de personas preocupadas por conservar su trabajo al final de dicho periodo de prueba.

Determinaciones

Síntomas depresivos y posible depresión mayor. Evaluamos los síntomas depresivos utilizando la versión brasileña del cuestionario de salud de los pacientes (*Patient Health Questionnaire*) de 9 puntos (PHQ-9),¹⁹ un instrumento de tamizaje de la depresión muy utilizado. El cuestionario PHQ-9 comprende el módulo de depresión de la evaluación en la atención primaria de los trastornos mentales, que se desarrolló tomando como base los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*.²⁰ Los participantes indicaron si habían presentado síntomas asociados a la depresión en las dos semanas anteriores respondiendo a nueve preguntas, correspondientes a los síntomas que se consideran para hacer el diagnóstico de depresión mayor según los criterios del *DSM-IV*. Las posibles respuestas y las puntuaciones respectivas de cada síntoma son “ningún día” (0), “varios días” (1), “más de la mitad de los días” (2) y “casi todos los días” (3). Las puntuaciones del cuestionario PHQ-9 nos permitieron clasificar a los participantes en tres categorías: “ausencia de síntomas depresivos”, “síntomas depresivos” y “posible depresión mayor”.¹⁹

Siguiendo el precedente de estudios anteriores, clasificamos a los participantes en la categoría de síntomas depresivos si estaban presentes de dos a cuatro síntomas asociados a la depresión durante más de la mitad de los días en las dos últimas semanas y solo uno de dichos síntomas era el estado de ánimo deprimido o la anhedonia; clasificamos a los participantes en la categoría de posible depresión mayor si estaban presentes cinco o más síntomas asociados a la depresión durante más de la mitad de los días en las dos semanas anteriores y al menos uno de esos síntomas era el estado de ánimo deprimido o la anhedonia.²¹ La validación brasileña del cuestionario PHQ-9 se llevó a cabo utilizando como referencia el diagnóstico de depresión mayor de la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI, por *Mini International Neuropsychiatric Interview*). Según el PHQ-9, se encontró una sensibilidad de 77,5% (intervalo de confianza [IC] de 95%: 61,5,

89,2), una especificidad de 86,7% (IC de 95%: 83,0, 89,9), un valor predictivo positivo de 57,8% (IC de 95%: 53,2, 62,4) y un valor predictivo negativo de 94,3% (IC de 95%: 92,1, 96,4).¹⁹

Presión laboral. Medimos la presión laboral utilizando la versión brasileña del cuestionario de descripción de las funciones laborales (*Job Content Questionnaire*, JCQ) de Karasek y Theorell,²² un cuestionario de 17 puntos dividido en tres secciones: 1) la dimensión de las exigencias o demandas psicológicas relacionadas con el trabajo (exigencia laboral), que consta de cinco puntos para medir las exigencias laborales contrapuestas y aspectos cuantitativos del trabajo (velocidad de realización de las tareas y tiempo disponible para hacerlas); 2) la dimensión de la libertad de decisión (control sobre el trabajo), que abarca seis puntos para evaluar la autonomía para tomar decisiones y las oportunidades de desarrollar habilidades; y 3) la dimensión del apoyo social de los compañeros y los supervisores en el trabajo (apoyo en el trabajo), que comprende seis puntos. Con respecto a la validez interna, el α de Cronbach fue de 0,79, 0,67 y 0,85 en lo que respecta a la exigencia del trabajo, el control sobre el trabajo y el apoyo social, respectivamente. En cuanto a las dimensiones de la exigencia y el control, las opciones de respuesta se muestran según una escala de Likert de 1 a 4, que va desde "frecuentemente" hasta "nunca o casi nunca". De manera similar, la subescala del apoyo social tiene cuatro opciones de respuesta organizadas en una escala de Likert, desde "completamente de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo".

Según el modelo de Karasek y Theorell, primero usamos la mediana del valor obtenido en cada subescala (exigencia laboral, control sobre el trabajo y apoyo social) para dividir a los participantes en dos grupos según la presión laboral ("baja" o "alta"). En nuestra muestra, estos valores medianos fueron de 16, 16 y 19 en lo que respecta a la exigencia laboral, el control sobre el trabajo y el apoyo social, respectivamente. A continuación, la combinación de los niveles de exigencia laboral y control sobre el trabajo da lugar a cuatro categorías de presión laboral: trabajo de poca presión laboral (poca exigencia y mucho control), trabajo pasivo (poca exigencia y poco control), trabajo activo (muchas exigencias y mucho control) y trabajo de gran presión laboral (muchas exigencias y poco

control). El apoyo social se define como "poco" o "mucho" independientemente de la categoría de presión laboral.

En estudios anteriores en los que se investigó el modelo de exigencia-control y se abordaron diferencias socioculturales, se observó que la relación entre el estrés y la presión laboral se podía generalizar a todas las culturas. Sin embargo, prácticamente no había datos de África ni América del Sur.²³

Otras características relacionadas con el trabajo

Examinamos si los trabajadores de atención primaria recibían de sus supervisores retroalimentación sobre su desempeño pidiéndoles que leyeran la frase "mi supervisor me informa sobre cómo he realizado mi trabajo, para que pueda hacerlo mejor" y eligieran una respuesta según una escala de Likert de 1 a 5: 1) "totalmente en desacuerdo", 2) "en desacuerdo", 3) "ni de acuerdo ni en desacuerdo", 4) "de acuerdo", 5) "completamente de acuerdo". Clasificamos a los trabajadores que eligieron "totalmente en desacuerdo" o "en desacuerdo" como trabajadores que "no reciben retroalimentación". Clasificamos a los participantes que seleccionaron "ni de acuerdo ni en desacuerdo" como "sin definir". Por último, calificamos a los participantes como trabajadores que "reciben retroalimentación" cuando seleccionaron "de acuerdo" o "completamente de acuerdo". También investigamos los siguientes factores relacionados con el trabajo: categoría profesional (agente comunitario de salud, auxiliar de enfermería, enfermera o médico), antigüedad del empleo en el PSF y trabajo en zonas desfavorecidas. Hay muchas zonas desfavorecidas de São Paulo, a las que a veces se denomina "favelas" o comunidades marginadas, con grados variables de infraestructura como el saneamiento, la electricidad y los títulos legales de propiedad de la tierra; estas zonas son muy similares a lo que denomina *slums* en los países de habla inglesa.

Variables socioeconómicas y sucesos vitales estresantes. Evaluamos características socioeconómicas (sexo, edad, color de la piel indicado por los entrevistados, estado civil, nivel de estudios e ingresos mensuales) y sucesos vitales estresantes en los 12 meses anteriores, dado que son conocidos correlatos de la depresión en Brasil.²⁴ Los sucesos vitales estresantes investigados

fueron los siguientes: muerte de un familiar cercano, problemas financieros, enfermedades graves, hospitalización, cambio forzoso de residencia, ruptura de una relación amorosa y exposición a la violencia.

Análisis estadístico

Dado que seleccionamos aleatoriamente consultorios del PSF en lugar de seleccionar directamente a los trabajadores, realizamos un ajuste en función del agrupamiento tanto en las regresiones bifactoriales como en las multifactoriales. Consideramos cada consultorio del PSF como un conglomerado. Utilizamos la versión 13.0 del programa Stata (StataCorp LP, College Station [Texas, Estados Unidos]) para llevar a cabo todos los análisis. Realizamos una prueba de la χ^2 y calculamos las razones de posibilidades [*odds ratios*, OR] con IC de 95% para evaluar las asociaciones de los síntomas depresivos y de la posible depresión mayor con variables relacionadas con el trabajo.

Llevamos a cabo una regresión logística polinomial para evaluar las variables asociadas a nuestro resultado (ausencia de síntomas depresivos, síntomas depresivos y posible depresión mayor). En primer lugar, realizamos un análisis bifactorial e incluimos todas las variables con un valor $P < 0,20$ en el modelo multifactorial. Mantuvimos las variables que seguían teniendo una asociación estadísticamente significativa con la variable del resultado en el análisis multifactorial del modelo final.²⁵ También examinamos las variaciones de la magnitud de las OR para desarrollar el modelo final.

RESULTADOS

Evaluamos 351 equipos de atención primaria. El número de equipos por centro de atención primaria fue de 1 a 12 (media: 6,0; DE: 2,1). De 3141 trabajadores que reunían los requisitos para realizar la encuesta, 2940 (93%) completaron la entrevista. Entre los que no participaron ($n = 201$), 58 estaban de baja por enfermedad y 143 se negaron a participar. Las características de los participantes se muestran en el cuadro 1. La media de la edad de los participantes fue de 36,7 años (DE: 9,6), y la muestra estaba formada predominantemente por mujeres y agentes comunitarios de salud. La mayoría de los

participantes (61,2%) dijeron que habían vivido al menos un suceso vital estresante en los 12 meses anteriores. La prevalencia de síntomas depresivos fue de 36,3% (IC de 95%: 34,6, 38,1) y la prevalencia de posible depresión mayor fue de 16% (IC de 95%: 14,6, 17,2). Los agentes comunitarios de salud tuvieron mayor prevalencia de posible depresión mayor (18%; cuadro 1).

Los agentes comunitarios de salud presentaron una mayor proporción de "trabajo con poco control" que los otros participantes, mientras que los médicos y las enfermeras tenían mayor proporción de "trabajo de mucha exigencia" (cuadro 2). En casi 60% de la muestra el apoyo social de los colegas y los supervisores fue poco (cuadro 1); la mayor proporción de poco apoyo social correspondió a las enfermeras y los auxiliares de enfermería (cuadro 2). El 20% de la muestra presentó un trabajo de presión laboral alta (mucha exigencia y poco control) y 30% un trabajo pasivo (poca exigencia y poco control; cuadro 1). Los agentes comunitarios de salud presentaron mayor proporción de trabajo pasivo y de trabajo de presión laboral baja, y las enfermeras presentaron una proporción mayor de trabajo activo en comparación con el resto de trabajadores de atención primaria (figura 1). Los síntomas depresivos y la posible depresión mayor se asociaron significativamente al hecho de tener un trabajo pasivo, un trabajo activo o un trabajo con gran presión laboral y al escaso apoyo social (cuadro 3). La asociación más estrecha con la posible depresión mayor correspondió a los entrevistados con poco apoyo social (OR ajustada [ORA]: 3,01; IC de 95%: 2,20, 4,12) y a los que tenían un trabajo activo (ORA 5,13; IC de 95%: 3,46, 7,59) o un trabajo con gran presión laboral (ORA: 6,70; IC de 95%: 4,60, 9,73).

La mayoría de los participantes habían estado trabajando en el PSF durante dos años o más (70,5%), habían recibido retroalimentación de sus supervisores (59,6%) y habían trabajado en zonas desfavorecidas (65,5%; cuadro 1). En el cuadro 3 se muestran las variables relacionadas con el trabajo asociadas significativamente con los síntomas depresivos y la posible depresión mayor. Los agentes comunitarios de salud tenían mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos y posible depresión mayor que los médicos, las enfermeras o los auxiliares de enfermería. Los trabajadores que habían trabajado dos o más años en el PSF tenían

mayor OR de síntomas depresivos y posible depresión mayor que los que habían trabajado durante menos tiempo (tendencia $P < 0,001$). Los participantes que dijeron no haber recibido retroalimentación de sus supervisores tenían mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos (ORA: 1,40; IC de 95% = 1,13, 1,73) y posible depresión mayor (ORA: 1,90; IC de 95% = 1,44, 2,51). No encontramos ninguna asociación entre el hecho de trabajar en una zona desfavorecida y la depresión.

DISCUSIÓN

Encontramos una prevalencia muy alta de síntomas depresivos y de posible depresión mayor en los trabajadores de atención primaria. Las variables relacionadas con el trabajo estrechamente asociadas a la posible depresión mayor fueron la profesión (la probabilidad de tener una posible depresión mayor fue casi dos veces superior en los agentes comunitarios de salud que en los médicos, mientras que la probabilidad de que las enfermeras y los auxiliares de enfermería tuvieran una posible depresión mayor no fue superior a la de los médicos), la antigüedad en el empleo en el PSF (2 años o más), la presión laboral (trabajo pasivo, trabajo activo o trabajo con gran presión laboral), el poco apoyo de los colegas y los supervisores, y la falta de retroalimentación de los supervisores sobre el desempeño de los trabajadores. El trabajo en una zona desfavorecida y el número de personas cubiertas por los equipos de salud familiar no se asociaron al riesgo de padecer síntomas depresivos o posible depresión mayor.

La prevalencia de la posible depresión mayor en los trabajadores de atención primaria (16%) fue considerablemente mayor que la observada en un estudio poblacional que también se realizó en la ciudad de São Paulo (9,4%),²⁶ en el que los agentes comunitarios de salud tenían mayor probabilidad de padecer una posible depresión mayor que otros trabajadores de atención primaria. Estudios anteriores evidenciaron que la prevalencia de trastornos mentales comunes era elevada en los agentes comunitarios de salud.²⁷

Algunos aspectos de su trabajo pueden explicar la mayor probabilidad de posible depresión mayor. En primer lugar, los agentes comunitarios de salud son los únicos trabajadores del PSF que tienen que vivir en la comunidad donde trabajan. Esto puede aumentar su volumen de

trabajo y limitar su privacidad, ya que están cerca de la población incluso en horario no laboral para resolver sus demandas²⁸ (por ejemplo, dificultades de acceso a los procedimientos en los centros de atención secundaria). En segundo lugar, un estudio anterior evidenció que los agentes comunitarios de salud tienen mayor probabilidad de estar expuestos a la violencia psíquica en el trabajo que otros trabajadores de atención primaria y que eso se asociaba a un mayor riesgo de depresión.¹⁸ En tercer lugar, la mayoría de las responsabilidades de los agentes comunitarios de salud incluyen las visitas a domicilio, la prestación de atención preventiva, la detección de las demandas de la población y el debate con su equipo del PSF. Su autonomía de trabajo es limitada, lo que contribuye a entender por qué los agentes comunitarios de salud presentaron la mayor proporción de trabajos pasivos, lo cual, según el modelo de Karasek y Theorell, se asocia al riesgo de depresión.²⁹ En cuarto lugar, los agentes comunitarios de salud tienen un nivel de estudios inferior y menores ingresos que sus colegas de los equipos del PSF. Sin embargo, en el contexto del PSF, la clasificación de los trabajadores de atención primaria según la jerarquía del grado laboral (administrativos, profesionales o ejecutivos, auxiliares, trabajadores manuales no cualificados) podría no ser apropiada, porque realizan algunas tareas similares, como ayudar a las poblaciones inscritas en el PSF, brindar asistencia domiciliar y realizar trabajo administrativo.

En los países de ingresos bajos y medianos, los agentes comunitarios de salud han desempeñado una función clave al fortalecer los vínculos entre los prestadores de atención de salud y las comunidades, y al reducir la morbilidad y la mortalidad.¹⁶ Además, se considera que son un factor atenuante de la crisis de recursos humanos que presenta la atención de salud en los países ya mencionados.³⁰ Por consiguiente, la alta prevalencia de síntomas depresivos y de posible depresión mayor en los agentes comunitarios de salud debe ser de gran interés para los interesados directos y los encargados de formular políticas, en particular en los países de ingresos bajos y medianos, donde se está ampliando el despliegue de agentes comunitarios de salud.¹⁵

En nuestro estudio, los trabajos pasivos, los activos y los de gran presión laboral se asociaron a síntomas depresivos y a la posible depresión mayor. La asociación de la

CUADRO 1. Características de los participantes, variables relacionadas con el trabajo y análisis bifactorial de las asociaciones con los síntomas depresivos y la depresión (n = 2940): São Paulo (Brasil), 2011-2012

Variables	Participantes, No. (%)	Ausencia de síntomas depresivos, No. (%)	Síntomas depresivos		Posible depresión mayor	
			No. (%)	P	No. (%)	P
Características de los participantes						
Sexo				< 0,001		< 0,001
Masculino	279 (9,5)	177 (63,4)	87 (31,2)		15 (5,4)	
Femenino	2661 (90,5)	1225 (46,0)	982 (36,9)		454 (17,0)	
Grupo de edad, años				< 0,001 ^a		< 0,001 ^a
18-29	804 (27,4)	353 (43,9)	309 (38,4)		142 (17,7)	
30-39	1186 (40,3)	509 (42,9)	461 (38,9)		216 (18,2)	
40-49	637 (21,7)	352 (55,7)	200 (31,4)		85 (13,3)	
≥50	313 (10,6)	188 (60,1)	99 (31,6)		26 (8,3)	
Color de la piel				0,31		0,01
Blanca	1239 (42,2)	606 (48,9)	461 (37,2)		172 (13,9)	
Morena	1112 (37,8)	543 (48,8)	381 (34,7)		188 (16,9)	
Negra	527 (17,9)	224 (42,5)	204 (38,7)		99 (18,8)	
Amarilla	62 (2,1)	29 (46,8)	23 (37,1)		10 (16,1)	
Estado civil				0,31		0,02
Casado	1817 (61,8)	894 (49,2)	646 (35,5)		277 (15,2)	
Soltero	801 (27,2)	364 (45,4)	312 (38,9)		125 (15,6)	
Viudo	55 (1,9)	24 (43,6)	21 (38,2)		10 (18,2)	
Separado	267 (9,1)	120 (44,9)	90 (33,7)		57 (21,3)	
Nivel de estudios				0,38 ^a		0,03 ^a
4 años	75 (2,5)	35 (46,7)	24 (32,0)		16 (21,3)	
8 años	1017 (34,5)	480 (47,2)	360 (35,4)		177 (17,4)	
Curso técnico	914 (31,0)	438 (47,9)	326 (35,7)		150 (16,4)	
Universidad	524 (17,8)	255 (48,6)	193 (36,8)		76 (14,5)	
Posgrado	410 (13,9)	194 (47,3)	166 (40,5)		50 (12,2)	
Ingresos mensuales, en US\$				0,58 ^a		<0,001 ^a
200-500	1521 (51,7)	674 (44,3)	561 (36,9)		286 (18,8)	
501-1000	702 (23,9)	367 (52,3)	233 (33,2)		102 (14,5)	
1001-2000	232 (7,9)	127 (54,7)	79 (34,1)		26 (11,2)	
≥2001	485 (16,5)	234 (48,2)	196 (40,4)		55 (11,3)	
Sucesos vitales estresantes				< 0,001 ^a		< 0,001 ^a
Ninguno	1142 (38,8)	706 (61,8)	343 (30,0)		93 (8,1)	
1	965 (32,8)	457 (47,3)	358 (37,1)		150 (15,4)	
2	537 (18,3)	175 (32,6)	231 (43,0)		131 (24,4)	
≥3	296 (10,1)	64 (21,6)	137 (46,3)		95 (32,1)	
Variables relacionadas con el trabajo						
Profesión				0,95		< 0,001
Médico	217 (7,4)	109 (50,2)	90 (41,5)		18 (8,3)	
Enfermera	306 (10,4)	138 (45,1)	126 (41,2)		42 (13,8)	
Auxiliar de enfermería	647 (22,0)	350 (54,1)	207 (32,0)		90 (13,9)	
Agente comunitario de salud	1770 (60,2)	805 (45,5)	646 (36,5)		319 (18,0)	
Antigüedad en el empleo				0,08 ^a		< 0,01 ^a
De 3 meses a <2 años	999 (33,9)	524 (37,4)	337 (31,5)		138 (29,4)	
2-6 años	1075 (36,6)	472 (33,7)	422 (39,5)		181 (38,6)	
>6 años	866 (29,5)	406 (28,9)	310 (29,0)		150 (32,0)	
Zona desfavorecida				0,04		0,39
No	1010 (34,3)	509 (50,4)	342 (33,8)		159 (15,7)	
Sí	1930 (65,5)	893 (46,3)	727 (37,7)		310 (16,0)	
Retroalimentación del supervisor				< 0,001		< 0,001
Sí	1864 (63,4)	998 (71,2)	644 (60,2)		222 (47,3)	
Sin definir	529 (18,0)	214 (15,2)	199 (18,6)		116 (24,7)	

(Continúa)

CUADRO 1. Continuación

Variables	Participantes, No. (%)	Ausencia de síntomas depresivos, No. (%)	Síntomas depresivos		Posible depresión mayor	
			No. (%)	P	No. (%)	P
No	547 (18,6)	190 (13,5)	226 (21,1)		131 (27,9)	
Apoyo social				< 0,001		< 0,001
Mucho	1189 (40,4)	753 (63,3)	346 (29,1)		90 (7,6)	
Poco	1751 (59,6)	649 (37,0)	723 (41,3)		379 (21,6)	
Estrés laboral				< 0,001		< 0,001
Trabajo de poca presión	947 (32,2)	625 (44,6)	257 (24,0)		65 (13,9)	
Trabajo pasivo	882 (30,0)	444 (31,7)	344 (32,2)		94 (20,0)	
Trabajo activo	517 (17,6)	175 (12,5)	231 (21,6)		111 (23,7)	
Trabajo de gran presión	594 (20,2)	158 (11,3)	237 (22,2)		199 (42,4)	

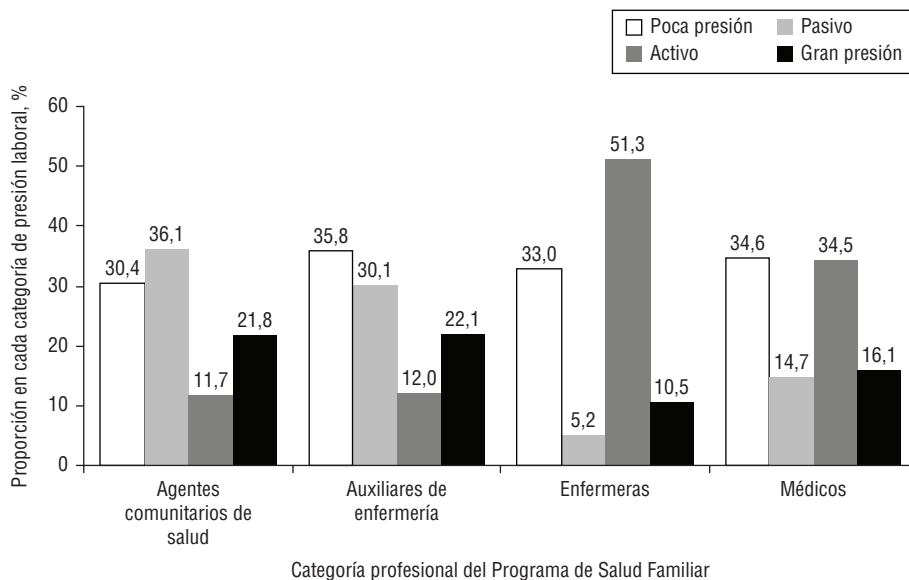
Nota. Valor P según la prueba de la χ^2 .

^a Tendencia P.

CUADRO 2. Frecuencias de las dimensiones del estrés laboral y de la retroalimentación según la categoría profesional: São Paulo (Brasil), 2011-2012

Variable	Agentes comunitarios de salud, No. (%)	Auxiliares de enfermería, No. (%)	Enfermeras, No. (%)	Médicos, No. (%)
Control				
Mucho	747 (42,2)	309 (47,8)	258 (84,3)	150 (69,2)
Poco	1023 (57,8)	338 (52,2)	48 (15,7)	67 (30,8)
Exigencia				
Mucha	592 (33,5)	220 (34,0)	189 (61,8)	110 (50,7)
Poca	1178 (66,5)	427 (66,0)	117 (38,2)	107 (49,3)
Apoyo social				
Mucho	756 (42,7)	222 (34,3)	110 (35,9)	101 (46,5)
Poco	1014 (57,3)	425 (64,7)	196 (64,1)	116 (53,5)
Retroalimentación				
Sí	283 (16,0)	156 (24,1)	63 (20,6)	45 (20,8)
Sin definir	328 (18,5)	117 (18,1)	37 (12,1)	47 (21,6)
No	1159 (65,5)	374 (57,8)	206 (67,3)	125 (57,6)

FIGURA 1. Tipo de presión laboral según la categoría profesional del Programa de Salud Familiar: São Paulo (Brasil), 2011-2012



depresión con los trabajos de gran presión^{31,32} y los trabajos pasivos^{13,33} concuerdan con datos probatorios anteriores y también con el modelo de Karasek y Theorell.²⁹ Sin embargo, la asociación de los síntomas depresivos (ORA: 2,53; IC de 95% = 1,91, 3,35) y la posible depresión mayor (ORA: 5,13; IC de 95% = 3,46, 7,59) con los trabajos activos no concuerdan con el modelo de Karasek y Theorell, que describe los trabajos activos como aquellos que cuentan con “un conjunto optimista de resultados psicológicos”. Nuestros resultados concuerdan con otra investigación realizada en Brasil, en la que se encontró un mayor riesgo de trastornos de salud mental en el personal de salud (enfermeras y auxiliares de enfermería) con trabajos pasivos, activos y de gran presión laboral; estas asociaciones fueron más notables en el caso del personal de salud con trabajos activos (razón de prevalencia:

CUADRO 3. Asociación de las características de los participantes, las variables relacionadas con el trabajo y la depresión, según el modelo final de regresión múltiple polinomial (n = 2940): São Paulo (Brasil), 2011-2012

Variable	Síntomas depresivos		Posible depresión mayor	
	ORA (IC de 95%)	P	ORA (IC de 95%)	P
Características de los participantes				
Sexo		0,001		< 0,001
Femenino (ref.)	1		1	
Masculino	0,55 (0,41, 0,74)		0,24 (0,13, 0,44)	
Grupo etario, años		< 0,001 ^a		< 0,001 ^a
18-29 (ref.)	1		1	
30-39	0,96 (0,80, 1,16)		0,90 (0,66, 1,22)	
40-49	0,59 (0,44, 0,77)		0,45 (0,31, 0,65)	
≥50	0,50 (0,36, 0,71)		0,24 (0,12, 0,45)	
Sucesos vitales estresantes		< 0,001 ^a		< 0,001 ^a
Ninguno (ref.)	1		1	
1	1,59 (1,31, 1,93)		2,31 (1,75, 3,04)	
2	2,67 (2,02, 3,54)		5,07 (3,64, 7,07)	
≥3	3,83 (2,98, 4,93)		8,34 (6,0, 11,6)	
Variables relacionadas con el trabajo				
Profesión		0,93		0,001
Médico (ref.)	1		1	
Enfermera	0,75 (0,49, 1,15)		0,99 (0,48, 2,04)	
Auxiliar de enfermería	0,46 (0,32, 0,67)		0,77 (0,40, 1,49)	
Agente comunitario de salud	0,83 (0,58, 1,17)		1,96 (1,07, 3,60)	
Antigüedad en el empleo		0,004		< 0,001
De 3 meses a <2 años (ref.)	1		1	
2-6 años	1,52 (1,24, 1,86)		1,62 (1,20, 2,18)	
>6 años	1,58 (1,23, 2,03)		2,36 (1,66, 3,33)	
Zona desfavorecida		0,34		0,87
No (ref.)	1		1	
Sí	1,19 (0,97, 1,46)		1,09 (0,81, 1,46)	
Retroalimentación del supervisor		0,01		< 0,001
Sí (ref.)	1		1	
Sin definir	1,13 (0,90, 1,42)		1,69 (1,20, 2,36)	
No	1,40 (1,13, 1,73)		1,90 (1,44, 2,51)	
Apoyo social		0,001 ^a		< 0,001 ^a
Mucho (ref.)	1		1	
Poco	1,93 (1,63, 2,28)		3,01 (2,20, 4,12)	
Estrés laboral		0,001		< 0,001
Poca presión (ref.)	1		1	
Pasivo	1,74 (1,39, 2,17)		1,66 (1,19, 2,33)	
Activo	2,53 (1,91, 3,35)		5,13 (3,46, 7,59)	
Gran presión	2,55 (1,95, 3,34)		6,70 (4,60, 9,73)	

Nota. IC: intervalo de confianza; ORA: razón de posibilidades ajustada. Regresión multinomial. Modelo final ajustado en función del sexo, el grupo etario, los sucesos vitales estresantes, la profesión, la antigüedad del empleo, el trabajo en zonas desfavorecidas, la retroalimentación del supervisor, el apoyo social y el estrés laboral

^a Tendencia P.

1,97) y con trabajos de gran presión (razón de prevalencia: 3,39).³⁴ Es importante señalar que, en comparación con los trabajos de poca presión, los trabajos de gran presión se asociaban a una probabilidad de tener síntomas depresivos tres veces mayor y a una probabilidad de tener posible depresión mayor más de seis veces mayor. En lo que respecta al apoyo social, encontramos un mayor OR de depresión mayor probable en los participantes con poco apoyo social (ORA: 3,01; IC de 95% = 2,20,

4,12); este resultado concuerda con los de otra investigación.^{6, 8, 32} Según el modelo de Karasek y Theorell, el apoyo social en el trabajo es importante para reducir los efectos negativos de las grandes exigencias y el bajo control sobre el trabajo.

Nuestros datos mostraron que las OR de los síntomas depresivos y la posible depresión mayor eran mayores en los participantes con mayor antigüedad en el empleo, independientemente de la presión laboral. Creemos que los

trabajadores de atención primaria están expuestos a un contexto complejo y particular de estresantes laborales, al menos en parte porque actúan en la comunidad y en interacción directa con esta, careciendo de la posible protección institucional que puede encontrarse en los entornos de salud secundaria y terciaria. La exposición más larga a tales estresantes puede tener un efecto acumulativo y aumentar la probabilidad de depresión. También encontramos que la falta de

retroalimentación de los supervisores acerca del desempeño de los trabajadores se asociaba al mayor riesgo de padecer síntomas depresivos y posible depresión mayor. Aunque estudios anteriores descubrieron que los estilos de liderazgo centrados en el apoyo psicológico y la retroalimentación sobre el desempeño reducían el riesgo de depresión,⁸ pocos estudios han examinado esta relación en el personal de atención de salud. Es posible que recibir de los supervisores retroalimentación sobre el desempeño contribuya a mejorar las aptitudes y las estrategias de afrontamiento de los trabajadores para hacer frente a las exigencias laborales, lo que a su vez puede aumentar la satisfacción laboral y reducir la probabilidad de depresión mayor.

Los puntos fuertes de nuestro estudio son el amplio tamaño de la muestra, la tasa de respuesta tan elevada y los ajustes en función de varias covariables, incluidos los sucesos vitales estresantes. Hasta donde sabemos, ningún estudio anterior ha evaluado la depresión y los estresantes relacionados con el trabajo en todas las categorías profesionales que componen los equipos de atención primaria, incluidos los agentes comunitarios de salud. Por otro lado, este es el primer estudio en el que se ha evaluado la relación entre la retroalimentación de los supervisores sobre el desempeño de los trabajadores y los síntomas depresivos o la depresión mayor en los trabajadores de atención primaria.

La ubicación del estudio en São Paulo, la mayor zona urbana de América del Sur, hace que los resultados sean sumamente pertinentes para los equipos de atención primaria de las grandes zonas urbanas de la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos. No obstante, también tiene una limitación: es posible que nuestros resultados no sean generalizables a entornos no urbanos. Deben considerarse otras limitaciones de este estudio. En primer lugar, es posible que se haya subestimado la prevalencia de la depresión, dado que no evaluamos a los trabajadores que estaban ausentes del trabajo debido a la depresión. En segundo lugar, evaluamos la presencia de síntomas depresivos en el momento de la entrevista; por lo tanto, los participantes que habían recibido tratamiento para la depresión en los 12 meses anteriores y que se habían recuperado se encontraban en la categoría de “ausencia de síntomas depresivos”. Es posible que esto haya

debilitado las asociaciones hacia el valor nulo. En tercer lugar, el diseño transversal restringe nuestra capacidad de inferir una asociación causal de la presión laboral con la depresión. No podemos descartar la causalidad inversa, según la cual los participantes con síntomas depresivos perciben su entorno laboral como estresante. Sin embargo, podemos aducir que nuestros resultados concuerdan con los de estudios longitudinales.³⁵

En estudios anteriores se ilustraron varias consecuencias de la depresión: el absentismo, la discapacidad, la baja por enfermedad, el deterioro del desempeño laboral, la baja productividad, la calidad deficiente de la atención proporcionada, la rotación de los trabajadores y el suicidio.^{1,2} Se ha demostrado que los trabajos con gran presión laboral y los trabajos pasivos se asocian a bajas laborales,³³ y que el poco apoyo social se asociaba a la reducción de la productividad y del desempeño laboral.³⁶ Debido a que los trabajadores de atención primaria son los “guardianes” de los sistemas de atención de salud y deberían garantizar la accesibilidad, la longitudinalidad y la atención integral de la población, la depresión en estos trabajadores puede poner en peligro la sostenibilidad de los programas de atención primaria. En consecuencia, nuestros resultados son de gran interés para los encargados de formular políticas, en particular en los países de ingresos bajos y medianos, donde existe una crisis de recursos humanos en la atención primaria.³⁰ Las instancias normativas deben crear estrategias para prestar asistencia a los trabajadores de atención primaria con depresión, facilitando el diagnóstico y el acceso al tratamiento eficaz y reduciendo la estigmatización.

Los programas para mejorar las aptitudes de gestión de los supervisores de los trabajadores de atención primaria — como la capacitación en aspectos del liderazgo, el aumento del conocimiento y de la práctica de dar retroalimentación sobre el desempeño eficiente, el aumento de la autonomía en el trabajo y la reducción de las exigencias contrapuestas— también pueden ayudar a reducir el estrés laboral y el riesgo de depresión de los trabajadores. El uso de técnicas para realizar mejor el trabajo en equipo y mejorar el apoyo social también puede ser útil para prevenir la depresión. En investigaciones futuras se debe examinar la eficacia de tales intervenciones en lo que respecta a la salud mental, la productivi-

dad y la calidad asistencial de los trabajadores de atención primaria.

Participantes. A. T. C. da Silva participó en el diseño y la planificación del estudio, la recopilación de datos, el análisis de datos, la interpretación de los resultados y la redacción de este artículo. C. de S. Lopes participó en el análisis de datos, la interpretación de los resultados, la redacción y la revisión del artículo. E. Susser contribuyó a la definición de las variables y la interpretación de los resultados, revisó críticamente el artículo y formuló observaciones al respecto. P. R. Menezes participó en el diseño y la planificación del estudio, asesoró acerca de la metodología estadística y participó en la redacción y la revisión del artículo. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión definitiva.

Agradecimientos. Este estudio fue financiado por la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo (FAPESP—2010/07180-6). A. T. C. da Silva fue financiado parcialmente por la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior y por el Centro de Investigación en Salud Mental de la Población. P. R. Menezes fue financiado parcialmente por el Consejo Nacional de Desarrollo Tecnológico y Científico.

Protección de los participantes humanos. El comité de ética del Departamento de Salud Municipal de São Paulo y el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo aprobaron esta investigación. A todos los participantes se les garantizaron la privacidad y la confidencialidad, y todos ellos firmaron un consentimiento fundamentado antes de participar. A los participantes que necesitaban asistencia de salud mental los derivamos para que recibieran atención médica.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPSP/PA-JPH y/o de la OPS.

El artículo original fue aceptado para su publicación en inglés el 18 de junio del 2016.

REFERENCIAS

- Goldberg RJ, Steury S. Depression in the workplace: costs and barriers to treatment. *Psychiatr Serv*. 2001;52(12): 1639-1643.
- Kölves K, De Leo D. Suicide in medical doctors and nurses: an analysis of the Queensland suicide register. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(11):987-990.
- Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 2008;336(7642): 488-491.
- Gong Y, Han T, Chen W, et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2014;9(7):e103242.
- Erdur B, Ergin A, Turkcuer I, Parlak I, Ergin N, Boz B. A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emerg Med J*. 2006; 23(10):759-763.
- Wood S, Stride C, Threapleton K, et al. Demands, control, supportive relationships and well-being amongst British mental health workers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(10):1055-1068.
- Arnetz B, Blomkvist V. Leadership, mental health, and organizational efficacy in health care organizations. Psychosocial predictors of healthy organizational development based on prospective data from four different organizations. *Psychother Psychosom*. 2007;76(4):242-248.
- Munir F, Nielsen K, Gomes Carneiro I. Transformational leadership and depressive symptoms: a prospective study. *J Affect Disord*. 2010;120(1-3):235-239.
- Nielsen K, Yarker J, Brenner S-O, Randall R, Borg V. The importance of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people. *J Adv Nurs*. 2008;63(5):465-475.
- Theorell T, Nyberg A, Leineweber C, Magnusson Hanson LL, Oxenstierna G, Westerlund H. Non-listening and self centered leadership—relationships to socioeconomic conditions and employee mental health. *PLoS One*. 2012;7(9):e44119.
- Glass DC, McKnight JD, Valdimarsdottir H. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(1):147-155.
- Bovier PA, Arigoni F, Schneider M, Gallacchi MB. Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. *Eur J Public Health*. 2009;19(6):611-617.
- Assunção AA, Machado CJ, Prais HAC, de Araújo TM. Depression among physicians working in public healthcare in Belo Horizonte, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(8):1219-1229.
- Ministerio de Salud. Población cubierta por el Programa de Salud de la Familia [en portugués]. 2015. Disponible en: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Consultado el 20 de septiembre del 2015.
- Singh P, Sachs JD. 1 million community health workers in sub-Saharan Africa by 2015. *Lancet*. 2013; 382(9889):363-365.
- Pallas SW, Minhas D, Pérez-Escamilla R, Taylor L, Curry L, Bradley EH. Community health workers in low- and middle-income countries: what do we know about scaling up and sustainability? *Am J Public Health*. 2013; 103(7):e74-e82.
- Departamento de Salud de la ciudad de São Paulo. Programa de Salud Familiar [en portugués]. 2014. Disponible en: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936. Consultado el 15 de junio del 2015.
- Da Silva ATC, Peres MFT, Lopes CDS, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015; 50(9):1347-1355.
- Santos IS, Tavares B. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(8):1533-1543.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4.ª ed. Washington D. C. (Estados Unidos): American Psychiatric Association; 2000.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613.
- Alves MG de M, Chor D, Faerstein E, Lopes CDS, Werneck GL. Short version of the "job stress scale": a Portuguese-language adaptation [en portugués]. *Rev Saude Publica*. 2004;38(2):164-171.
- Györkös C, Becker J, Massoudi K, de Bruin GP, Rossier J. The impact of personality and culture on the job demands-control model of job stress. *Swiss J Psychol*. 2012; 71(1):21-28.
- Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Stressful life events and common mental disorders: results of the Pro-Saude Study [en portugués]. *Cad Saude Publica*. 2003;19(6): 1713-1720.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. 2.ª ed. Danvers (Massachusetts, Estados Unidos): John Wiley and Sons; 2004.
- Andrade LH, Wang Y-P, Andreoni S, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*. 2012; 7(2):e31879.
- Silva A, Menezes PR. Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health. *Rev Saude Publica*. 2008;42(5):921-929.
- Jardim T de A, Lancman S. Subjective aspects of living and working within the same community: the realities experienced by community healthcare agents. *Interface Commun Heal Educ*. 2009;13:123-135.
- Karasek R, Theorell T. The psychosocial work environment. En: Karasek R, Theorell T. *Healthy Work: Stress Productivity and the Reconstruction of Working Life*. Nueva York (Nueva York, Estados Unidos): Basic Books; 1992: 31-82.
- Bangdiwala SI, Fonn S, Okoye O, Tollman S. Workforce resources for health in developing countries. *Public Health Rev*. 2010;32(1):296-318.
- Mausner-Dorsch H, Eaton WW. Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *Am J Public Health*. 2000;90(11):1765-1770.
- Stansfeld SA, Shipley MJ, Head J, Fuhrer R. Repeated job strain and the risk of depression: longitudinal analyses from the Whitehall II study. *Am J Public Health*. 2012;102(12):2360-2366.
- Clumeck N, Kempnaers C, Godin I, et al. Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: results from the Belstress I prospective study. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(4):286-292.
- Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Work psychosocial aspects and psychological distress among nurses [en portugués]. *Rev Saude Publica*. 2003;37(4):424-433.
- Virtanen M, Honkonen T, Kivimäki M, et al. Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. *J Affect Disord*. 2007; 98(3):189-197.
- Park K-O, Wilson MG, Lee MS. Depression and organizational productivity. *Am J Health Behav*. 2004;28(5):444-455.

Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil

ABSTRACT

Objectives. To identify work-related factors associated with depressive symptoms and probable major depression in primary care teams.

Methods. Cross-sectional study among primary care teams (community health workers, nursing assistants, nurses, and physicians) in the city of São Paulo, Brazil (2011–2012; n = 2940), to assess depressive symptoms and probable major depression and their associations with job strain and other work-related conditions.

Results. Community health workers presented higher prevalence of probable major depression (18%) than other primary care workers. Higher odds ratios for depressive symptoms or probable major depression were associated with longer duration of employment in primary care; having a passive, active, or high-strain job; lack of supervisor feedback regarding performance; and low social support from colleagues and supervisors.

Conclusions. Observed levels of job-related depression can endanger the sustainability of primary care programs.

Public Health implications. Strategies are needed to deliver care to primary care workers with depression, facilitating diagnosis and access to treatment, particularly in low- and middle-income countries. Preventive interventions can include training managers to provide feedback and creating strategies to increase job autonomy and social support at work.
